

Expediente Núm. 62/2011
Dictamen Núm. 318/2011

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón
Jiménez Blanco, Pilar

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 3 de noviembre de 2011, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 28 de febrero de 2011, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada en un centro hospitalario público.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 8 de junio de 2010, la esposa y el hijo de un paciente fallecido en el Hospital “X”, presentan en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias (Sespa) una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de lo que consideran una defectuosa asistencia sanitaria prestada a un familiar.

Inician su relato refiriendo que el día 19 de diciembre de 2009 el fallecido acudió al citado hospital “por cuadro de dolor centro torácico, siendo diagnosticado de síndrome coronario agudo sin elevación de ST, procediéndose a su ingreso en la planta de Cardiología (...) con monitorización del ECG por telemetría, iniciándose tratamiento con antiagregantes, nitroglicerina IV y betabloqueantes./ A las pocas horas del ingreso presentó un episodio de dolor torácico leve que cedió con vasodilatadores, para posteriormente (...) presentar un nuevo episodio de dolor torácico muy intenso acompañado de síncope e hipotensión, por lo cual es ingresado en la UVI”. Manifiestan que en ese momento se le realiza “un ecocardiograma que muestra una disección de raíz aórtica con afectación de válvula y un derrame pericárdico moderado”. Es comentado el caso con el Hospital “Y” para su posible traslado al mismo pero, antes de llevarse a cabo este, el paciente sufre “disnea con pérdida de conciencia y parada cardiorrespiratoria, evidenciándose un taponamiento cardíaco en relación con la disección de la aorta sin respuesta a las medidas de reanimación, por lo que falleció sobre las 10 horas del día 20 de diciembre de 2009”.

Consideran los reclamantes que no se practicaron las pruebas tendentes a la oportuna detección del infarto y “que ha existido una actuación médica negligente, pues los servicios médicos del hospital (...), de forma absolutamente rutinaria, ante un cuadro ciertamente grave, no lo trasladaron a la UCI, dejándole en planta, únicamente con el cuidado de una enfermera por planta, y cuando surgió el segundo episodio el médico tardó más de 15 minutos en llegar a la habitación, tiempo excesivo que denota una dejadez y desidia que abocó al fallecimiento del paciente”.

Solicitan una indemnización de ciento cuatro mil ochocientos treinta y siete euros con cincuenta y dos céntimos (104.837,52 €) “más el diez por ciento de factor de corrección” para la esposa y de ocho mil setecientos treinta y seis euros con cuarenta y seis céntimos (8.736,46 €) para el hijo.

2. Con fecha 18 de junio de 2010, el Gerente del Hospital "X" remite al Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias una copia de la documentación obrante en el expediente abierto con motivo de la reclamación presentada en el Servicio de Atención al Ciudadano y de la historia clínica del perjudicado, así como de la solicitud de informe a los Servicios implicados. Esta documentación se compone, entre otros, de los siguientes documentos: a) Hoja de enfermería del Servicio de Cardiología en la que se anota el día 20 de diciembre de 2009, a la 1:00 horas, que el paciente ingresa procedente del Servicio de Urgencias "por SCASEST"; a la 1:30 horas que "refiere dolor torácico a la llegada a planta", por lo que le realizan diversas pruebas y se comienza tratamiento y "monitorización", y a las 7:30 horas, que su esposa "avisa (...) muy alterada por dolor torácico muy fuerte. A la llegada a la habitación paciente inconsciente y cianótico. Se activa busca de paradas (...). Valorado por S. UCI". b) Hoja de observaciones del curso clínico, en la que se consigna que el paciente ingresa en el Servicio de Cardiología con un diagnóstico de "SCASEST (...), para inicio de tratamiento y estratificación". A las 8:00 horas se refleja "no dolor (...), náuseas", y a las 8:30 horas "nuevo episodio de dolor, se pasa a UCI". c) Informe de exitus del Servicio de Medicina Intensiva, de 29 de diciembre de 2009, en el que se señala que el paciente ingresa en la Unidad a las "8:30 (...), por shock cardiogénico, por lo que precisa (...) reanimación. Se inició tratamiento (...) que fue suspendido" a las 9:00 horas. Ante la "gran inestabilidad hemodinámica y aspecto de gravedad del paciente se realizó ecocardiograma", apreciándose ventrículo izquierdo hipertrófico con FE normal, dilatación de la aorta ascendente con insuficiencia aórtica severa y visualización de flap intimal a ese nivel, así como derrame pericárdico moderado, por lo que se procede a activar el traslado del enfermo al Servicio de Cirugía Cardíaca y UVI del Hospital "Y", "realizando TAC torácico previo al traslado para plantear estrategia quirúrgica. A las 9:45 h presenta disnea intensa seguida de pérdida de conciencia y parada cardiorrespiratoria". Se efectúan maniobras de reanimación "durante 45 minutos (...), sin éxito. El

paciente fallece a las 10:00 horas". d) Informe del Servicio de Cardiología, de fecha 14 de enero de 2010, en el que consta que el paciente, "de 61 años, fumador de 1 paquete/día (...), es ingresado por sospecha clínica de síndrome coronario agudo, con una evolución clínica mala, a pesar del tto. médico", y que con base en las pruebas realizadas en estos casos "se evidencia que el motivo original del cuadro es una disección de aorta con compromiso hemodinámica, motivo por el que se tramita el traslado urgente al Servicio de Cirugía Cardíaca, no siendo posible este traslado debido a la evolución rápida y fatal del cuadro". En cuanto a la poca importancia que, según los reclamantes, se le da al caso en el momento del ingreso del perjudicado, "solo puede responder que siempre intentamos evitar la mayor carga emocional en el ingreso de nuestros pacientes cardiológicos para evitar una ansiedad inútil al paciente y a las familias que vemos especialmente afectadas". e) Informe de la Supervisora de planta, de fecha 27 de enero de 2010, en el que se indica que "interrogada la enfermera que prestó atención al paciente la noche de su ingreso la actuación de la misma fue correcta y suficiente en todo momento, teniendo en cuenta las necesidades y estado clínico del paciente, independientemente de la evolución posterior del mismo". f) Escrito del Gerente del Hospital "X" dirigido a la esposa del fallecido, de fecha 2 de febrero de 2010, en el que se detalla el proceso asistencial efectuado al perjudicado y se indica que "una vez finalizado el proceso de evaluación de las actuaciones de los profesionales que atendieron al paciente, se desprende que se han realizado los máximos esfuerzos para mejorar su salud".

3. El día 23 de junio de 2010, el Jefe del Servicio de Cardiología suscribe un informe ratificándose en el emitido con fecha 14 de enero de 2010 y subraya que "en ningún caso se ha actuado de forma negligente y en cada momento se han realizado las pruebas diagnósticas habituales, pero desgraciadamente la presentación brusca y tardía del episodio final es el que descubre que la causa

es una disección de aorta complicada, evento cardiovascular de muy alta mortalidad”.

4. Mediante escrito notificado a los reclamantes el día 6 de julio de 2010, el Jefe del Servicio instructor les comunica la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias y las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará, advirtiéndoles de que disponen de un plazo de “diez días, contados a partir del siguiente al de la recepción” del escrito, “para acreditar” su parentesco “con el perjudicado por cualquier medio válido en derecho”.

5. Con fecha 8 de julio de 2010, previo requerimiento de una Inspectora de Prestaciones Sanitarias del Servicio instructor, la Jefa de la Unidad de Urgencias del hospital emite informe sobre la atención prestada al fallecido. En él señala que es atendido en Urgencias el día 19 de diciembre de 2009 a las 19:54 horas por presentar “dolor centrotorácico, de aparición brusca, hacia 1 hora, sin esfuerzo, que describe como un ‘peso’, sin clínica vegetativa o respiratoria añadida. Antes de acudir a Urgencias (...) había tomado 1 Aspirina, 1 Cafinitrina y ½ comprimido del tratamiento antihipertensivo (Lidoltrin), con lo que había mejorado parcialmente”. En la exploración se recoge “paciente consciente, bien orientado y colaborador (...), con soplo sistólico en foco pulmonar (...). Resto exploración sin evidencia alteraciones”. Después de realizarle varias pruebas, “a las 20:55 h (...) se le pone tratamiento” y, ante “la sospecha de SCASEST (síndrome coronario agudo sin elevación de ST), y con paciente en situación estable se avisa al cardiólogo de guardia para valoración e ingreso”.

6. El día 13 de julio de 2010, los reclamantes presentan en el registro del Sespa un escrito aportando la documentación acreditativa de su relación de parentesco con el finado.

7. Con fecha 19 de julio de 2010, la Jefa del Servicio de Cuidados Intensivos del hospital libra un informe en el que indica que el día 20 de diciembre de 2009 el paciente ingresa en el Servicio de Medicina Intensiva procedente del Servicio de Cardiología “en situación de shock cardiogénico secundario a cuadro de disección de aorta tipo A complicada, evento cardiovascular de muy baja frecuencia y alta mortalidad”. Tras ingresar “se inicia monitorización y estabilización con fluidoterapia y soporte con drogas vasoactivas” y, ante “la mala evolución del paciente (...), se procede a activar el traslado al Sº de Cirugía Cardíaca y UVI” del Hospital “Y”. A los “45 minutos de su ingreso en la Unidad (9:15 h) el paciente presenta parada cardiorrespiratoria, iniciándose maniobras de reanimación avanzada durante 45 minutos, que no son efectivas, siendo exitus a las 10:00 horas”.

8. El día 20 de agosto de 2010, la Inspectora de Prestaciones Sanitarias designada al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En él describe los hechos y procede a su valoración, reseñando que “en el presente caso nos encontramos con un varón de 61 años, con los antecedentes de ser fumador e hipertenso, que el día 19-12-2009 acude a Urgencias” del Hospital “X” “por un cuadro de una hora de evolución, con dolor centro torácico, no irradiado y sin cortejo vegetativo, a punta de dedo, de características mal definidas, sin relación con esfuerzos, de unos 20 minutos de duración (...), que había tomado una Aspirina, una Cafinitrina y medio comprimido de tratamiento antihipertensivo, con lo que había mejorado parcialmente”. Tras explorarle y realizar estudios complementarios “es diagnosticado de SCASEST”, decidiéndose su ingreso en el Servicio de Cardiología e iniciando “tratamiento y monitorización con ECG”. Al poco tiempo del ingreso “presenta un episodio de dolor torácico leve que cedió con vasodilatadores”, episodio que fue comentado con el cardiólogo de guardia. Posteriormente, sobre las 7:30 horas, “presenta un episodio de dolor torácico muy fuerte acompañado de síncope y cianosis”, por lo que “se avisa al cardiólogo de guardia y se activa el busca de RCP de la

UCI, quienes acuden inmediatamente (en la hoja de enfermería y en observaciones del curso clínico consta como hora de la incidencia 7:30)", decidiendo "el traslado del enfermo a esta Unidad, donde se inicia monitorización y estabilización del paciente y, dada su mala evolución", se solicita "ecocardiograma, evidenciándose dilatación de aorta ascendente con flap intimal e insuficiencia aórtica grave", por lo que se activa el traslado al "Servicio de Cirugía Cardíaca y UVI" del Hospital "Y", "presentando el enfermo de forma súbita una parada cardiorrespiratoria". Se realizan "maniobras de reanimación avanzada durante 45 minutos", que no son efectivas, "produciéndose exitus del paciente" a las 10:00 horas del día 20 de diciembre de 2009.

Considera que "desde el ingreso del paciente en el Servicio de Urgencias hasta su fallecimiento en la UCI" del hospital "fue estrechamente seguido por personal facultativo y de enfermería, pautándose el tratamiento adecuado" a su patología, "hecho corroborado por el Jefe del Servicio de Cardiología", y concluye afirmando que "no procede acceder" a la reclamación formulada por los reclamantes.

9. Mediante escritos de 30 de agosto de 2010, el Jefe del Servicio instructor remite una copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Sespa, y del expediente completo a la correduría de seguros.

10. Con fecha 25 de noviembre de 2010, una asesoría privada, a instancias de la entidad aseguradora, emite un informe suscrito colegiadamente por cinco especialistas en Medicina Interna. En él se indica que el perjudicado falleció "como consecuencia de una disección de aorta tipo A, con apertura a pericardio y taponamiento cardíaco (...). El dolor torácico es el síntoma más frecuente de la disección aórtica torácica. Sin embargo su aparición aislada no permite hacer el diagnóstico, ya que para sospechar esta afección es necesario que se asocien otros signos o aparezca en una persona de alto riesgo (...). Por otra parte,

también suele aparecer un soplo diastólico que este enfermo no presentó en ningún momento (el soplo era sistólico). Tampoco presentó (...) dolor lancinante, no había ensanchamiento mediastínico en la radiografía de tórax y no se refiere diferencia de tensión arterial entre ambos brazos"; datos que, de existir, harían "probable la existencia de disección aórtica". Este enfermo "no presentaba síntomas cuando llegó al Servicio de Urgencias y el cuadro fue interpretado como síndrome coronario agudo sin elevación de ST (SCASEST) y con dos criterios de riesgo (mínima elevación de troponina y alteración de la onda T). El destino de los pacientes con SCASEST es unidad coronaria o UCI si tiene dolor; planta o poscoronaria si tiene criterios de riesgo y observación en Urgencias y alta si no tiene dolor (o) criterios de riesgo. Este enfermo correspondía al segundo grupo y fue correctamente ingresado en planta de Cardiología" con monitorización. Durante su ingreso "presentó un nuevo dolor y situación de shock, siendo rápidamente diagnosticado" aunque la "mortalidad del cuadro que presentó (...) es muy elevada". Concluye que "no es posible predecir qué hubiese ocurrido si el diagnóstico de disección aórtica se hubiese realizado antes, pero, de cualquier forma, el pronóstico es muy malo".

11. Mediante escrito notificado a los interesados el día 21 de diciembre de 2010, se les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándoles una relación de los documentos obrantes en el expediente. Con fecha 3 de enero de 2011, la esposa del fallecido se persona en las dependencias administrativas y obtiene una copia completa de aquel, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

12. El día 14 de enero de 2011, los interesados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que se ratifican en su reclamación inicial, puntualizando que "no se hicieron TAC torácico y pruebas de diagnóstico que podrían haber evitado el fallecimiento del paciente".

13. Con fecha 24 de enero de 2011, el Jefe del Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella afirma que el paciente, “tras ser diagnosticado de SCASEST fue correctamente ingresado en la planta de Cardiología con monitorización, no existiendo en ese momento datos que hiciesen probable la existencia de una disección de aorta. Lo expuesto en los informes incorporados al expediente contradice” lo manifestado por los reclamantes, pues no queda acreditado que se hubiese prestado una deficiente asistencia sanitaria al perjudicado./ Tampoco se puede compartir la afirmación de (que) no se hicieron TAC torácico y pruebas diagnósticas que podrían haber evitado el fallecimiento del paciente, pues las mismas se realizaron en el momento que el curso clínico (...) cambió y fue necesaria su realización”. Concluye asegurando que la atención dispensada al paciente “ha sido correcta y conforme a la lex artis, sin discontinuidades ni vacíos asistenciales, realizándose los estudios complementarios necesarios según la situación clínica del perjudicado”.

14. En este estado de tramitación, mediante escrito de 28 de febrero de 2011, registrado de entrada el día 3 de marzo de 2011, 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 y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

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 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), están los interesados activamente legitimados 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 en cuanto titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que "En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse 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 junio de 2010, habiendo tenido lugar el fallecimiento del paciente el día 20 de diciembre del año anterior, por lo que es claro que fue formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en

adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

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

No obstante, hemos de señalar que no se ha dado cumplimiento estricto a la obligación de comunicar a los interesados, en los términos de lo establecido en el artículo 42.4 de la LRJPAC, el plazo máximo legalmente establecido para la resolución -y notificación- del procedimiento, así como los efectos que pueda producir el silencio administrativo, puesto que, si bien se les notifica por el Servicio instructor la fecha de recepción de su solicitud, dicha comunicación no se ajusta a los términos y contenidos previstos en el artículo citado, al haberse precisado estos extremos mediante una mera referencia a la normativa rectora del mismo. Advertimos, igualmente, que la comunicación remitida incurre en error al señalar el 16 de junio de 2010 como fecha de recepción de la reclamación "en la Administración del Principado de Asturias", cuando tal día parece ser el de entrada en el Servicio instructor, toda vez que el escrito inicial aparece sellado con fecha anterior.

Por último, 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 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, letra b), de la referida LRJPAC.

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 139 de la LRJPAC 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, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. 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 141 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.

SEXTA.- Imputan los reclamantes a la Administración sanitaria el daño derivado del fallecimiento de su esposo y padre, por considerar que no se practicaron las actuaciones tendentes a la oportuna detección de su dolencia, pues, “ante un cuadro ciertamente grave, no lo trasladaron a la UCI (...) y cuando surgió el segundo episodio el médico tardó más de 15 minutos en llegar a la habitación”. En trámite de alegaciones puntualizan que “no se hicieron TAC torácico y pruebas de diagnóstico que podrían haber evitado el fallecimiento del paciente”.

En este contexto, no habiendo duda del daño por el que se reclama, los interesados basan su argumentación en la existencia de un nexo causal entre el actuar de la Administración sanitaria y el fatal desenlace, lo que nos remite a la cuestión de si al paciente se le dispensó la atención adecuada con la debida prontitud.

Al respecto, hemos de recordar que el servicio público sanitario, dirigido siempre a procurar la curación del paciente, constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, de modo que no puede imputarse sin más a la Administración sanitaria la falta de curación del paciente en un plazo determinado 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*. Este criterio se extiende a la totalidad del servicio público sanitario, y por tanto a la fase de diagnóstico, sin quedar circunscrito a la del

tratamiento médico al paciente, y sin que ello comporte el derecho de este a un diagnóstico acertado y precoz, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y 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 el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

En el procedimiento sometido a nuestro análisis, los reclamantes fundan su pretensión resarcitoria en una supuesta dilación en el correcto diagnóstico del enfermo, descendiendo únicamente a concretar una omisión de "TAC torácico y pruebas de diagnóstico que podrían haber evitado el fallecimiento del paciente".

Sentado esto, se advierte que nada aportan los interesados como soporte probatorio de sus meras alegaciones, sin que lo actuado permita tampoco atisbar la pretendida negligencia profesional. En efecto, todos los informes incorporados al expediente por la Administración y su aseguradora concluyen que no se aprecia mala praxis, habiéndose dispensado las atenciones y practicado las pruebas acordes al estado del paciente en cada momento. Así, el Jefe del Servicio de Cardiología aprecia, en su informe de 23 de junio de 2010, que "en cada momento se han realizado las pruebas diagnósticas habituales, pero desgraciadamente la presentación brusca y tardía del episodio final es el que descubre que la causa es una disección de aorta complicada, evento cardiovascular de muy alta mortalidad". A su vez, el informe técnico de evaluación concluye que el paciente "fue estrechamente seguido por personal facultativo y de enfermería, pautándose el tratamiento adecuado" a su patología, y en el informe de los especialistas en Medicina Interna, traído por la

aseguradora, se ilustra que la “aparición aislada” del dolor torácico -síntoma que presentaba el fallecido a su ingreso- “no permite hacer el diagnóstico, ya que para sospechar esta afección es necesario que se asocien otros signos o aparezca en una persona de alto riesgo”; circunstancias que no concurrían en este supuesto, por cuanto el enfermo no presentó “soplo diastólico” ni “dolor lancinante”, no había “ensanchamiento mediastínico en la radiografía de tórax y no se refiere diferencia de tensión arterial entre ambos brazos”. Estos datos, de existir, harían “probable la existencia de disección aórtica”. En suma, se deduce que, en atención a la sintomatología, el paciente “fue correctamente ingresado en planta de Cardiología” y durante su ingreso “presentó un nuevo dolor y situación de shock, siendo rápidamente diagnosticado”, aunque la “mortalidad del cuadro que presentó (...) es muy elevada”.

Además, tampoco se ha acreditado que una detección temprana de la enfermedad hubiera ampliado las posibilidades de supervivencia del paciente. No solo se ha asumido por los propios interesados lo incierto del desenlace aunque hubiese mediado un diagnóstico precoz, sino que el informe del Jefe del Servicio de Cardiología y el emitido a instancia de la aseguradora coinciden en el elevado riesgo de mortalidad de la patología que el paciente presentaba, precisando el segundo que, siendo impredecible la evolución en el caso de un diagnóstico más temprano, “de cualquier forma, el pronóstico es muy malo”.

En definitiva, este Consejo entiende, y así lo ha manifestado en anteriores dictámenes, que no es posible exigir a los profesionales médicos un diagnóstico precoz e indubitado antes de que aparezcan los síntomas que lo evidencien con certeza. En el caso examinado no queda acreditada ninguna actuación, por parte de los profesionales que atendieron al paciente, contraria al buen quehacer médico o disconforme con la *lex artis*, pues tanto su conducta como la práctica de las correspondientes pruebas se ajustaron a la sintomatología que aquel presentó en cada momento, sin que se pudiera sospechar en las fases iniciales de la patología finalmente desencadenada.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.