

Dictamen Núm. 129/2023

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
García García, Dorinda
Baquero Sánchez, Pablo

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 8 de junio de 2023, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 27 de febrero de 2023 -registrada de entrada el día 6 de marzo de ese mismo año-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados del retraso diagnóstico de un infarto de miocardio.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 8 de julio de 2021, la interesada presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de una errónea valoración inicial y el subsiguiente retraso en el diagnóstico de un infarto de miocardio.

Expone que “ante el dolor epigástrico muy intenso y asfixiante que padecía desde hacía más de un día, con malestar general y nauseas, acudió al Servicio de Urgencias del Centro de Salud el día 7 de julio de 2020”, siendo diagnosticada de epigastralgia y pautándosele Omeprazol. Señala que el 16 de

julio de 2020 volvió a Urgencias del mismo centro de salud “al persistir el dolor inicial, con astenia intensa y disnea de moderados esfuerzos, por lo que se recomendó acudir a consulta ese mismo día, cosa que hizo./ Valorada en consulta: aspecto apático y decaída, pérdida del apetito, acusa sensación de falta de aire. Se le administra Urbason 40 y se le recomienda aumentar la ingesta de líquidos y comer tres veces al día./ En ninguna de las dos ocasiones (...) se le efectuó prueba médica alguna”, salvo “una toma de la tensión arterial, cuyo resultado era inusualmente bajo, y una saturación arterial de oxígeno”.

Indica que “seguía con los mismos síntomas y persistían las náuseas sin vómitos” y que “la noche del 24 de julio de 2020, al levantarse al baño había notado mareo, desplomándose y produciéndose traumatismo en mentón. Ante su astenia intensa y mal estado general, el día 25 de julio de 2020 se desplazó con sus familiares hasta Oviedo para ser valorada por el Servicio de Urgencias del Hospital (...). A su llegada a Urgencias se objetivan varias rachas de TVMS no sincopales, precisando un bolo de Amiodarona y un choque 200J./ Fue inmediatamente ingresada en la UVI en situación de shock cardiogénico y edema agudo de pulmón por IAM anterior extenso evolucionado. (DA con oclusión distal) no revascularizado en situación KK IV./ Se le efectúa exploración física, analítica, radiografía de tórax, ETT urgente y dos ecocardiografías (...). Se encuentra en tormenta arrítmica. Con episodios frecuentes de TVMNS sintomáticos que condicionan inestabilidad hemodinámica. Tras varias cardioversiones eléctricas y perfusión de Amiodarona, se implanta “balón de contrapulsación intraaórtico”, y objetivándose en el estudio ecocardiográfico un ventrículo izquierdo severamente dilatado “se decide el implante de asistencia ventricular izquierda de larga duración (...), interviniéndosele el día 12 de agosto de 2020 de forma programada”.

Manifiesta que “como consecuencia del (...) error de diagnóstico inicial en el Centro de Salud (...) se produjo un retraso de 18 días en la detección

y tratamiento de la verdadera lesión por la que tuvo que ser ingresada de urgencia” en el Hospital el 25 de julio de 2020.

Razona que el retraso diagnóstico “permite que un infarto evolucione sin tratamiento alguno hasta el punto de haberle podido costar la vida y que ha precisado de la implantación de varios dispositivos”, añadiendo que “la insuficiencia aórtica severa que le ha quedado (...) se hubiera evitado si se le hubieran hecho unas simples pruebas de diagnóstico de descarté./ Si en un paciente persisten durante nueve días los mismos síntomas, que le obligan a acudir a Urgencias hasta en dos ocasiones, es necesario realizarle al menos alguna prueba de descarté y no mandarla de nuevo para casa con la recomendación de (...) ingesta de tres comidas diarias y de líquidos abundantes./ Con un simple electro se hubiera visto lo que realmente le estaba ocurriendo (...). En consecuencia, no se le prestó la debida asistencia médica, ni se actuó con la diligencia debida. Un error de diagnóstico o una tardanza en el mismo es ya una infracción de la *lex artis*, máxime cuando se tenían al alcance los medios técnicos (...) para realizar el diagnóstico adecuado y no se emplearon en ninguna de las dos ocasiones en que acudió a Urgencias del Centro de Salud (...). Un infarto diagnosticado y tratado a tiempo no sólo no provoca las secuelas padecidas por (la paciente) sino que en la mayoría de los casos cursa sin secuela alguna (...). Los síntomas intensos y persistentes que presentaba eran compatibles cien por cien con los de un ataque cardíaco. Se describen como síntomas de ataque cardíaco en mujeres (dolor epigástrico, ansiedad, náuseas, indigestión, fatiga inusual, falta de aire). Todos ellos referidos por la paciente en las dos ocasiones en que acudió a Urgencias”.

Cuantifica la indemnización que solicita en un millón doscientos sesenta y nueve mil trescientos tres euros con nueve céntimos (1.269.303,09 €), conforme al desglose que efectúa en aplicación del baremo que rige para los accidentes de tráfico.

Adjunta a su escrito diversos informes médicos relativos al proceso de referencia.

2. Mediante escrito de 3 de agosto de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la interesada la fecha de recepción de su reclamación, las normas de tramitación del procedimiento y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Previa solicitud formulada al efecto, el 3 de agosto de 2021 la Gerencia del Área Sanitaria IV traslada al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica de la paciente relativa al proceso de referencia obrante en el Hospital, y el día 10 de agosto de 2021 la Gerencia del Área Sanitaria VI le envía una copia de la historia clínica Atención Primaria de la paciente, un informe de la Subdirección de Asistencia Sanitaria y Salud Pública y un informe del Centro de Salud

El informe de la Subdirección de Asistencia Sanitaria y Salud Pública del Área Sanitaria VI, fechado el 5 de agosto de 2021, señala que "la paciente fue valorada el día 7 de julio a las 12:35 en el C. S. por un cuadro de dolor epigástrico de 12 horas de evolución, sin constancia de clínica acompañante o de criterios clínicos de gravedad en el momento de su evaluación, siendo dada de alta con tratamiento sintomático (Omeprazol), pendiente de evolución clínica (...). Es atendida nuevamente el día 16 de julio a las 09:35 en consulta de Atención Primaria en el C. S., refiriendo en esta ocasión pérdida de apetito y sensación de falta de aire, mostrando aspecto apático y decaído. En la exploración no se evidencian alteraciones en la oximetría (SO₂ 99 %) ni ruidos sobreañadidos en la auscultación pulmonar (...) o alteraciones del ritmo (...), objetivando una FC de 100 lx' y una TA de 90/57, sin otros hallazgos relevantes, siendo alta con recomendaciones básicas de salud, en expectativa de evolución./ Referido el caso a las médicas que atendieron a la paciente (...), ambas se remiten a las anotaciones realizadas en historia clínica, incluidas en la reclamación original, en el primer caso al no recordar la atención puntual prestada hace un año (...), no conocida del centro (consta atención previa a esta paciente en el mismo centro en el año 2001), y en el segundo caso indicando la exploración física completa realizada en su valoración y la ausencia

de otra clínica acompañante a la referida en historia en el momento de la evaluación (...). La historia clínica posterior (...) refleja el inicio de un cuadro de tos y náuseas el día 23 de julio, una semana tras la última evaluación realizada en Atención Primaria, que evoluciona tórpidamente, apareciendo clínica de mareo y una pérdida de consciencia autolimitada y breve la noche del día 24, expresando finalmente un cuadro de mal estado general y astenia intensas al día siguiente por el que solicita atención en el (Hospital), donde es ingresada con un cuadro de shock cardiogénico y edema agudo de pulmón en relación a un IAM anterior extenso evolucionado con episodios frecuentes al ingreso de taquicardia ventricular monomorfa no sostenida que condicionan inestabilidad hemodinámica y precisan de inicio cardioversión eléctrica y tratamiento médico”.

El informe del Centro de Salud, suscrito por una de las dos médicas que atendieron a la paciente, señala que “fue valorada efectivamente en consulta el día 16-07-2021 con exploración física completa, no se quejó de dolor ni en tórax, ni en estómago, si así hubiera sido lo hubiera reflejado en la historia clínica y se hubiese valorado de otra forma, tal como consta en su historial médico, en donde está la exploración física completa de ese día”.

4. El día 19 de mayo de 2022, emite informe pericial a instancia de la compañía aseguradora de la Administración un especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo previo examen directo del estado actual de la paciente. En él asume que su evolución ha sido peor que si se hubiese diagnosticado quince días antes el infarto agudo de miocardio, y reseña que “tras la implantación del dispositivo Heart Mate III la evolución ha sido satisfactoria” y “no desea ninguna cirugía más”. Con arreglo al baremo de referencia, y tomando en consideración que la supervivencia a 10 años de quien sufre un infarto de miocardio se sitúa como máximo en un 64 % “independientemente del tratamiento realizado”, se valora el daño en 198.646,14 €, resultado de minorar en un 36 % la cuantía que arroja el baremo.

5. Evacuado el trámite de audiencia, el día 5 de enero de 2023 la interesada presenta un escrito de alegaciones. En él manifiesta que, “ante el cuadro clínico (...) que presentaba (...) cuando acudió en dos ocasiones al Centro de Salud con todos los síntomas propios de un infarto en una mujer, se le debía (...) haber hecho un electrocardiograma como prueba de descarte”, reiterando que “ha habido un error manifiesto no disculpable generado por la falta de ponderación de los síntomas (...) al tiempo de su asistencia en las dos ocasiones (...), por no haber utilizado las técnicas diagnósticas indicadas”.

Cuestiona la pericial de valoración del daño aportada por la entidad aseguradora, e indica que en ella no se valoran “el daño emergente ni el lucro cesante (...), y tampoco (...) un cateterismo de por vida cada seis meses o cada año que se le tiene (...) que efectuar para revisarle el corazón”, subrayando que se reducen en exceso los puntos por secuelas y perjuicio estético, así como las compensaciones por pérdida de calidad de vida, y entiende que no procede la minoración del 36 % ya que no se reclama por una pérdida de oportunidad sino por el daño efectivamente sufrido, que califica de “desproporcionado”.

6. Con fecha 2 de febrero de 2023, el Inspector de Prestaciones Sanitarias actuante elabora propuesta de resolución en sentido parcialmente estimatorio.

Señala que “la paciente parece ser que sufría un infarto agudo de miocardio cuando fue vista de urgencia en Atención Primaria que no fue diagnosticado, lo que llevó a que cuando se produjo su ingreso en el (Hospital), quince días después, el infarto estaba evolucionado. Ahora bien, a este supuesto es aplicable la teoría de la pérdida de oportunidad. En este caso el (Servicio de Salud del Principado de Asturias) no es el responsable del infarto agudo de miocardio que padeció la paciente por lo que, para la cuantificación del daño, ha de considerarse la diferencia entre el resultado esperado con un tratamiento inicial frente al resultado del tratamiento realizado 15 días más tarde (...). La hipotética mala praxis aquí analizada que ha comportado una pérdida de oportunidad para la paciente que debe valorarse en razón a la probabilidad de que, adoptado el tratamiento correspondiente en el momento

de la aparición de los signos y síntomas iniciales, hubiera evitado o no las secuelas./ En definitiva, existe una evidente incertidumbre causal en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haber adoptado las medidas terapéuticas adecuadas para el tratamiento (...). La evolución después de un infarto de miocardio depende de múltiples factores. Entre ellos se encuentran las características del propio paciente antes del infarto (edad, estado físico, infarto previo, hipertensión, diabetes, tabaquismo e insuficiencia cardíaca), el tiempo de inicio del posible tratamiento, las arritmias ventriculares y la función ventricular izquierda y la inestabilidad eléctrica y la isquemia residual./ El estudio GISSI, que incluyó a 11.324 pacientes con infarto de miocardio y que fueron seguidos durante 4 años, alcanza las conclusiones de que la edad es el factor pronóstico de fallecimiento más importante, así como (...) la existencia de disfunción ventricular izquierda y la presencia de diabetes. Según la literatura publicada respecto a la mortalidad secundaria a un infarto agudo de miocardio, el 6 % de los pacientes sin insuficiencia cardíaca fallecen en el primer año como consecuencia del mismo./ Respecto a la supervivencia de pacientes con el dispositivo Heart Mate III, a la hora de cuantificar el daño debemos tener también presente la supervivencia esperada tras la implantación del dispositivo. Según la literatura publicada, la supervivencia global observada a los dos años es del 80 %”.

Finalmente, propone resarcir a la reclamante en la cuantía señalada en la pericial emitida a instancias de la compañía aseguradora.

7. En este estado de tramitación, mediante escrito de 27 de febrero de 2023, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. de la Consejería de Salud, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 8 de julio de 2021, y de la documentación obrante en el expediente se desprende que la interesada hubo de someterse a cirugía cardíaca el día 12 de agosto de

2020, por lo que es claro, sin necesidad de acudir a la consolidación secular, que se acciona dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe del servicio afectado, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone 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 y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 32 de la LRJSP establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. Y en su apartado 2 que, “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

Por otra parte, el artículo 34 de la ley citada dispone en su apartado 1 que "Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley". No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos".

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SIXTA.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que la interesada reclama una indemnización por los daños y perjuicios derivados de una errónea valoración inicial y el subsiguiente retraso en el tratamiento de un infarto de miocardio.

Acreditada la efectividad del daño sufrido con la documentación clínica obrante en el expediente, hemos de reparar en que la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la

existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que la interesada no tuviera el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 182/2019), el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para poder apreciar que el daño alegado por la reclamante es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles, de acuerdo con los conocimientos científicos del momento. El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se

traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que un defectuoso diagnóstico ni un error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes.

También ha subrayado este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 81/2019) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de esos supuestos, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama. Esto es, la responsabilidad patrimonial no sólo requiere que se constaten deficiencias en la atención médica prestada, sino también que el perjuicio cuya reparación se persigue sea consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

En el supuesto analizado, la interesada sostiene que como consecuencia del error de diagnóstico inicial (epigastralgia) el día 7 de julio de 2020 en el Centro de Salud, y con posterioridad el día 16 de julio, se produjo un retraso de 18 días en el adecuado tratamiento del infarto que realmente padecía, y que el cuadro clínico que presentaba era plenamente compatible con los síntomas de un infarto de miocardio en mujeres, por lo que se debería haber efectuado alguna prueba de descarte. De esta forma, mantiene que existe una relación de causa a efecto entre la actuación del citado centro de salud -que a raíz de su error habría permitido que un infarto evolucionase sin tratamiento alguno- y la insuficiencia aórtica severa que le ha quedado y que ha precisado de la implantación de varios dispositivos. Con base en tal posicionamiento, cabe considerar que el debate queda centrado exclusivamente en torno a la atención prestada en el centro de salud, y no en el ulterior tratamiento dispensado en el Hospital

Por lo que a la Administración sanitaria respecta, el informe de la Subdirección de Asistencia Sanitaria y Salud Pública del Área Sanitaria VI señala que la paciente fue valorada el día 7 de julio a las 12:35 horas en el Centro de

Salud por un cuadro de dolor epigástrico, "sin constancia de clínica acompañante o de criterios clínicos de gravedad en el momento de su evaluación, siendo dada de alta con tratamiento sintomático (Omeprazol), pendiente de evolución clínica", y que es atendida de nuevo en el mismo centro el día 16 de julio a las 9:35 horas en consulta de Atención Primaria, refiriendo "pérdida de apetito y sensación de falta de aire, mostrando aspecto apático y decaído", y reseña que en esta última exploración "no se evidencian alteraciones en la oximetría (SO₂ 99 %) ni ruidos sobreañadidos en la auscultación pulmonar (...) o alteraciones del ritmo (...), objetivando una FC de 100 lx' y una TA de 90/57, sin otros hallazgos relevantes, siendo alta con recomendaciones básicas de salud, en expectativa de evolución". Asimismo, refiere que "la historia clínica posterior de la paciente refleja el inicio de un cuadro de tos y náuseas el día 23 de julio, una semana tras la última evaluación realizada en Atención Primaria, que evoluciona tórpidamente, apareciendo clínica de mareo y una pérdida de consciencia autolimitada y breve la noche del día 24, expresando finalmente un cuadro de mal estado general y astenia intensas al día siguiente por el que solicita atención en el (Hospital), donde es ingresada con un cuadro de shock cardiogénico y edema agudo de pulmón en relación a un IAM anterior extenso evolucionado".

Por su parte, el informe emitido por una de las médicas de Atención Primaria del Centro de Salud que atendió a la paciente refiere que ésta fue valorada en consulta el día 16 de julio de 2021 "con exploración física completa, no se quejó de dolor ni en tórax, ni en estómago, si así hubiera sido lo hubiera reflejado en la historia clínica y se hubiese valorado de otra forma".

Finalmente, la propuesta de resolución señala que cuando se produjo el ingreso de la paciente en el Hospital el infarto estaba evolucionado, que a este supuesto es aplicable la teoría de la pérdida de oportunidad y que el Servicio de Salud del Principado de Asturias "no es el responsable del infarto agudo de miocardio que padeció la paciente, por lo que para la cuantificación del daño ha de considerarse la diferencia entre el resultado esperado con un tratamiento inicial frente al resultado del tratamiento realizado 15 días más

tarde". Indica también que "la hipotética mala praxis aquí analizada que ha comportado una pérdida de oportunidad para la paciente (...) debe valorarse en razón a la probabilidad de que, adoptado el tratamiento correspondiente en el momento de la aparición de los signos y síntomas iniciales, hubiera evitado o no las secuelas", y que "existe una evidente incertidumbre causal en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haber adoptado las medidas terapéuticas adecuadas para el tratamiento". Asimismo, advierte -reproduciendo lo recogido en la pericial de valoración del daño- que "la evolución después de un infarto de miocardio depende de múltiples factores. Entre ellos se encuentran las características del propio paciente antes del infarto (edad, estado físico, infarto previo, hipertensión, diabetes, tabaquismo e insuficiencia cardíaca), el tiempo de inicio del posible tratamiento, las arritmias ventriculares y la función ventricular izquierda y la inestabilidad eléctrica y la isquemia residual".

En este contexto, la Administración asume la existencia de un retardo indebido en el abordaje del infarto y la probabilidad -rayana en la certeza- de que la evolución de la paciente hubiera sido más favorable de haberse diagnosticado oportunamente en el centro de salud. En el caso examinado, las notas que figuran en la historia clínica de Atención Primaria obrantes en el expediente dejan constancia de que la enferma presentaba, el día 7 de julio de 2020, "dolor epigástrico desde anoche, sin reflujo. Sin desencadenante. TA 150/100. Mucha ansiedad. Abd. blando, depresible, no doloroso", reflejándose el día 16 del mismo mes, "valorada en consulta. Aspecto apático y decaída. Pérdida del apetito. Acusa sensación de falta de aire. SAT 99 FC 100. TA 90/57".

Al respecto, no puede obviarse que recientes estudios han demostrado que la sintomatología que advierte sobre episodios cardíacos difiere entre mujeres y hombres, pues en las primeras se manifiesta con mayor frecuencia a través de mareos y malestar general, náuseas, vómitos o problemas estomacales, y en las de edad avanzada se suele referir disnea súbita. Admitido esto, es evidente que -en ausencia de protocolos médicos *ad hoc*- no resultaría

insólito que tales episodios pudiesen llegar a ser confundidos con padecimientos mucho menos graves, tales como problemas digestivos. También debe advertirse, como hemos apuntado en el Dictamen Núm. 137/2020, que “lo exigible al servicio, tanto en atención primaria como en urgencias, es una atención adecuada a los síntomas por los que la paciente acude, ponderada la respectiva naturaleza de esos servicios ya que el nivel asistencial en cuanto a medios y pruebas no puede equipararse entre unos y otros y considerada la improcedencia de realizar pruebas indiscriminadas o aleatorias o de someter a los enfermos a estudios invasivos ante la menor sospecha, lo que no es asumible por el servicio público sanitario ni se ajusta a los requerimientos del cuidado de la salud”. Por otra parte, es notorio que la epigastralgia puede tener origen en un amplio abanico de causas de diversa gravedad (entre otras, esofagitis, gastritis, apendicitis, pancreatitis, cólico biliar, etc.), y que el facultativo alcanza su valoración no únicamente con los resultados de la exploración y las pruebas practicadas, sino con base en la sintomatología y en la evolución que el paciente le refiere al ser consultado en más de una ocasión en un breve período de tiempo.

En ese escenario, este Consejo entiende que la sintomatología correspondiente al 7 de julio -a tenor no sólo de la exploración practicada, sino por las referencias dadas por la propia paciente- podría resultar ciertamente confusa, y es que, como venimos reiterando (por todos, Dictámenes Núm. 213/2019 y 109/2022), el hecho de que sea la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios excluye que pueda proyectarse *ex post facto* al juicio sobre la corrección de la actuación sanitaria el estado de situación ignorado al momento de la atención y conocido a la fecha del posterior diagnóstico. Ahora bien, el decaimiento general, la pérdida de apetito y, en especial, la disnea que refirió en la consulta de Atención Primaria el día 16 de julio (lo cual supone que tardó, a pesar de la persistencia de ciertos síntomas, nueve días en acudir a una nueva consulta), así como sus antecedentes de riesgo cardiovascular, justificaban la realización de unas pruebas de descarte que, sin embargo, no se llevaron a cabo.

La interesada indica que acudió a Urgencias del centro de salud el día 7 de julio de 2020 “ante el dolor epigástrico muy intenso y asfixiante que padecía desde hacía más de un día, con malestar general y nauseas”; esto es, reconoce que desde la presentación de los primeros síntomas hasta que decide acudir a los servicios médicos del Servicio de Salud del Principado de Asturias transcurren más de veinticuatro horas, si bien no puede concretarse con exactitud cuán de significativa llega a ser la demora, puesto que no lo fija con precisión (simplemente señala que la sintomatología se manifestó “desde hacía más de un día”). Pues bien, según la Sociedad Española de Cardiología -en nota publicada el 22 de marzo de 2010 y accesible a través de su página web- el “intervalo de tiempo que transcurre desde que el paciente con infarto agudo de miocardio entra en un hospital hasta que recibe tratamiento resulta fundamental para su supervivencia y no debería ser superior a 90 minutos. Así lo recomiendan los expertos, que indican que a ese tiempo ya hay que sumar también las dos o tres horas que acostumbran a pasar desde que un paciente sufre un infarto hasta que llega al hospital”, reseñando también que “aunque el tiempo de reacción y aplicación de un tratamiento una vez el paciente llegue al hospital es vital, también lo es el tiempo que transcurre desde que un paciente sufre un infarto, reconoce sus síntomas y solicita auxilio. Se calcula que al menos un 50 % del tiempo total que se pierde en la atención a un infarto es el tiempo que un paciente tarda en reconocer los síntomas y actuar en consecuencia”.

Por otra parte, y ya en fase de alegaciones, la reclamante refiere que “tenía factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial e hipercolesterolemia de años de evolución (llevaba años tratándose con Olmesartan/Amlodipino/HCT 20/5/12,5 mg para la tensión y Pitavastatina 2 mg para el colesterol)”, lo que se corrobora acudiendo a su historia clínica (en la que constan hipertensión arterial y dislipemia a tratamiento farmacológico). Si bien dicha aseveración se realiza para incidir sobre la eventual responsabilidad médica en la fase de diagnóstico, resulta de aplicación reversible, apuntando hacia que la propia interesada no ignoraba la existencia de tales riesgos para su

salud -más acuciantes aún si se tiene en cuenta que en el momento de los hechos contaba con 71 años de edad-, por lo que ante la presencia de ciertos síntomas debería haber recabado auxilio sanitario a la mayor brevedad.

En suma, en el caso analizado se evidencia -sin soslayar que la interesada (de 71 años) presentaba problemas previos cardiovasculares y no acude a consulta entre los días 7 y 16 de julio pese a referir persistencia de la sintomatología y nuevas manifestaciones- que en la consulta de Atención Primaria del día 16 de julio de 2020 existían razones (particularmente, la permanencia de la sintomatología y la disnea, síntomas representativos de un infarto de miocardio en mujeres) que aconsejaban la realización de unas pruebas de descarte que no se efectuaron, derivando todo ello en que el día 25 de julio de 2020 terminase ingresando en el Hospital con un cuadro de shock cardiogénico. Se pone de manifiesto un déficit asistencial, asumido por la Administración y por el perito de la entidad aseguradora, al tiempo que se constata una evidente incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse abordado el infarto a raíz de aquella consulta de 16 de julio o en un momento anterior al shock cardiogénico.

SÉPTIMA.- Tras lo señalado, resta pronunciarnos sobre la cuantía indemnizatoria que ha de reconocerse a la reclamante.

Como razonamos, no existe certeza de que el diagnóstico de infarto agudo de miocardio en la consulta de 16 de julio de 2020 -a la vista de los resultados de las pruebas que debieron realizarse y se omitieron- hubiese conducido a la plena recuperación de la paciente, máxime cuando los primeros síntomas ya se habían manifestado nueve días antes, sin que aquella acudiera a consulta entre los días 7 y 16 de julio de 2020.

Asumido que cuando la paciente ingresa en el Hospital, quince días después de la consulta de 16 de julio, "el infarto estaba evolucionado", y que no son imputables a la Administración sus manifestaciones anteriores ni el propio padecimiento del infarto, las consecuencias lesivas por las que se ha de responder deben valorarse, tal como apunta la propuesta de resolución, "en

razón a la probabilidad de que, adoptado el tratamiento correspondiente en el momento de la aparición de los signos y síntomas iniciales, hubiera evitado o no las secuelas". Ahora bien, esa pérdida de oportunidad terapéutica queda aquí mediatizada por la reseñable incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse anticipado el diagnóstico al 16 de julio de 2020.

Por un lado, el perito que informa a instancias de la compañía aseguradora y el facultativo que rubrica la propuesta de resolución ponen de manifiesto, sin que nada se argumente de contrario, que la evolución tras un infarto de miocardio depende de diversos factores (arritmias ventriculares y función ventricular izquierda, inestabilidad eléctrica, isquemia residual, etc.), entre los que se encuentran las características de la propia paciente antes del infarto; en este caso, 71 años de edad, un comprometido estado físico, hipertensión arterial y dislipemia, que se hallaban a tratamiento farmacológico.

Por otro, se constata una relevante mortalidad secundaria al infarto agudo de miocardio (el 6 % de los pacientes sin insuficiencia cardíaca fallecen en el primer año como consecuencia del mismo), y se documenta que la supervivencia a 10 años de quien sufre un infarto de miocardio se sitúa como máximo en un 64 % "independientemente del tratamiento realizado", y que ese índice no se ve perjudicado por la implantación del dispositivo aquí utilizado, constando que "tras la implantación del dispositivo Heart Mate III la evolución ha sido satisfactoria" y la paciente "no desea ninguna cirugía más".

En definitiva, sin llegar a vencerse la incertidumbre sobre lo que hubiera ocurrido de haberse abordado puntualmente la dolencia, se constata un probable origen multifactorial del cuadro que presenta hoy la paciente, el cual no puede achacarse en exclusiva a la omisión denunciada, sin que deba descartarse que el resultado lesivo pudiera haberse concretado igualmente, en una u otra proporción, aunque hubiese recibido la asistencia adecuada el 16 de julio de 2020.

En este contexto, resulta extremadamente complejo discernir -siquiera en términos probabilísticos- qué efectos o secuelas se hubieran evitado, pero es

evidente que no cabe servirse del parámetro de supervivencia al infarto (cifrado en un 64 %) para ponderar aquella incertidumbre, toda vez que ni se reclama por un fallecimiento ni el infarto lo causa la Administración, ni el índice de mortalidad se ha visto alterado por la actuación del servicio público sanitario. En estas condiciones, la limitada supervivencia al infarto sólo sirve para poner de manifiesto la precariedad de la paciente afectada por esa dolencia, que ha de valorarse en la aplicación del baremo pero no como si se tratara de indemnizar una pérdida de oportunidad de sobrevivir.

En el expediente se aporta una única pericial de valoración del daño, librada a instancias de la entidad aseguradora de la Administración, de cuyo examen puede deducirse que diversas partidas no se encuentran adecuadamente justificadas. Frente a ello, vierte la interesada ciertas tachas -que no se valoran "el daño emergente ni el lucro cesante (...), el cateterismo de por vida cada seis meses o cada año que se le tiene que efectuar para revisarle el corazón", o que se reducen en exceso los puntos por secuelas y perjuicio estético- que, desprovistas de soporte técnico, tampoco se acreditan adecuadamente, pues el daño emergente está comprendido en los conceptos del baremo aplicados, el lucro cesante no consta y se trata de una persona jubilada y las secuelas o consecuencias crónicas ya se valoran en otros apartados.

Descendiendo a otras partidas, y ciñéndonos a la documentación obrante en las actuaciones, se repara en que la pericial de la compañía aseguradora asume un perjuicio moral "grave" por pérdida de calidad de vida ocasionada por secuelas cifrado en 60.561 €. Sin embargo, se indica que la paciente "presenta una escasa limitación de las actividades esenciales de la vida diaria pero (...) una afectación importante de la mayoría de las actividades específicas", sin que quede constancia de qué actividades específicas no puede desarrollar o qué incidencia tenían las mismas con anterioridad en su vida. De ahí que este perjuicio moral pueda calificarse de "moderado", correspondiéndole una horquilla entre 11.902,56 € y 59.512,81 €. Considerando que participa en las tareas del hogar (folios 135) y camina 3 km al día (folio 136), debe aplicársele

la parte inferior de la horquilla (11.902,56 €). Por otro lado, el perjuicio moral por pérdida de calidad de vida de familiares de grandes lesionados presupone que estos hayan perdido la autonomía personal para realizar la casi totalidad de actividades esenciales en el desarrollo de la vida ordinaria, lo que aquí no se aprecia. Tampoco la ayuda de tercera persona se estima probada, pues en el mismo informe de la compañía aseguradora se indica que las actividades del hogar las hacen de forma compartida, no tienen ayuda doméstica ni han solicitado ni tramitado ayuda a dependencia (folios 135 y 136). Se valoran 25 puntos por “perjuicio estético” sin que se justifique de forma suficiente y adecuada, y se observan algunos equívocos en los conceptos de rehabilitación domiciliaria y ambulatoria (15.672 €), ya que no procede incluir gastos de asistencia sanitaria futura (que están previstos en el artículo 114 de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, para que las aseguradoras reintegren esos gastos al sistema público, al tratarse de un baremo de accidentes de tráfico), ni aplicar un coeficiente de esperanza de vida contemplado para daños por fallecimiento. El resto de los conceptos se estiman justificados. Las tablas indemnizatorias aplicables a las secuelas son las del año 2021, que es cuando la paciente fue valorada por el perito de la entidad aseguradora y se entiende que en dicha fecha ya estaban fijadas las secuelas.

Advertido lo anterior, el resarcimiento ha de comprender el perjuicio moral por pérdida de calidad de vida ocasionada por secuelas en grado “moderado” (en un punto medio de la horquilla, que abarca de los 10.535,48 € a los 52.677,38 €), la disnea grado II (30 puntos), las secuelas del dispositivo Heart Mate III y colocación de TAVI (55 puntos, 99.704,75 €), la rehabilitación domiciliaria y ambulatoria (15.672 €), las lesiones temporales a razón de 39 días de perjuicio muy grave, 42 grave y 132 moderado, y las intervenciones por cirugías, que se cifran en 1.514,01 €, 991,94 € y 1.305,18 €. Dentro de la complejidad que ofrece la valoración de otros daños que la interesada reclama conforme a los conceptos del baremo, pudieran merecer una compensación los perjuicios estéticos y los ocasionados a familiares, con lo que se estima en

definitiva que el baremo orientativo arroja una valoración situada en el entorno de los 240.000 €.

Reparamos también en que el confuso recurso a la minoración porcentual del resultado del baremo a la vista de la probabilidad de supervivencia aboca a la interesada a insistir en que no acciona por esa pérdida de oportunidad sino por el daño efectivamente sufrido, lo que ha de acogerse. Ahora bien, ello no obsta la moderación porcentual de la cifra que arroja el baremo, en la medida en que media una marcada incertidumbre acerca de las consecuencias lesivas que no se hubieran podido evitar aunque el infarto se hubiese abordado puntualmente.

Esa incertidumbre no guarda relación alguna con la probabilidad de supervivencia tras un infarto, pero la incidencia que registra ese fatal desenlace no puede obviarse cuando se reclaman daños sobre la salud, pues, de un lado, deja patente la gravedad de una patología de base que limita la expectativa vital en la que se fundan las cuantías del baremo y, de otro, revela una frecuencia no desdeñable de complicaciones ajenas al tratamiento dispensado.

Las consideraciones expuestas, unidas a las circunstancias personales de la reclamante asociadas a su edad y estado de salud, y vista la extrema complejidad de deslindar el origen de cada una de las secuelas o tasar la probabilidad de haberlas evitado, este Consejo estima adecuado acudir a una distribución de cargas indemnizándose a la reclamante en la mitad de la cuantía que arroja el baremo para el supuesto en que el daño fuere en su integridad imputable a la Administración.

Habiéndose apreciado que la cifra que resulta del baremo se sitúa en el entorno de los 240.000 €, procede en consecuencia indemnizar a la interesada en la cuantía de 120.000 €, sujetos a la actualización que corresponda conforme a lo dispuesto en el artículo 34.3 de la LRSJP.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y,

estimando parcialmente la reclamación presentada, indemnizar a en los términos expresados en el cuerpo de este dictamen.”

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º
LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.