

NOTIFICADA AL PROCURADOR
19-FEBRERO-2024

**TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE LA COMUNIDAD
VALENCIANA
SALA DE LO CONTENCIOSO- ADMINISTRATIVO
SECCIÓN SEGUNDA**

PROCEDIMIENTO ORDINARIO [ORD] - 000171/2021
N.I.G.: 46250-33-3-2021-0000646

Presidenta:

Ilma. Sra. Dña. ALICIA MILLÁN HERRÁNDIS

Magistrados Ilmos. Srs:

ANA PÉREZ TORTOLÁ

D. RICARDO FERNÁNDEZ CARBALLO-CALERO

Dña. MARÍA JESÚS GUIJARRO NADAL

D. ALBERTO MANUEL IBÁÑEZ BARTUAL

SENTENCIA Nº 178/2024

En la Ciudad de Valencia, a 15 de febrero de dos mil veinticuatro

Visto por la Sección Segunda de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana, el recurso contencioso-administrativo número 171/2021, interpuesto por el Procurador D. CARLOS EDUARDO SOLSONA ESPRIÚ en representación de

, asistidos del Letrado D. IGNACIO MARTÍNEZ GARCÍA contra la CONSELLERÍA DE SANIDAD DE LA GENERALITAT VALENCIANA representada y asistida por el Letrado de la Generalitat, sobre reclamación de indemnización derivada de la deficiente asistencia sanitaria prestada a Dña. madre de los reclamantes

Actúa como Magistrada ponente la Ilma. Sra. Dña. MARÍA JESÚS GUIJARRO NADAL, quien expresa el parecer de la Sección, con base a los siguientes,

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Que por la representación de la demandante se interpuso recurso contencioso administrativo contra la ya mencionada demandada, que por reparto correspondió a esta Sección, suplicando que, previos los trámites legales, se dictara resolución requiriendo al órgano administrativo a fin de que remitiera el expediente y fuera puesto de manifiesto para formalizar la demanda, así como que se ordenara a la demandada el emplazamiento de quienes pudieran ostentar la condición de interesados.

SEGUNDO.- Que admitido a trámite el recurso, se acordó reclamar el expediente administrativo y ordenar el emplazamiento de los posibles interesados y recibido que fue, con

entrega del mismo, se acordó emplazar a la actora para formalizar demanda, lo que verificó interesando se dictara sentencia acordando indemnizar a la actora con la cantidad que resulte oportuna de las valoraciones que en prueba se efectúen

TERCERO.- Que tras la admisión de la demanda, se acordó emplazar a la Administración demandada para que en el plazo de veinte días presentara escrito de contestación, lo que verificó en tiempo y forma, interesando la el dictado de una sentencia desestimatoria con declaración de la conformidad a derecho del acto recurrido.

CUARTO.- Que seguidamente se recibió el pleito a prueba, con el resultado que obra en autos, emplazando a las partes para que evacuasen el trámite de conclusiones prevenido por el artículo 64 de la Ley Reguladora de esta Jurisdicción y, verificado, quedaron los autos pendientes para votación y fallo.

QUINTO.- Que en la tramitación de este procedimiento se han observado todas las prescripciones legales, señalándose para votación y fallo el día 13 de febrero del presente año

FUNDAMENTACIÓN JURÍDICA

PRIMERO.- Se interpone el presente recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de la solicitud formulada en fecha 4-2-2019 en materia de declaración de responsabilidad patrimonial y reclamación de indemnización por cuantía de 100.000 euros derivada de la deficiente asistencia sanitaria prestada a su madre, Dña.

SEGUNDO.- Que la parte recurrente fundamenta su pretensión alegando que el 13/02/2019 la madre de los demandantes, de 80 años de edad y con antecedentes de hipertensión arterial e hipercolesterolemia, acudió al Centro de Salud de Altea por epigastralgia de 24 horas de evolución, siéndole detectado un *soplo pansistólico GR II/IV, más evidente en foco aórtico con propagación en la carótida derecha-*, dándole el alta con el diagnóstico de dispepsia, con recomendación de control por su MAP y e indicación de remitir a la paciente a cardiología ante la *presencia de soplo aórtico. Alega que de la historia clínica resulta que dicho día se realizó un electrocardiograma, aunque se desconoce dado que no consta incorporado el soporte documental de tal prueba.* Continúa alegando que el 15/02/2018 acudió de nuevo al Centro de Salud de Altea por dolor epigástrico y una gran sensación de cansancio, siendo derivada con prioridad ordinaria al servicio de cardiología del Centro de Especialidades de Benidorm, por lo que dos días después, ante la persistencia de los síntomas y la no asistencia adecuada en la Sanidad Pública, acudió al hospital IMED Levante (sanidad privada), donde, ante los síntomas que presentaba, se realizó una analítica y una electrocardiografía, siendo diagnosticada de infarto agudo de miocardio avanzado – SCACEST, síndrome coronario agudo con elevación de ST-, procediéndose a su ingreso en la UCI. Que al día siguiente se le realizó una nueva analítica de control y un urocultivo, transcurriendo el día sin incidencias y otra el día 19 de febrero, entrando a las 9;30 horas en parada cardiorrespiratoria, falleciendo pese a las maniobras de RCP, siendo la causa fundamental de la muerte el infarto agudo de miocardio y la causa inmediata taponamiento cardíaco/ruptura de pared ventricular

Aduce que, tras ser solicitada por el Tribunal la aportación de la prueba electrocardiograma que de contrario se dice practicada el 13 de febrero, la demandada ha

contestado que dicho electro no consta en su Historia Clínica, añadiendo que fue realizada por la Dra. , que ya no presta servicio, y que se informó como: EKG- RS FC -75 PR-0,20 QRS <0,12 EJE 0°, BRDHH, ONDA O Y T (-) EN DIII, NO ALTERACIONES AGUDAS DE REPOLARIZACION. Añade que el informe pericial que aporta deja claro que, aun dando por buena dicha información, la asistencia fue reiteradamente contraria a la lex artis. Por todo ello, solicitan una indemnización de 100.000 euros, a razón de 50.000 para cada uno de los hijos.

Que por la Conselleria demandada se opone a lo solicitado de contrario por cuanto de lo actuado resulta acreditado que la asistencia prestada a la paciente fue conforme a la lex artis, adecuada a los síntomas que presentaba.

TERCERO.- Que en orden a resolver el supuesto enjuiciado procede traer a colación a título de recordatorio la doctrina que sobre la responsabilidad patrimonial de la Administración en los casos de las praxis sanitarias ha venido conformando el TS, destacando por todas la reciente STS nº 232/2022 de fecha 23 de febrero, a cuyo tenor: *“En consecuencia, en relación con la responsabilidad patrimonial de la Administración, cabe señalar que la Constitución de 1978 no hace sino consagrar ---y elevar a rango de máxima norma--- los resultados ya alcanzados en el Derecho positivo (artículo 40 de la LRJAE), al disponer en su artículo 106.2 que "los particulares, en los términos establecidos por la Ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes o derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que aquella lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos". Como, recientemente, ha señalado el Tribunal Constitucional (STC 112/2018, de 17 de octubre, FJ 5), "el tenor del artículo 106.2 supone la recepción constitucional del sistema de responsabilidad de la Administración previamente vigente en España, cuyo carácter objetivo venía siendo ampliamente aceptado por la doctrina y la jurisprudencia".*

Pero, no obstante, lo anterior, los citados pronunciamientos constitucionales sobre la responsabilidad patrimonial requieren y exigen, una serie de matizaciones o modulaciones, en relación con el citado carácter objetivo genérico que de la institución se proclama; sobre todo, cuando de algún tipo concreto de responsabilidad patrimonial se trata, tal y como aquí acontece con la responsabilidad sanitaria. Así lo ha venido poniendo de manifiesto el Tribunal Supremo, con reiteración.

(...) Exponente ---y síntesis--- de esta línea jurisprudencial es la doctrina contenida en la STS 418/2018, de 15 de marzo (ECLI:ES:TS: 2018:1084, RC 1016/2016), en la que, sin abandonar el fundamento de imputación de la responsabilidad, introduce en la misma elementos subjetivos o de culpa, dejando constancia de anteriores y reiterados pronunciamientos de la propia Sala:

"La sentencia del Tribunal Supremo de 17 de abril de 2007 declaraba que "la jurisprudencia viene modulando el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial, rechazando que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con el mismo que se pueda producir, así señala la sentencia de 14 de octubre de 2003 que: "Como tiene declarado esta Sala y Sección, en sentencias de 30 de septiembre del corriente , de 13 de septiembre de 2002 y en los reiterados pronunciamientos de este Tribunal Supremo, que la anterior cita como la Sentencia, de 5 de junio de 1998 , la prestación por la Administración de un determinado servicio público y la titularidad por parte de aquella de la infraestructura material para su prestación no implica que el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva de las Administraciones Públicas, convierta a éstas en aseguradoras

universales de todos los riesgos, con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados que pueda producirse con independencia del actuar administrativo, porque de lo contrario, como pretende el recurrente, se transformaría aquél en un sistema providencialista no contemplado en nuestro Ordenamiento Jurídico". Y, en la sentencia de 13 de noviembre de 1999, también afirmamos que "Aun cuando la responsabilidad de la Administración ha sido calificada por la Jurisprudencia de esta Sala, como un supuesto de responsabilidad objetiva, no lo es menos que ello no convierte a la Administración en un responsable de todos los resultados lesivos que puedan producirse por el simple uso de instalaciones públicas, sino que, como antes señalamos, es necesario que esos daños sean consecuencia directa e inmediata del funcionamiento normal o anormal de aquélla."

Más en concreto, en reclamaciones derivadas de prestaciones sanitarias, 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 cuál 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" - sentencias del Tribunal Supremo de 25 de abril, 3 y 13 de julio y 30 de octubre de 2007, 9 de diciembre de 2008 y 29 de junio de 2010 -, por lo que "la actividad médica y la obligación del profesional es de medios y no de resultados, de prestación de la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo, de manera que los facultativos no están obligados a prestar servicios que aseguren la salud de los enfermos, sino a procurar por todos los medios su restablecimiento, por no ser la salud humana algo de que se pueda disponer y otorgar, no se trata de un deber que se asume de obtener un resultado exacto, sino más bien de una obligación de medios, que se aportan de la forma más ilimitada posible" -entre otras, sentencias del Tribunal Supremo de 10 y 16 de mayo de 2005 -.

En el mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Supremo de 9 de octubre de 2012 declaraba: "(...) debemos insistir en que, frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todas las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento del régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concurra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles (así Sentencia de esta Sala de 25 de febrero de 2009, recurso 9484/08, con cita de las de 20 de junio de 2007 y 11 de julio del mismo año).

Con esto queremos decir que la nota de objetividad de la responsabilidad de las Administraciones Públicas no significa que esté basada en la simple producción del daño, pues además este debe ser antijurídico, en el sentido que no deban tener obligación de soportarlo los perjudicados por no haber podido ser evitado con la aplicación de las técnicas sanitarias conocidas por el estado de la ciencia y razonablemente disponibles en dicho momento, por lo que únicamente cabe considerar antijurídica la lesión que traiga causa en una auténtica infracción de la *lex artis* (...)"

Así las cosas, cuando, atendidas las circunstancias del caso, la asistencia sanitaria se ha prestado conforme al estado del saber y con adopción de los medios al alcance del servicio, el resultado lesivo producido no se considera antijurídico, tal y como también se

declaraba en las sentencias citadas y en la sentencia del Tribunal Supremo de 14 de octubre de 2002 , refiriéndose a la de 22 de diciembre de 2001 , y en la de 25 de febrero de 2009 , con cita de las de 20 de junio y 11 julio de 2007 . En otro caso, cuando se ha incurrido en infracción de la *lex artis*, el daño y perjuicio producidos son antijurídicos y deben ser indemnizados.

Reiterando dichos conceptos la sentencia del Tribunal Supremo de 29 de junio de 2011, nos recuerda que "La observancia o inobservancia de la *lex artis ad hoc* es, en el ámbito específico de la responsabilidad patrimonial por actuaciones sanitarias, el criterio que determina, precisamente, la ausencia o existencia de tal responsabilidad de la Administración.

En este sentido, y por citar sólo algunas, hemos dicho en la sentencia de 26 de junio de 2008, dictada en el recurso de casación núm. 4429/2004 , que "... es también doctrina jurisprudencial reiterada, por todas citaremos las Sentencias de 20 de Marzo de 2007 (Rec. 7915/2003), 7 de Marzo de 2007 (Rec. 5286/03) y de 16 de Marzo de 2005 (Rec. 3149/2001) que "a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente", o lo que es lo mismo, la Administración sanitaria no puede constituirse en aseguradora universal y por tanto no cabe apreciar una responsabilidad basada en la exclusiva producción de un resultado dañoso".

Y, la sentencia del Tribunal Supremo de 10 de octubre de 2011 , respecto de los **requisitos** para la indemnizabilidad del daño, esto es, antijuridicidad y existencia de nexo causal, también nos recuerda la doctrina jurisprudencial, expresando que conforme a reiterada jurisprudencia (STS de 25 de septiembre de 2007, Rec. casación 2052/2003 con cita de otras anteriores) la viabilidad de la **responsabilidad patrimonial** de la administración exige la antijuridicidad del resultado o lesión siempre que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido"

Igualmente, la Sala ha perfilado con reiteración el concepto de **lex artis ad hoc** señalando al respecto en la STS de 11 de abril de 2014 (ECLI:ES:TS: 2014:1638) que "las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad, un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar, en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria. Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se la producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser, por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria.

Dicho de otro modo, como mero ejemplo de una línea jurisprudencial reflejada en otras muchas, nuestra sentencia de 24 de septiembre de 2004 indica que "este Tribunal Supremo tiene dicho que responsabilidad objetiva no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria" (STS de 23 de septiembre de 2009, dictada en el recurso de casación núm. 89/2008)".

A su vez, en la STS de 19 de mayo de 2015 (ECLI:ES:TS:2015:2494) se expresó con claridad 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 cuál 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", por lo que "si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido", ya que "la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados"

CUARTO.- Que en orden a resolver la cuestión suscitada, procede tener en cuenta en primer lugar el contenido de los siguientes informes:

1) Informe emitido a instancias de la actora por el Dr.

, Especialista en Cardiología: "1. La paciente tenía edad avanzada y otros factores de riesgo cardiovascular que aumentaban la probabilidad de eventos cardiovasculares graves. Asimismo, a mayores de referir dolor epigástrico, se le detectó un soplo cardiaco nuevo y un bloqueo eléctrico cardiaco nuevo en la visita de la paciente al médico el 13 de febrero de 2018.

2. El dolor epigástrico, el soplo cardiaco nuevo y el bloqueo eléctrico cardiaco nuevo son todos compatibles con el diagnóstico de infarto de miocardio, agravado en paciente de edad y con factores de riesgo, lo que se debía haber valorado, y, por razones de descartar las patologías más graves y de forma urgente, debió haberse aplicado el protocolo de dolor torácico para descartar infartos de miocardio.

3. El protocolo de dolor torácico incluye un primer electrocardiograma (ECG), unas horas de observación y posteriormente la realización de un nuevo ECG. El 13 de febrero solo se realizó un ECG, no se mantuvo en observación a la paciente y no se le repitió ECG, por lo que la no observancia del protocolo de dolor torácico incumple la Lex Artis, incurriendo en mala praxis o imprudencia médica grave.

4. El protocolo de dolor torácico incluye la realización de analítica de sangre con marcadores cardiacos, que el 13 de febrero no se realizó. Se debió haber remitido a la paciente a las Urgencias del Hospital de referencia para el análisis con marcadores cardiacos, cosa que no se hizo, por lo que no se cumplió nuevamente el protocolo no obrando acorde a Lex Artis otra vez, incurriendo en mala praxis o imprudencia médica grave.

5. La paciente de edad avanzada y otros factores de riesgo cardiovascular continuaba refiriendo dolor o molestias epigástricas el 15 de febrero de 2018; nuevamente se puso de manifiesto el soplo cardiaco, y, a pesar de todo, aun teniendo que ser descartadas las patologías más graves y de forma urgente, debió haberse aplicado el protocolo de dolor torácico para descartar infartos de miocardio, pero no se hizo nada en este sentido. La inobservancia del protocolo de dolor torácico hizo incumplir la Lex Artis, incurriendo así en mala praxis o imprudencia médica grave.

6. La paciente acudió el 17 de febrero de 2018 al Hospital IMED Levante por empeoramiento. Allí recogieron la descripción del dolor como dolor retroesternal, que no era más que el mismo dolor epigástrico ya evolucionado hacia el dolor típico del infarto de miocardio. Le realizaron varios ECG, la mantuvieron en observación y le realizaron varias analíticas con marcadores cardiacos como manda el protocolo de dolor torácico, y por eso pudieron diagnosticar infarto agudo de miocardio evolucionado desde el día 12 de febrero de 2018

7. El diagnóstico de infarto agudo de miocardio evolucionado desde el 12 de febrero de 2018 implica que el 13 y el 15 de febrero la paciente ya lo estaba padeciendo y que no fue diagnosticado. La diferencia en la actuación médica entre los días 17, por una parte, y 13 y 15, por otra, es que el 17 aplicaron el protocolo de dolor torácico, y el 13 y el 15, no.

8. La paciente, aún teniendo síntomas desde el 12 de febrero, y habiendo acudido al médico los días 13 y 15 de febrero, no fue diagnosticada antes de su infarto de miocardio porque no se siguió ningún protocolo de dolor torácico establecido.

9. El diagnóstico de infarto de miocardio de cinco días de evolución, realizado el día 17 de febrero de 2018, supuso poner de manifiesto la pérdida de oportunidad de haber podido mejorar drásticamente el pronóstico del infarto de miocardio en el supuesto de haberse diagnosticado antes.

10. La paciente falleció de una complicación (rotura cardiaca) derivada directamente del infarto de miocardio, y como consecuencia de haberlo dejado evolucionar en lugar de haberlo diagnosticado en las veces en que se tuvo la oportunidad los días 13 y 15 de febrero de 2018.

11. Las actuaciones médicas de los días 13 y 15 de febrero de 2018 no fueron acordes a *Lex Artis Ad Hoc*, incurriendo en mala praxis o imprudencia médica grave.

Conclusión final

Si en los días 13 y 15 de febrero de 2018 se hubiera estudiado el dolor epigástrico de la paciente como un dolor potencialmente grave, y siguiendo los protocolos de los dolores potencialmente graves, que son los protocolos de dolor torácico, incluidas las variantes posibles del dolor (epigástrico), la paciente no hubiera fallecido el día 19 por una complicación del infarto de miocardio con diagnóstico tardío. Se perdió la oportunidad de un diagnóstico a tiempo y un mejor pronóstico para la paciente por mala praxis médica”.

2) Informe PROMEDE emitido por el Dr. “paciente de 80 años y factores de riesgo cardiovascular que consulta en dos ocasiones en su Centro de Salud:

. **13 de febrero de 2019** 8:57 h por epigastralgia de 24h de evolución, tomando un producto homeopático para los gases con mejoría. Ha pasado buena noche y desde las 7 de la mañana refiere mismo dolor en región epigástrica a punta de dedo, no irradiado. No refiere dolor torácico ni palpitaciones

TA 142/90 mm HG, FC 78 lpm, Sat O2 89%.

Auscultación cardiaca: rítmica con soplo pansistólico GR II/IV, más evidente en foco aórtico con propagación a carótida derecha.

ECG: se interpreta como BRDHH, onda Q y T negativas en derivación III. No alteraciones agudas de la repolarización. No se aporta para estudio, Con el diagnóstico de dispepsia es alta para control por su MAP y valorar remitir a cardiología para estudio.

Revisada la asistencia, y teniendo en cuenta las características del paciente y que estamos ante una asistencia de urgencias por un profesional que no es su MAP, los hallazgos de soplo pansistólico desconocido hasta entonces junto a un BRDHH que tampoco se registra como hallazgo conocido en estudios previos, hacían obligada la derivación hospitalaria para estudio urgente por parte de Cardiología. La asistencia se entiende no ajustada por insuficiente.

. **15 de febrero** consulta de nuevo en CS Altea, 12:31h. Refiere molestias a nivel epigástrico. Antecedentes de hipercolesterolemia. Se constata exploración con tonos rítmicos y con soplo pansistólico II/IV. No se repite ECG y se solicita interconsulta a Cardiología para estudio del soplo con prioridad ordinaria. No consta anamnesis del dolor ni se repite ECG.

La asistencia se entiende insuficiente.

48 horas después consulta en IMED Levante con crónica florida y sugestiva de cardiopatía isquémica, realizándose ECG y solicitud de enzimas cardiacas que confirman infarto evolucionado. El paciente fue éxitus a las pocas horas por complicaciones derivadas del mismo: rotura ventricular.

CONCLUSIÓN: Del estudio preliminar de la información aportada se concluye una asistencia no ajustada a lex artis por insuficiente”

3) Informe de la INSPECCIÓN realizado por el Dr. *“Mujer de 80 años que fue atendida de Urgencias en el CS Altea el 13 de febrero de 2018 a las 8:57 h. por epigastralgia de 24h de evolución. La paciente venía tomando un producto homeopático para los gases con mejoría. Había pasado buena noche y desde las 7 de la mañana presentaba dolor continuo en región epigástrica a punta de dedo, no irradiado. No refería dolor torácico ni palpitations. La tensión arterial era de 142/90 mmHG, frecuencia cardíaca 78 rpm y la saturación de oxígeno era del 89%.*

Auscultación cardíaca: rítmica con soplo pansistólico GR II/IV, más evidente en foco aórtico con propagación a carótida derecha. ECG: se interpretó como bloqueo de rama derecha (BRDHH), onda Q y T negativas en derivación III. No se apreciaron alteraciones agudas de la repolarización.

Se estableció diagnóstico de dispepsia y fue dada alta para control por su médico de cabecera y para que solicite interconsulta a Cardiología para estudio del soplo aórtico.

SEGUNDO.- El día 15/02/2019 acudió a consulta programada al CS Altea, a las 12:31h, siendo atendida por el Dr. Refería molestias a nivel epigástrico. Antecedentes de hipercolesterolemia. A la exploración la paciente presenta buen estado general, murmullo vesicular conservado, eupnéica, saturación de oxígeno de 98 %, Frecuencia cardíaca: 82 l.p.m. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos con soplo pansistólico II/IV. Auscultación respiratoria: ventilación simétrica, adecuada. Faringe normal, otoscopia bilateral normal, no adenopatías ni meningismo. Se solicitó consulta ordinaria Cardiología para estudio de soplo pansistólico en foco aórtico.

TERCERO.- El día 17/03/2018, por propia iniciativa, la paciente acudió al Servicio de Urgencias del Hospital IMED Levante, donde fue atendida a las 10:42 h. En la historia clínica se registra lo siguiente: “La paciente refiere que hace 6 días notó dolor retroesternal de carácter opresivo e intenso que permaneció aproximadamente por dos horas; no irradiado ni cortejo vegetativo asociado. El dolor permaneció los siguientes tres días de forma intermitente, hasta no presentarlo en los últimos días. Refiere además notarse muy débil cansada y con falta de apetito. Acude a urgencias por el síndrome asténico.”

Se procedió a la valoración clínica con toma de constantes, anamnesis, exploración clínica (que confirmó la existencia de soplo sistólico en localización aórtica), se canalizó vía venosa periférica y se tomaron muestras de sangre para realizar hemograma, bioquímica con enzimas y coagulación. El ECG mostró ritmo sinusal a 86 l.p.m., PR 157, QRS 103, onda Q profunda en DII, D III, aVL y V3 a V6 con elevación de ST. Se estableció el diagnóstico de síndrome coronario agudo con elevación de ST, se inició tratamiento y a las 13:45 h. la paciente fue dada de alta del Servicio de Urgencias e ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos. Se confirmó el diagnóstico con Q y ascenso de ST residual de localización inferior y antero lateral. La Troponina I: 22,454 mg./ml. Se continuó tratamiento con anticoagulantes y antiagregantes y se le indicó la necesidad de cateterismo no de rescate por tratarse de un infarto evolucionado, la paciente permaneció sinclínica de ángor y hemodinámicamente estable.

Permaneció en esta situación hasta que el día 19, a las 09:45 h. de forma brusca, entró en parada cardiorrespiratoria en ritmo de asistolia. Se establecieron medidas de reanimación cardiopulmonar avanzada sin éxito, fijándose la hora del éxitus a las 10:00 h., por hemopericardio por rotura de la pared ventricular...

El día 17/03/2018 la paciente acudió por síndrome asténico al Servicio de Urgencias del Hospital IMED Levante. La paciente refería que desde hacía seis días notaba un dolor que el facultativo anotó como “retroesternal de carácter opresivo e intenso que permaneció aproximadamente por dos horas; no irradiado ni cortejo vegetativo asociado. El dolor

permaneció los siguientes tres días de forma intermitente, hasta no presentarlo en los últimos días. Refería notarse muy débil cansada y con falta de apetito.”

Se confirmó la existencia de soplo sistólico en localización aórtica. El ECG mostró ritmo sinusal a 86 l.p.m., PR 157, QRS 103, onda Q profunda en DII, D III, aVL y V3 a V6 con elevación de ST. Se estableció el diagnóstico de síndrome coronario agudo con elevación de ST. La paciente fue ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Se confirmó el diagnóstico SCACEST residual y se continuó tratamiento con anticoagulantes y antiagregantes. La paciente permaneció sin clínica de ángor y hemodinámicamente estable

SEXTO.- Permaneció en esta situación hasta que el día 19, a las 09:45 h. de forma brusca, entró en parada cardiorrespiratoria con asistolia. Las medidas de reanimación cardiopulmonar avanzada no fueron eficaces falleciendo la paciente por hemopericardio por rotura de la pared ventricular.

Aunque, a la vista del infausto resultado producido finalmente, se podría considerar que se debía haber actuado con mayor celeridad, en base a lo anteriormente expuesto, se considera que la actuación del personal facultativo del C.S. de Altea fue adecuada y ajustada a la sintomatología expresada por la paciente, a los hallazgos clínicos y a los medios técnicos y humanos disponibles en el sistema sanitario público”.

Que a la vista del contenido de los informes transcritos, la Sala concluye que la insuficiente asistencia prestada a la paciente los días 13 y 15 de febrero ha supuesto una pérdida de oportunidad de obtener un diagnóstico correcto en un momento anterior y en consecuencia de haber podido mejorar el pronóstico del infarto de miocardio que la llevó finalmente al fallecimiento tan solo unos días después. Acordamos que por ello procede indemnizar a cada uno de los hijos de la fallecida, actores en el procedimiento, en la cantidad de 15.000 euros

QUINTO.- El artículo 139 de la Ley Reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa , vigente al tiempo del presente procedimiento, establece que en primera o única instancia, el órgano jurisdiccional, al dictar sentencia o al resolver por auto los recursos o incidentes que ante el mismo se promovieren, impondrá las costas a la parte que haya visto rechazadas todas sus pretensiones, salvo que aprecie y así lo razone, que el caso presentaba serias dudas de hecho o de derecho.

Sin costas

Vistos los preceptos legales citados, concordantes y de general aplicación

FALLAMOS

1) ESTIMAR PARCIALMENTE el recurso contencioso-administrativo interpuesto por _____ y _____ frente a la desestimación presunta de la solicitud formulada en fecha 4-2-2019 en materia de declaración de responsabilidad patrimonial y reclamación de indemnización por cuantía de 100.000 euros derivada de la deficiente asistencia sanitaria prestada a su madre, Dña.

DECLARAR la responsabilidad patrimonial de la demandada por la asistencia médica insuficiente prestada y CONDENAR a dicha demandada a abonar la cantidad de 15.000 euros a cada uno de los dos actores

2) SIN COSTAS.

A su tiempo y con certificación literal de la presente, devuélvase el expediente administrativo al centro de su procedencia.

Esta Sentencia no es firme y contra ella cabe, conforme a lo establecido en los artículos 86 y siguientes de la Ley Reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa, recurso de casación ante la Sala 3ª del Tribunal Supremo o, en su caso, ante la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana. Dicho recurso deberá prepararse ante esta Sección en el plazo de treinta días a contar desde el siguiente al de su notificación, debiendo tenerse en cuenta respecto del escrito de preparación de los que se planteen ante la Sala 3ª del Tribunal Supremo los criterios orientadores previstos en el Apartado III del Acuerdo de 20 de abril de 2016 de la Sala de Gobierno del Tribunal Supremo, sobre la extensión máxima y otras condiciones extrínsecas de los escritos procesales referidos al Recurso de Casación ante la Sala Tercera del Tribunal Supremo (BOE número 162 de 6 de julio de 2016).

Así, por esta nuestra sentencia, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

PUBLICACIÓN.- Leída y publicada ha sido la anterior sentencia por la Ilma. Sra. Magistrada Ponente que ha sido para la resolución del presente recurso, estando celebrando audiencia pública esta Sala en el mismo día de su fecha, de lo que, como Letrada de la Administración de Justicia, certifico.