

24/11/2009 21:31 983225345

GONZALO PROCURADOR

PAG. 02/11



JDO. CONTENCIOSO/ADMIVO. N. 2
VALLADOLID

SENTENCIA: 00474/2009

JUZGADO DE LO CONTENCIOSO

ADMINISTRATIVO N° 2

VALLADOLID



P. Ordinario Núm.: 239/08

GONZALO RODRÍGUEZ ÁLVAREZ
LIC. EN DERECHO
PROCURADOR DE LOS TRIBUNALES
C/ García Lomas, N.º 15 - 5.º B - Izda.
Tel.: 983 23 28 03 - Fax: 983 22 53 45
47007 VALLADOLID

GONZALO RODRÍGUEZ ÁLVAREZ
PROCURADOR DE LOS TRIBUNALES
C/ García Lomas, N.º 15 - 47007 VALLADOLID

24 NOV. 2009

NOTIFICADOSENTENCIA NÚM.: 474/09

En Valladolid a 19 de noviembre de 2009.-

El Sr. D. ALEJANDRO VALENTÍN SASTRE, Magistrado-Juez de lo Contencioso-Administrativo n° 2 de Valladolid y su Partido Judicial, habiendo visto los presentes autos de Procedimiento Ordinario Núm.: 239/08, seguidos ante este Juzgado, entre partes, de una, como recurrente, [REDACTED] y [REDACTED], y de otra, como demandados, Junta de Castilla y León-Consejería de Sanidad y Zurich España Compañía de Seguros y Reaseguros; sobre responsabilidad patrimonial.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por el Proc. Sr. Rodríguez Álvarez, en representación de Dª. [REDACTED] y de D. [REDACTED], se ha interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la desestimación por silencio administrativo de la reclamación por responsabilidad formulada con relación a la asistencia sanitaria prestada a Dª. [REDACTED].

La parte recurrente dedujo demanda en la que, en base a los hechos y a los fundamentos de derecho en ella expresados, solicitó que se dictara sentencia estimando el recurso, solicitando, por medio de otrosí, el recibimiento a prueba del proceso.

SEGUNDO.- En el escrito de contestación a la demanda, la Administración demandada, representada y defendida por el Letrado de la Comunidad Autónoma, en base a los hechos y a los fundamentos de derecho expresados en el mismo, se opuso a la demanda y solicitó que se dictara sentencia por la que se desestimara el recurso.



24/11/2009 21:31

983225345

GONZALO PROCURADOR

PAG. 03/11



La entidad Zurich España Compañía de Seguros y Reaseguros compareció en el recurso contencioso administrativo representada por la Proc. Sra. Alonso Zamorano y, en base a los hechos y a los fundamentos de derecho expresados en el mismo, se opuso a la demanda y solicitó que se dictara sentencia por la que se desestimara el recurso, interesando el recibimiento a prueba.

TERCERO.- Finalizado el periodo probatorio con el resultado que consta en los autos y evacuado por las partes el trámite de conclusiones, el proceso ha sido declarado concluso y pendiente del dictado de la oportuna sentencia.

CUARTO.- En la tramitación del presente procedimiento se han observado todas las prescripciones legales.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- El recurso contencioso administrativo se interpone contra la desestimación por silencio administrativo de la reclamación por responsabilidad formulada con relación a la asistencia sanitaria prestada a D^a. [REDACTED].

Se pretende en este recurso contencioso administrativo, por los demandantes D^a. [REDACTED] y D. [REDACTED], que se condene a los demandados al pago de 60.000 euros más los intereses legales a contar desde el día 30 de mayo de 2007.

La parte actora alega, como motivos de impugnación del acto administrativo, los siguientes: concurren los presupuestos para la declaración de la responsabilidad patrimonial de la Administración, pues como consecuencia de una mala praxis médica (concretada en falta de diagnóstico a tiempo, utilización incorrecta de los medios disponibles, excesivo tiempo transcurrido entre la entrada en el centro hospitalario y la realización de las pruebas, faltas profesionales en la aplicación de los protocolos y procedimientos de buena práctica profesional y vulneración del derecho de información) se produjo el fallecimiento de D^a. Matilde Llamas Fernández en un centro hospitalario dependiente del Servicio de Salud de Castilla y León.

La parte demandante incluye en la reclamación, por importe de 60.000 euros, los siguientes conceptos: 30.000 euros para cada uno de los hijos de la fallecida (los demandantes).

La Administración demandada y la entidad Zurich España Compañía de Seguros y Reaseguros se han opuesto a la demanda y han solicitado la desestimación del recurso.

SEGUNDO.- Los demandantes interponen el presente recurso contencioso administrativo por entender que debe declararse la responsabilidad patrimonial de la Administración por razón de la asistencia sanitaria prestada a D^a. [REDACTED] en un centro hospitalario dependiente de la Sanidad de Castilla y León, paciente que ingresó en este centro el día 11 de mayo de 2006 y falleció





en el mismo el día 4 de junio de 2006. La parte demandante considera que concurre falta de diagnóstico a tiempo, utilización incorrecta de los medios disponibles, excesivo tiempo transcurrido entre la entrada en el centro hospitalario y la realización de las pruebas, faltas profesionales en la aplicación de los protocolos y procedimientos de buena práctica profesional y vulneración del derecho de información.

Debe recordarse, en primer lugar, que, según viene señalando la jurisprudencia, para apreciar la existencia de la responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupos de personas, b) que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal, c) ausencia de fuerza mayor y d) que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño por su propia conducta. A estos requisitos ha de añadirse que no debe haber transcurrido un año entre la producción del daño y la reclamación.

El Tribunal Supremo (STS de 10-7-2007, rec. 4044/2003) recuerda el carácter objetivo o de resultado de la responsabilidad patrimonial, según el cual "esa responsabilidad patrimonial de la Administración se funda en el criterio objetivo de la lesión, entendida como daño o perjuicio antijurídico que quien lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar, pues si existe ese deber jurídico decae la obligación de la Administración de indemnizar". Ahora bien, precisando que cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cual es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala que "en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992,





de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto".

Se considera de interés, para la resolución del asunto, reseñar los siguientes antecedentes, que resultan del examen del expediente administrativo y de la actividad probatoria evacuada en el presente recurso contencioso administrativo: 1- D^a. [REDACTED] ingresó en el Complejo Asistencial de León el día 11 de mayo de 2006 y falleció el día 4 de junio de 2006 (historia clínica); el motivo del ingreso fue un síncope presentado mientras paseaba en bicicleta con recuperación "ad integrum" sin otra sintomatología acompañante; había presentado meses antes un episodio similar; llegó asintomática al Servicio de Urgencias. El juicio clínico emitido acerca del fallecimiento es parada cardiorrespiratoria de origen incierto en pacientes con antecedente de síncope. El diagnóstico de la Necrosis es: cerebro con signos de hipoxia con déficit de perfusión posparada cardiorrespiratoria. Ateromatosis coronaria. Cardiopatía isquémica crónica. Divertículo ciego de aurícula derecha. Diátesis hemorrágica en pulmones e intestino delgado. Poliquistosis hepática. Microaromatomas biliares. Congestión hepática aguda (ff. 166-167 del expediente administrativo). 2- Dictamen médico evacuado por el Dr. D. Pedro Luis Santos Canónico: -el enfoque del caso se hizo partiendo de que la causa más probable del cuadro sincopal era de origen cardíaco y el hecho de que se observe en varias ocasiones, o al menos en una, una braquicardia de 30 latidos por minuto o menos, con o sin probable bloqueo aurículo-ventricular completo o de otro grado y tipo, hace pensar salvo prueba en contra (por los indicios de las mismas) que la causa y el origen del cuadro sincopal se originaba en una etiología cardíaca, pero lo que no se hizo fue un seguimiento máximo, diligente, ordenado, cauteloso, coordinado según se recomienda en los Protocolos y Recomendaciones que menciona. -Se encontraron las siguientes actuaciones defectuosas: a) atención en Urgencias: -faltó preguntar o registrar los antecedentes familiares de muerte súbita o síncope; -en la exploración inicial no se exploran las carótidas en busca de soplos; -no se le realizó una toma de PA en decúbito/sedestación/bipedestación; -no se realizó masaje del seno carotideo; -se supone que por haberse producido durante el ejercicio y tener inicio rápido y recuperación rápida, lo catalogaron desde el principio como de origen cardiológico, sin pensar en el síncope neuromediano; -es plausible dentro de las causas cardiovasculares pensar en el TEP (Tromboembolismo cardiopulmonar) como origen de un síncope, aunque ninguna guía recomienda específicamente realizar dímero D en Urgencias como evaluación inicial si la clínica no es sugestiva, ya que la informada estaba eupneica; -es además sugestivo de Hipertensión pulmonar (HTP) ... (primaria o secundaria a TEP crónico repetido) el síncope por el ejercicio (aunque también lo es en general de cualquier otra causa cardíaca); -ingreso procedente ya que pertenece al grupo de síncope de alto riesgo. B) Ingreso en planta de cardiología y posterior UCI: -según las Guías de la Sociedad Europea de Cardiología, el simple hecho de no tener un diagnóstico positivo de la etiología del síncope, tiene que hacer descartar en primer lugar una causa cardíaca, más



24/11/2009

21:31

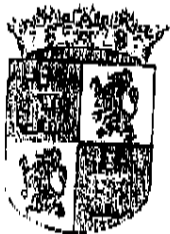
983225345

GONZALO PROCURADOR

PAG. 06/11



aún si hay algún dato sugerente, como es que se produjera en dos ocasiones durante el ejercicio físico; -la evaluación cardiológica se inicia con una ecocardiografía en primer lugar y posteriormente un test de stress, que no se realizó y que de haberse realizado podría haber arrojado datos reveladores, si es que no existen contraindicaciones y se completa con monitorización electrocardiográfica (ECG o EKG) continua (telemetría o Holter) y un estudio electrofisiológico, que si se realizaron, pero 15 días después del ingreso; -en el ecocardiograma que se realizó el día 23 de mayo de 2006 (12 días después del ingreso, tras 5 días iniciales de telemetría, un Holter y un TAC craneal) no existe ninguna de las contraindicaciones, por lo que no se entiende por qué no se realiza la prueba de stress; -reproducir la situación en la que se produce el síncope, hubiera reportado un mayor rendimiento diagnóstico y esas condiciones se daban al realizar una prueba de stress que no se realizó; -no se comprobó si la evolución cardiológica fue negativa, lo que de haber sido así debería haber dado lugar, por tratarse de un síncope severo, a iniciar la evaluación de síncope neuromediano; en el caso de que hubiese habido sospecha de somatización, stress, ansiedad o antecedentes de enfermedad psiquiátrica, se debería haber iniciado la evaluación psiquiátrica, que en este caso parece ser que no procedía; -la ecocardiografía inicial (26.05.2007) informa de insuficiencia mitral ligera y aneurisma del septo interauricular de grado ligero a moderado sin paso de contraste a cavidades izquierdas, pero que abomba tanto al lado derecho como al izquierdo, siendo el resto de la exploración normal, cabe duda de si este hallazgo podría ser confundido con lo que en la necropsia acabó teniendo la paciente, es decir, un divertículo ciego en la aurícula derecha, y si éste podría haber sido diagnosticado mediante una ecocardiografía transesofágica; -la hipótesis es que la paciente tenía una malformación, a saber un divertículo auricular en la aurícula derecha, que es causa, según la literatura científica disponible, de arritmias supraventriculares y de trombosis intraauricular; a su vez, y respectivamente, de potenciales causa de síncope y tromboembolismo pulmonar, por lo que podría ser la causa del supuesto TEP (tromboembolismo pulmonar) que llevó a la paciente a sufrir la primera PCR (parada cardiorrespiratoria), tras el estudio electrofisiológico y en consecuente reposo en cama con medidas comprensivas en la ingle donde se realizó la punción arterial femoral, para el estudio electrofisiológico; -no existe un registro del manejo de la paciente durante la PCR, que ocurre el 2 de junio de 2006, hasta el 4 de junio de 2006, donde se refiere que las maniobras de RCP (reanimación cardiopulmonar) se iniciaron en planta y que llega a la UCI con actividad eléctrica, sin pulso+asistolia+cianosis severa pese a ventilación con ambú (se recolocó tubo), anotación de la que no queda claro si se llegó en la habitación a recuperar la circulación en el paciente y volvió a caer en el traslado a UCI (inevitable), si no se llegó a recuperar y se la trasladó igualmente (pues nunca traslado hasta estabilización, o al menos recuperación pulso y ventilación adecuada); -el se recolocó el tubo sugiere que estaba mal colocado, o sea en esófago con lo que se perpetuó la hipoxia en general y cerebral en particular (origen de la encefalopatía anóxica?), sumada a la situación



24/11/2009

21:31

983225345

GONZALO PROCURADOR

PAG. 07/11



de PCR por masaje cardíaco externo; en qué momento se recolocó el tubo sería un dato de interés - fallo protocolo intubación traqueal; -una vez sale de la situación de PCR el diagnóstico de TEP masivo y la fibrinólisis posterior son procedimientos correctos; -no han sido facilitadas las dosis de rTPA suministradas y el TAC helicoidal no objetiva trombos en las venas pulmonares; esto no descarta el tromboembolismo pulmonar masivo como causa del PCR, ya que se han visto reducciones de hasta el 12 % de la obstrucción 2 horas después del tratamiento con rTPA y reducciones de la presión de arteria pulmonar (PAP) del 30% y aumentos de índice cardíaco (IC) en tan sólo 2 horas, cosa que explicaría con la mejoría hemodinámica que experimentó la paciente con la fibrinólisis, -la situación de PCR pudo precipitar la isquemia mesentérica que produjo úlceras isquémicas en el tracto digestivo (endoscopia digestiva de 3 de junio de 2006), que sangraron en el contexto del tratamiento fibrinolítico, correctamente indicado; -el sangrado digestivo masivo (según los datos analíticos y la inestabilidad de la paciente que mejoraba con reposición de volumen) produjo una situación de coagulopatía de consumo que se reposicionó adecuadamente hasta el día 4 de junio de 2007, cuando disponen de un conteo de plaquetas inferior a 5000? (indicación de transfusión de plaquetas y más en el contexto de sangrado activo) y sin embargo no transfunden plaquetas, o hemoderivado o tratamiento que lo compense; -el día 3 de junio de 2006 ya se había planteado el diagnóstico clínico de muerte encefálica, aunque no se habían realizado exploraciones complementarias confirmatorias; se aprecia también lesión subendocárdica difusa sin que se instaure ningún tratamiento específico; -se habla con la familia el día 3 de junio de 2006 pero no se registra que se haya iniciado el protocolo de limitación de esfuerzo terapéutico, por lo que no se acaba de entender que no se trate la isquemia cardíaca ni la coagulopatía que perpetuará el sangrado, como demuestra la anemización y plaquetopenia progresivas que finalmente llevan al fracaso multiorgánico y la muerte tras la retirada de los fármacos vasoactivos el 4 de junio de 2006 a las 18 horas (si bien es cierto que tras dos episodios de DEM recuperados con volumen y RCP), c) Los hallazgos de la necropsia son compatibles con TEP masivo (hemorragias e infartos pulmonares) que secundariamente produce el fallo ventricular derecho y la congestión hepática aguda que se reporta; divertículo ciego en aurícula derecha (no se especifica si en pared libre o tabique, por lo que no sabemos que grado de confusión pudo generar en la eco previa); isquemia mesentérica (diátesis hemorrágica en mesenterio e intestino delgado con hematomas intramurales en intestino); isquemia miocárdica crónica y aguda (cardiopatía isquémica crónica y petequias subendocárdicas, ateromatosis coronaria); encefalopatía anóxica (cerebros con signos de hipoxia con déficit de perfusión posparada cardiorrespiratoria); poliquistosis hepática que no renal como hallazgo. D) Conclusión: -la paciente sufre una parada cardiorrespiratoria secundaria a tromboembolismo pulmonar masivo durante el proceso diagnóstico incorrecto y lento de un síncope repetido tras esfuerzos; -quizá si se hubiese realizado la prueba de stress se podría haber llegado a un diagnóstico de arritmia o haber revalorado la imagen de la aurícula derecha, lo que podría haber llevado a seguir monitorizando a la paciente con





telemetría o a iniciar un tratamiento anticoagulante reglado y haber podido contar con una mejor oportunidad; -las actuaciones no fueron máximo diligentes y coordinadas, si defectuosas; -pueden existir fallos durante la reanimación cardiopulmonar que se tradujesen en una encefalopatía anóxica, convirtiendo el pronóstico funcional de la paciente en infausto; -se realizó una limitación de esfuerzo terapéutico con una sospecha de muerte encefálica clínica, no comprobada, y sin el consentimiento informado de los familiares de la paciente, con lo que la causa de la muerte podría ser una diátesis hemorrágica secundaria a una coagulopatía de consumo no tratada. 3- Informe del Jefe del Servicio de Cardiología del Complejo Asistencial de León: -la paciente fue hospitalizada en Cardiología con el diagnóstico de presunción inicial de síncope de perfil cardiológico. -Por los datos clínicos y de la exploración inicial no parece haber estenosis aórtica ni miocardiopatía hipertrófica obstructiva como primera posibilidad, descartándose los estudios y controles a la evaluación de arritmias, dado que los criterios clínicos, electrocardiográficos y analíticos descartaban la presencia de evento coronario agudo; se confirma la inexistencia de estenosis aórtica y de estenosis subaórtica mediante el ecocardiograma; se detecta como hallazgo casual un divertículo ciego de aurícula derecha, sin cortocircuito y son normales las dimensiones de las cavidades derechas sin datos de hipertensión pulmonar. -Orientado el caso como un síndrome arritmico como más probable, se mantuvo a la paciente durante días en monitorización con telemetría y holter, sin datos que avalasen la urgencia de otras pruebas, la observación se prolonga un tiempo suficiente, días en los que no se puede decir que no se hicieran pruebas, estas eran justamente la monitorización de eventos arritmicos, sin embargo, ni en la monitorización continua con telemetría (deambulando por la planta), ni el Holter, ni en el estudio electrofisiológico se documentaron arritmias ni episodios premonitorios de eventuales arritmias. -La paciente sufre un episodio de PCR el 2 de junio de 2006, tanto la clínica súbita como los cambios eléctricos y ecográficos (dilatación de VD y signos de hipertensión pulmonar severa no existente previamente) obligan necesariamente al diagnóstico de alta probabilidad y a iniciar la terapia que se le administró, lo que es así ya que es muy superior la mortalidad de TEP no tratado con anticoagulación/fibrinólisis no inmediata que los potenciales y conocidos posibles efectos indeseados de este tratamiento. -Una cita informativa en la literatura no tiene automáticamente una certeza absoluta. -En el caso que nos ocupa, en el estudio necrópsico se encuentra un divertículo ciego en aurícula derecha no diagnosticado ante-mortem. Teniendo en cuenta la ausencia de relación causal muerte súbita/divertículos solitarios en aurícula derecha, la infrecuencia de esta patología y que la sensibilidad diagnóstica del ecocardiograma transesofágico va a depender del tamaño del divertículo (no se especifica en el informe, se refiere al realizado por el Dr. Santos Canónico) y de su localización, parece claro que no está indicada la realización de un estudio transesofágico para descubrir una patología infrecuente y no relacionada con la sintomatología que la paciente presentó (síncope). -El test de esfuerzo en el proceso diagnóstico de síncope está indicado en aquellos pacientes que presentan síncope durante o tras el ejercicio,

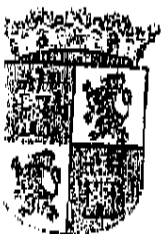




en otros casos al rentabilidad diagnóstica es muy baja (guías de la Sociedad Europea de Cardiología en Europace 2004, 6; 567-537). En estos pacientes, el ejercicio es un desencadenante de síncope y generalmente va asociado a otras patologías que presentan como clínica síncope y que son fáciles de descubrir, estas patologías asociadas pueden excluirse con otras técnicas diferentes al test de esfuerzo y así se hizo en esta paciente y tampoco existía indicación de test de esfuerzo en una paciente con muy baja probabilidad de cardiopatía isquémica clínica (la paciente tiene aterosclerosis coronaria muy propia de la edad), donde el valor predictivo del test sería muy bajo y, como nuestro propio grupo ha publicado muy recientemente, donde la sensibilidad sería muy baja; además, el síncope ocurre durante el esfuerzo pero no necesariamente está desencadenado por el ejercicio, pues no se demuestra reproducibilidad ejercicio-síntomas, por ello considero que realizar un test de esfuerzo no hubiera tenido una rentabilidad diagnóstica adecuada y que no habría cambiado la orientación terapéutica.

-La argumentación que pueda hacerse en este caso tras la necropsia de la paciente, carece de fundamento en lo siguiente: -no hay obstrucción coronaria o lo que es lo mismo datos que avalen un síndrome coronario agudo como causa del éxitus; -la existencia de un divertículo ciego en AD no tiene relación con una muerte súbita en este caso y no sería, ni a la vista de la autopsia, un criterio para haber planteado una intervención que hubiera salvado la vida; -en ningún momento la paciente ha tenido anomalías que justificaran la implantación de un marcapasos definitivo, otra cosa es el uso de un marcapasos temporal durante el cuadro final que se describe en nuestro informe; -el cuadro final de la enferma con los datos clínicos, ECG y ecográficos que presentaba, en cualquier servicio experimentado en emergencias cardiológicas como es nuestro caso, deberá ser siempre considerado como un tromboembolismo pulmonar con infarto pulmonar masivo o múltiple; este evento puede ser masivo o en forma de múltiples embolias, causando los mismos efectos en la práctica; el TAC no explora territorios venosos distales a venas poplíteas, donde podrían asentarse trombos; -en la descripción de la necropsia se deja abierta claramente la posibilidad de existencia de infartos pulmonares. -En vida de la paciente, el episodio que desembocó en su fallecimiento fue tratado correctamente como un TEP, obrándose en consecuencia con el tratamiento farmacológico y medidas de soporte vital sin ninguna carencia u omisión (ff. 216 a 219 del expediente administrativo).

4- Informe de la Coordinación Médica del Área de Inspección de León: -a pesar de haberse realizado estudio de necropsia sigue sin poder establecerse a ciencia cierta la causa del fallecimiento de la paciente, así si bien la causa inmediata puede considerarse la diátesis hemorrágica secundaria al tratamiento fibrinolítico administrado tras la parada cardiorrespiratoria sufrida el 2 de junio de 2006, sigue sin estar clara la causa principal de su fallecimiento, es decir la causa de esta parada cardiorrespiratoria. La parada acontece en una paciente asintomática a excepción de los dos episodios de síncope sufridos en un espacio de tiempo de 4 meses, ingresada por el último de ellos para su estudio y en la que las pruebas complementarias que se estaban realizando no encontraron hallazgos patológicos que dieran explicación al cuadro



24/11/2009 21:31

983225345

GONZALO PROCURADOR

PAG. 10/11



sincopal, entre ellas el estudio electrofisiológico. -La parada surge en una paciente que no presentaba criterios de gravedad ni de urgencia, hasta ese momento, que requiriesen de ningún ingreso en ninguna unidad especial de vigilancia ni de actuaciones terapéuticas urgentes, ya fuesen médicas o quirúrgicas. -No se conoce a ciencia cierta cuál pudo haber sido la causa de esta parada cardiorrespiratoria ni el estudio de necrosis aporta datos concluyentes; la única pista es suministrada por las alteraciones estructurales detectadas durante el estudio ecográfico realizado tras la misma y que consistieron en dilatación severa de cavidades derechas con insuficiencia tricuspídea severa, alteración que es de carácter agudo, pues no se había manifestado con anterioridad ni clínicamente ni en el estudio ecográfico que se había realizado previamente; surge de forma brusca sin que pudieran establecerse mecanismos de compensación ocasionando un fallo cardiaco derecho, como lo demuestran los hallazgos de la necropsia. -Esta dilatación ventricular de instauración brusca y de afectación exclusiva del corazón derecho sólo puede ser secundaria a un impedimento del vaciamiento del ventrículo derecho bien por hipertensión o por obstrucción (tromboembolismo masivo) en el circuito arterial pulmonar, pues posibles anomalías valvulares u otras posibles anomalías intracardiacas que pudieran impedir este vaciamiento quedan descartadas con la necrosis. Este impedimento en el vaciamiento del ventrículo derecho estaría en consonancia con el diagnóstico clínico de tromboembolismo pulmonar masivo realizado por el Servicio de Cardiología tras la parada cardiorrespiratoria y la decisión de administrar tratamiento fibrinolítico correcta y el indicado a la situación clínica de extrema gravedad y urgencia vital que presentaba la paciente en ese momento. La aplicación de este tratamiento pudo ser la causa de que no se detectasen trombos ni en el estudio de TAC ni en la necropsia y de que hubiese revertido en parte la dilatación ventricular (este tratamiento tiene como objeto el disolver los tumbos, siendo el tratamiento de elección en el tromboembolismo pulmonar masivo, basándose su indicación en situaciones críticas en una sospecha clínica fundada y en signos ecocardiográficos sugestivos). Este tratamiento más la anticoagulación aplicada contraindicaban cualquier procedimiento quirúrgico tras su administración. - En el transcurso de la evolución clínica de la paciente durante su ingreso hospitalario, muy probablemente vinieron a coincidir dos eventos diferentes: uno el episodio sincopal por el que estaba siendo estudiada, que mantenía a la paciente en una situación asintomática, y otro el evento sobrevenido de forma brusca e inesperada que fue la parada cardiorrespiratoria. Mientras que de este último una etiología probable, aunque no confirmada, es la de un tromboembolismo pulmonar masivo (patología que daría explicación tanto a la parada cardiorrespiratoria como a la dilatación y fracaso ventricular derecho subyacente a la misma; las posibles causas del primero permanecen sin esclarecer). El origen del síncope (pérdida de conciencia y tono postural de aparición brusca, de escasa duración y con recuperación espontánea y sin secuelas) puede ser de causa cardiovascular, de causa neuromédiana y síncope ortostáticos causados por fallo en el sistema nervioso autónomo durante los cambios de posición. -La orientación etiológica que se realizó a la paciente fue de síncope por probable etiología



24/11/2009 21:31

989225345

GONZALO PROCURADOR

PAG. 11/11



cardiacapor la que fue ingresada en el Servicio de Cardiología para su estudio. Dentro de las posibles causas cardiacas de síncope se encuentran los trastornos de ritmo a cuyo descarte se orientaron los estudios realizados en el Hospital de León, ya que otras posibles causas estructurales cardiacas se habían descartado, así como otras posibles causas de pérdida de conciencia como ictus mediante TAC craneal. Para su diagnóstico se habían realizado inicialmente pruebas no invasivas (ECG, telemetría continuada, Holter) y ante la normalidad de éstas la prueba invasiva de estudio electromiográfico. -las pruebas diagnósticas hasta ese momento eran correctas y adecuadas a la situación clínica de la paciente que era de ausencia de síntomas y de normalidad en los resultados de los estudios realizados y encaminadas a descartar una de las causas más importantes de síncope de origen cardiaco como son las arritmias una vez descartadas otras posibles causas estructurales, yendo de menos a más en cuanto al grado de complejidad y de invasión en la paciente, sin embargo, no se pudo llegar a fijar la etiología del cuadro sincopal al intercurrir la parada cardiorrespiratoria de forma inesperada mientras la paciente continúa ingresada y sin posibilidad de una reevaluación de la misma ante la normalidad de los estudios realizados hasta el momento. -Otras pruebas como masaje de seno carotídeo y la prueba de basculación estarían recomendadas en síncope de causa desconocida en los que se ha descartado cardiopatía en los que la anamnesis orientase bien hacia una hipersensibilidad del seno carotídeo o hacia un síncope ortostático, anomalías que no explicarían la parada sufrida y mucho menos la dilatación y fallo del ventrículo derecho. -En cuanto a la prueba de esfuerzo estaría orientada a detectar aquellas alteraciones cardiovasculares no presentes en reposo y que sin embargo pudiesen aparecer con el ejercicio; en la valoración del síncope y una vez excluida la cardiopatía isquémica serviría para detectar arritmias desencadenadas por el ejercicio; lo lógico, en caso de creerla necesaria, sería utilizarla una vez descartadas patologías estructurales y trastornos del ritmo basales. En cualquier caso la posible explicación a un síncope de esfuerzo e incluso se podría intentar relacionar con una parada cardiaca, pero nunca podría dar explicación a la dilatación y fracaso agudo del ventrículo sufrida por la paciente. Por tanto, la realización o no de ésta y las anteriores pruebas no puede ser relacionada causalmente con la parada cardiorrespiratoria sufrida por esta enferma. -Hasta el momento de producirse la parada no había ninguna indicación de implantación de marcapasos, pues no se había detectado ninguna arritmia susceptible de su indicación; no había indicación de ingreso en UCI, pues su situación hasta ese momento era asintomática; no había indicación de ninguna corrección quirúrgica urgente del divertículo auricular (divertículo que podría corresponder al aneurisma del septum interauricular informado ecocardiografía), pues no estaba siendo causa de ninguna alteración hemodinámica ni electrofísica detectable, sin que tampoco esta rara anomalía pueda relacionarse causalmente con la parada sufrida por la paciente, pues no fueron detectados trombos intracardiacos en ninguno de los estudios cardiográficos realizados. (ff. 220 a 228 del expediente administrativo). 5- Dictamen emitido por el Dr. [REDACTED]





[REDACTED]: -la paciente, de 69 años de edad, sufrió un síncope mientras andaba en bicicleta, el episodio duró alrededor de 2 minutos, contó que había sufrido un episodio similar 4 meses antes mientras caminaba. No hubo dolor torácico ni palpitaciones antes del episodio; la paciente no tenía factores de riesgo conocidos para cardiopatía isquémica (HTA, diabetes, tabaquismo o hipercolesterolemia), tampoco tomaba ningún medicamento que pudiese tener efectos depresores sobre el aparato circulatorio o el sistema nervioso. -En el examen físico la describen como consciente y bien orientada, sin deterioro circulatorio ni localización neurológica; destacaba un hematoma palpebral izquierdo, un soplo sistólico cardíaco eyéctico grado 2/6 en el foco aórtico, varices en los miembros inferiores; la exploración neurológica no mostró signos patológicos, incluyendo un Signo de Romberg negativo (con los ojos cerrados el paciente permanece de pie para comprobar su equilibrio), el EKG en ritmo sinusal, sin alteraciones patológicas, Rx tórax y análisis sanguíneos incluyendo la Troponina T cardíaca dentro de los rangos de la normalidad. Tras la valoración inicial se consideró que este cuadro sincopal desarrollado durante el esfuerzo físico se encuadraba dentro de los de origen cardíaco y fue ingresada a cargo de Cardiología. -La probabilidad de que un síncope tenga origen cardíaco obliga a estudiar primero estas causas ya que son las que se asocian con una mayor mortalidad. -En principio estaba descartado un IAM u otro síndrome coronario agudo como causa del síncope, tampoco había arritmias graves en el EKG ni insuficiencia cardíaca ni síntomas neurológicos; el ingreso hospitalario estaba justificado, pero no en una Unidad Coronaria. -Fue monitorizada con telemetría, lo que permite detectar alteraciones del ritmo cardíaco que puedan cursar un síncope. No se detectó ningún bloqueo aurículo-ventricular que explicara el síncope, tampoco bradicardia (pulso lento) sintomática, ni taquiarritmias; se describe un dudoso episodio de bloqueo AV intermitente a las 5 horas pero no es suficiente para sustentar un diagnóstico definitivo, además en horas de la madrugada, durante el sueño, por aumento del tono vagal puede aparecer pulso lento y hasta bloqueo AV de segundo grado. -El Holter EKG de 24 horas (22 de mayo de 2006) fue normal, sin pausas ni bloqueos ni arritmias graves, sólo 25 extrasístoles supraventriculares aislados. -el ecocardiograma de fecha 23 de mayo de 2006 mostró una insuficiencia valvular mitral ligera, sin criterios de prolapso, no había valvulopatía aórtica ni hipertrofia cardíaca ni alteraciones del pericardio, las cavidades tenían un tamaño normal; se describe un aneurisma del septo interauricular; además se descartó la presencia de un agujero con cortocircuito ya que no mostró paso de contraste interauricular; los aneurismas del septo auricular no suelen relacionarse con los síncope. El resultado del ecocardiograma descartaba una causa estructural cardíaca del síncope. - Siguiendo con la sistemática diagnóstica de un síncope de probable origen cardíaco que aparece durante el esfuerzo se recomienda la realización de una prueba de esfuerzo con el fin de observar si hay una arritmia, un evento isquémico o algún cambio en la TA que origine los síntomas, pero hay que considerar que se corre el riesgo tenga el síncope y se golpee mientras corre sobre el tapiz (la paciente había sufrido un traumatismo facial por el síncope) y si no puede o no quiere hacer el ejercicio, lo más





fisiológico que es la realización de una prueba con stress farmacológico no se puede considerar superponible a la misma ya que la medicación que se emplea (dobutamina) tiene per se cierto potencial arritmogénico, sobre todo a dosis máximas. -- El EEF fue hecho el 1 de junio de 2006 y es el último paso en el escalón diagnóstico si se sospechan arritmias; si resulta normal, como en este caso, con las pruebas previas sin evidencia de cardiopatía generadora de síncope, entonces el cardiólogo se puede plantear la colocación de un Holter implantable o de asa para registrar durante semanas el ritmo cardíaco en busca de un trastorno del ritmo que sea la causa del síncope. --Tras la realización del EEF la paciente sufrió una parada cardiorrespiratoria en su habitación, con disociación electromagnética (hay actividad eléctrica cardíaca pero sin pulso) y es trasladada a la UCC donde tras reanimarla un ecocardiograma mostró dilatación de las cavidades derechas del corazón con insuficiencia de la válvula tricúspide. Estos hallazgos son compatibles con un Cor Pulmonale agudo y la causa más probable es un TEP masivo. Se había producido una complicación mientras la paciente se encontraba ingresada para ser estudiada de un síncope. --Ante la complicación, el tratamiento aplicado fue correcto con un fibrinolítico, pues ha demostrado su eficacia en el TEP acompañado de shock; la elevación en sangre del Dímero D concuerda con un TEP. Se produjo una de las complicaciones más graves del uso de un fibrinolítico que es la hemorragia, en este caso, masiva, digestiva, con anemia severa y complicaciones de un fallo multiorgánico, hipoxia cerebral y muerte. --No está estipulado en qué tiempo debe diagnosticarse un síncope, los estudios europeos citados en las guías han encontrado una media de entre 8 y 17 días de estancia. --Si bien el buscar una hipotensión ortostática es una exploración que está indicada parece poco probable que alguien que monta en bicicleta y hacía vida normal entre un síncope y otro (4 meses) tuviera este cuadro clínico; las carótidas fueron exploradas en busca de soplos el día 23 de mayo de 2006; que no se hiciera un masaje del seno carotídeo (se hizo durante el estudio electrofisiológico según protocolo) tampoco ha influido en el desenlace, pues esta exploración se podía plantear después de excluir una causa cardíaca; la no realización de un tacto rectal no se ve como una omisión determinante, ya que se hizo un hemograma que no mostraba anemia severa; la realización de un TAC craneal es correcta en una paciente que tiene un hematoma palpebral postraumático, ya que las personas mayores pueden sufrir un hematoma subdural (colección de sangre entre huesos del cráneo y las meninges) que en principio puede no dar síntomas neurológicos, la anticoagulación no estaba indicada en una paciente en ritmo sinusal y con un ecocardiograma sin dilatación de las cavidades y sin signos de flebitis. --El divertículo de aurícula derecha es una malformación muy rara encontrada con más frecuencia en pacientes pediátricos cuando son gigantes y se observan con facilidad. En las listas de causas de embolismo sobretudo pulmonar no se menciona como causa a buscar esta entidad, de hecho, la autopsia no menciona su localización en la aurícula ni su tamaño, tampoco se encuentra falta de integridad del septo interauricular, lo que confirma el hallazgo del ecocardiograma practicado. --No existía una indicación de un ecocardiograma transesofágico, a partir del cuadro clínico de la paciente, que no tenía signos



24/11/2009

21:45

98E225345

GONZALO PROCURADOR

PAG. 14/14



de embolismo periférico, no tenía prótesis valvulares ni sospecha de un síndrome aórtico agudo, ni de endocarditis infecciosa. Aunque había un aneurisma del septo interauricular no hubo paso de contraste lo cual era suficiente. Revisados tres textos de ecocardiografía transesofágica, en ninguno se menciona ni se advierte el Divertículo de AD; un ecocardiograma no puede diagnosticar una entidad tan rara, ya que se aprende y se enseña más en el diagnóstico por imagen lo que es frecuente y característico. No se puede atribuir el TEP a esta malformación ni mucho menos los episodios sincopales. La autopsia mostró datos de dilatación de cavidades derechas como se había visto en el ecocardiograma; los cambios en el EKG que aparecen tras la PCR eran consecuencia del estado general grave de la paciente, con grave anemia post hemorragia, alteraciones severas de los iones y encefalopatía anóxica y no había un tratamiento cardíaco antiisquémico a menos que se lograra revertir el fallo multiorgánico post hemorragia. -En resumen: la paciente sufrió un TEP con Cor Pulmonale agudo y shock circulatorio mientras estaba ingresada por un síncope, el estudio del caso no había concluido. El TEP ocurrió después de un EEF que estaba indicado (indicación tipo II A, cuando hay controversia sobre su indicación pero la evidencia se inclina a favor de su uso y eficacia) y puede aparecer después de una punción venosa femoral, pero las causas del mismo son múltiples y no siempre se establecen. -La recolocación de un tubo endotraqueal una vez que la paciente estaba en la UCC no significa que estuviese mal colocado al principio ya que con el traslado del paciente y las maniobras de resucitación se producen movimientos que obligan a revisar vías y tubos de ventilación. -El manejo de las complicaciones posteriores a la aparición de la hemorragia fue correcto y se pidieron interconsultas con otras especialidades. 6- Aclaraciones al dictamen emitido por el Dr. Santos Canónico: -la paciente sufrió un síncope cardiogénico. -Las pruebas que están indicadas para el tratamiento de este síncope son, por este orden, electro y analítica, ecocardiografía, prueba de esfuerzo; si no revelan nada, Holter y si no revela nada estudio electrofisiológico. -La electrocardiografía se solicita el día 12, se reitera varios días la solicitud, y se realiza el día 27. -La prueba de esfuerzo tiene un riesgo casi nulo, no se hizo y está recogida en el Protocolo de la Sociedad Europea y hay que hacerla salvo que existan contraindicaciones, que en este caso no existían. -La paciente fallece porque se saltan las pruebas anteriores y se decide hacerle otras pruebas, entre ellas se le hace un estudio fisiológico del corazón, prueba invasiva que requiere consentimiento informado, no es inocua, puede producir infecciones, paradas cardiorespiratorias, coágulos, ... esta paciente tenía antecedentes (varices, intervenciones) por los que podía presentar coágulos, se le hizo y la paciente desarrolló un tromboembolismo pulmonar que se trató por fibrinólisis. -La reanimación fue descoordinada. -La paciente fallece por la hemorragia causada por el tratamiento necesario para tratar el tromboembolismo pulmonar que surgió como consecuencia del tratamiento por fibrinólisis, que tiene un riesgo de realizar hemorragia que es lo que pasó. -en la autopsia se constata el sangrado, que viene derivado del estudio electrofisiológico que no debía haberse hecho. -Con el estudio de todo el proceso, no sólo de la autopsia, se



24/11/2009

21:41

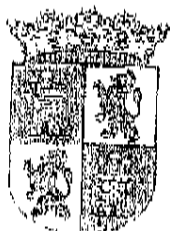
983225345

GONZALO PROCURADOR

PAG. 04/08



llega claramente a la causa de la muerte. -puesto que lo que ha causado el síncope es el esfuerzo, después de descartar que no está infartada, había que haber hecho la prueba de esfuerzo, que no es caprichosa, no depende del paciente y hubiera evidenciado el bloqueo. -El divertículo es un hallazgo raro que puede dar lugar a confusión con un aneurisma, pero la autopsia deja claro que es un divertículo. -El consentimiento informado no es completo, pues se habla solamente de probabilidad de mortalidad, pero no de otros aspectos. -Se retrasó 12 días una prueba inocua y clave para saber lo que había que hacer y se tenía que haber hecho el estudio de esfuerzo antes que el estudio fisiológico. -La ecografía transesofágica hubiera evidenciado el divertículo y hubiera dado lugar a la implantación de marcapasos. 7- Aclaraciones al dictamen emitido por el Dr. Torres Madero: - el divertículo es un hallazgo casual y la principal manifestación, si no es un hallazgo casual, es la existencia de palpitaciones. -El estudio transesofágico no estaba indicado en el caso de la paciente. -El test de esfuerzo es una recomendación, pero existe una opción para el médico de no hacerla o hacerla más adelante; en este caso no se dice que no se fuera a hacer, la paciente estaba en estudio y no existe un orden estricto en la realización de las pruebas, las peculiaridades del caso pueden aconsejar alterar el orden. El que hace una prueba de esfuerzo tiene que estar preparado para lo que pueda ocurrir en el transcurso de la prueba. -En lo que respecta a las guías, hay que leer lo que dice la introducción y además no a todos los pacientes se les pueden aplicar las guías. Son una orientación que no sustituye el juicio clínico del médico, no es una cuestión a seguir a rajatabla. -Es recomendable la ecocardiografía y la prueba de stress, pero el médico tiene la responsabilidad de decidir y puede dejar una prueba para más adelante y optar por otra. -No todos los casos encajan en las guías. -El TEP estuvo correctamente tratado, de hecho la paciente remontó, pero la situación era muy grave. -El fibrinolítico bloquea la coagulación. -El estudio electrofisiológico fue correcto. -El tiempo que se tarda en diagnosticar la causa de un síncope no es corto. -El consentimiento informado es más o menos estandarizado y recoge todas las posibilidades y los riesgos más frecuentes. -El coágulo tiene que ver con el estudio electrofisiológico, pero también hay que tener en cuenta que la paciente está encamada. -El estudio fibrinolítico cree que es lo más probable que produjera la hemorragia. -La causa de la muerte es un TEP masivo relacionado con el estudio fibrinolítico, que tiene riesgo embólico. -La electrocardiografía pasan muchos días hasta que se hace, pero la paciente está estable, asintomática; desconoce la situación de este hospital para realizar la electrocardiografía, aunque lo deseable es que se haga con prontitud. Desconoce por qué no se hizo antes. -Todas las pruebas pendientes de realizar se ponen en las anotaciones. 8- Al f. 12 de la historia clínica obra el consentimiento informado del estudio electrofisiológico. En el mismo, puede leerse Fdo. D°. [REDACTED]. El documento explica el procedimiento y las causas de mortalidad. 9- En las Guías de práctica clínica sobre el manejo, diagnóstico y tratamiento del síncope, aportadas con el escrito de conclusiones de la parte actora, puede leerse: Cuando el mecanismo de síncope no es evidente, la sospecha de cardiopatía o cardiopatía





confirmada se asocian a un mayor riesgo de arritmias y a una mayor mortalidad al año. En pacientes con características clínicas sugestivas de síncope cardiaco como las que se enumeran en las tablas 3 y 4 se recomienda la evaluación cardiaca. La evaluación cardiaca consiste en ecocardiografía, prueba de estrés, monitorización electrocardiográfica prolongada, Holter grabadora de asa continua externa o implantable según convenga y estudio electrofisiológico... En pacientes en los que el síncope tiene lugar durante o después de un esfuerzo, se recomienda una ecocardiografía y una prueba de estrés como primeros pasos de la evaluación... Está indicado un procedimiento electrofisiológico invasivo cuando la evaluación inicial sugiere una causa arritmica de síncope como las que se enumeran en las tablas 3 y 4.

TERCERO.- A la vista de los antecedentes reseñados en el anterior fundamento de derecho, y fundamentalmente en base al dictamen emitido por el Dr. Santos Canónico valorado conjuntamente con las Guías de práctica clínica sobre el manejo, diagnóstico y tratamiento del síncope, ha de concluirse que existen datos suficientes para considerar acreditada la concurrencia de los presupuestos que exige la declaración de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Para establecer la anterior conclusión, ha de partirse de que el Dr. Santos Canónico establece que la paciente sufrió un síncope cardiogénico y las pruebas que están indicadas para el tratamiento de este síncope son, por este orden, electro y analítica, ecocardiografía, prueba de esfuerzo; si no revelan nada, Holter y si no revela nada estudio electrofisiológico. Establece también que la paciente fallece porque se salta el orden de las pruebas anteriores y se decide hacerle otras pruebas, entre ellas un estudio electrofisiológico del corazón, prueba invasiva que no es inocua, a lo que añade que la paciente presentaba antecedentes que, como varices y una intervención, por los que podía presentar coágulos.

Debe señalarse, en primer lugar, que admitiendo las consideraciones que hace el Dr. [REDACTED] acerca de las Guías y admitiendo también que es el médico quien tiene delante al paciente y quien tiene que optar por unas pruebas u otras y el orden de realización de las mismas y admitiendo, lo cierto es que en el supuesto objeto de examen se constata que los facultativos que atendieron a la paciente no siguieron las recomendaciones establecidas en las Guías de práctica clínica sobre el manejo, diagnóstico y tratamiento del síncope.

En segundo lugar, ha de señalarse que es cierto que en las Guías no se dice que el orden de realización de las pruebas sea ecocardiografía, prueba de estrés, monitorización electrocardiográfica prolongada, Holter grabadora de asa continua externa o implantable según convenga y estudio electrofisiológico, pues las Guías indican que estas pruebas constituyen la evaluación sin decir que este orden es el indicado, razón por la que no puede rechazarse el criterio expuesto por el Dr. [REDACTED] de una forma rotunda. Ahora bien, lo que sí dicen las Guías es que está indicado un procedimiento electrofisiológico invasivo cuando la evaluación inicial sugiere una causa arritmica de síncope



24/11/2009 21:41 989225345

GONZALO PROCURADOR

PAG. 06/08



como las que se enumeran en las tablas 3 y 4 y que en pacientes en los que el síncope tiene lugar durante o después de un esfuerzo, se recomienda una ecocardiografía y una prueba de estrés como primeros pasos de la evaluación; pues bien, en el presente supuesto no se ha hecho la prueba de estrés y sin completar, por tanto, la evaluación en sus primeros pasos se ha aplicado el procedimiento electrofisiológico.

Ha de señalarse que el test de esfuerzo, a la vista del informe del Jefe del Servicio de Cardiología, parece que se descartó, pues llega a decirse en este informe que el test no hubiera tenido una rentabilidad diagnóstica adecuada y no habría cambiado la orientación terapéutica.

También informa el Dr. Santos Canónico que la ecocardiografía no reveló ninguna contraindicación para la realización del test de esfuerzo.

Pues bien, a la vista de los datos reseñados, ha de concluirse que el seguimiento, como señala el Dr. Santos Canónico, no fue ordenado ni máximo diligente, pasándose a la aplicación de un procedimiento invasivo y no inocuo sin haber concluido en todas sus fases la evaluación.

Señala también el Dr. Santos Canónico que la paciente presentaba además antecedentes que hacían que el procedimiento electrofisiológico pudiera dar lugar a coágulos.

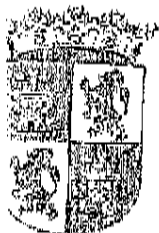
Este dato, unido a los anteriores, evidencia también que el tratamiento no fue máximo diligente, pues entra dentro de la lógica, antes de aplicar el procedimiento invasivo a una persona que presentaba antecedentes que hacían posible la formación de coágulos, la decisión de haber finalizado la evaluación recomendada, decisión que podría haber ofrecido otras posibilidades.

El Dr. Santos Canónico como causa del fallecimiento la hemorragia causada por el tratamiento necesario para tratar el tromboembolismo pulmonar que surgió como consecuencia de la realización del procedimiento electrofisiológico, incidencia, la de la realización del estudio electrofisiológico, que viene a admitir el Dr. Torres Madero.

A partir de lo que se ha expuesto hasta ahora, ha de concluirse que la causa del fallecimiento de la demandante guarda relación con una decisión no máximo diligente de los facultativos que trataron a la paciente, como fue la aplicación del procedimiento electrofisiológico antes de haber efectuado toda la evaluación recomendada, procedimiento que tuvo una relevancia esencial en el fallecimiento de la paciente.

Ha de concluirse, por lo tanto, que resulta acreditada una vulneración de la lex artis ad hoc, por lo que procede la declaración de responsabilidad interesada.

En lo que respecta a la cuantía reclamada en concepto de indemnización, la suma de 30.000 euros para cada uno de los hijos de la paciente no se considera excesiva, pues debe tenerse en cuenta la relación de parentesco de que se trata, que es una de las más próximas, debiendo señalarse que ninguna norma establece una cuantía concreta para efectuar





estas valoraciones (como es sabido, el baremo es meramente orientativo).

Al pago de la suma reconocida, que devengará el interés legal desde el día 30 de marzo de 2007, debe condenarse a la Administración y a la aseguradora de forma solidaria.

Por todo lo expuesto, ha de estimarse la pretensión deducida en este recurso contencioso administrativo.

CUARTO.- En base a lo dispuesto en los arts.- 81.1 de la L.J.C.A. y en atención a la cuantía del recurso contencioso administrativo, la presente sentencia es susceptible de recurso de apelación en el plazo de 15 días.

QUINTO.- No se aprecia la existencia de circunstancias en base a las que establecer una especial condena en costas, de conformidad con lo dispuesto en el art.- 139 de la L.J.C.A..

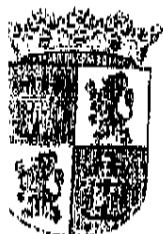
Vistas las disposiciones legales citadas y demás de general y pertinente aplicación,

F A L L O

SE ESTIMA la pretensión deducida en el presente recurso contencioso-administrativo núm.: P.O. 239/2.008 interpuesto, por la representación de D^a. [REDACTED] y de [REDACTED], contra la desestimación por silencio administrativo de la reclamación por responsabilidad formulada con relación a la asistencia sanitaria prestada a D^a. [REDACTED]; que se declara contraria a derecho en cuanto desestima íntegramente la reclamación, debiendo reconocerse a favor de los demandantes una indemnización por importe de 30.000 euros para cada uno de ellos, suma de dinero que devengará el interés legal desde el día 30 de mayo de 2007 y a cuyo pago se condena solidariamente a la Administración demandada y a Zurich España Compañía de Seguros y Reaseguros.

Todo ello, sin que proceda hacer una especial condena en costas.

Así, por esta mi sentencia, lo pronuncio, mando y firmo.



P U B L I C A C I O N. Dada, leída y publicada ha sido la anterior sentencia por el Sr. Magistrado-Juez que la ha dictado, estando celebrando Audiencia Pública y ordinaria en el día de su fecha. Doy fe.-