

Expediente Núm. 300/2017
Dictamen Núm. 323/2017

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión ordinaria por procedimiento escrito del día 28 de diciembre de 2017, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 30 de octubre de 2017 -registrada de entrada el día 8 de noviembre de 2017-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños sufridos como consecuencia de un infarto de miocardio, que atribuye a la no realización de estudios médicos, a pesar de sus antecedentes familiares de problemas de corazón.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 16 de febrero de 2017, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados de la actuación del servicio público sanitario.

Expone que en diciembre de 2014 acude a su centro de salud refiriendo que, "al correr días alternos, tengo dificultad para aumentar la actividad y la fatiga me impide continuar", pese a lo cual "no se realizó ni un simple electrocardiograma ni se remitió a valoración por especialistas".

Señala que el día 3 de julio de 2016 sufre una "parada cardiorrespiratoria" en la calle, siendo atendido por un equipo de Atención Primaria y el SAMU, trasladándole a continuación al Hospital 'X', y precisa que durante su ingreso tuvo lugar "una perforación de la arteria femoral que produjo un gran hematoma retroperitoneal, por lo que fui intervenido de manera urgente". Añade que en diciembre de 2016 es diagnosticado de "deterioro cognitivo leve amnésico de probable origen poshipóxico", indicando al respecto que "estos problemas de memoria limitan las actividades de mi vida diaria".

Considera que se le ha prestado "una mala asistencia sanitaria por no realizar los estudios y pruebas médicas necesarias, sin tener en cuenta los antecedentes familiares (...) que finalmente derivaron en infarto agudo de corazón y graves secuelas".

En cuanto a la evaluación del daño sufrido, reseña que "no es posible en este momento", aunque "a efectos cautelares" cifra dicha cantidad en trescientos mil euros (300.000 €).

Como medios de prueba, solicita que se incorpore al expediente la histórica clínica obrante en el Hospital "Y", en el Hospital "X" y en el centro de Atención Primaria.

Adjunta a su escrito los siguientes documentos: a) Hoja de episodios del Centro de Salud en la que consta que acude el 17 de diciembre de 2014 para valoración del estado de salud en la consulta de enfermería, figurando "antecedentes familiares de patología cardíaca". Por lo que se refiere a la actividad física, se consigna que "corre días alternos" y que "refiere dificultad para aumentar la actividad. Fatiga que le impide continuar". El patrón es valorado como "eficaz". b) Informe de alta del Servicio de Cardiología del

Hospital "X" en el que figura que el paciente, de 51 años, con antecedentes de hipertensión arterial e hipercolesterolemia, ingresa el día 3 de julio de 2016 al sufrir un "desplome y ausencia de respiración en contexto de parada cardiorrespiratoria presenciada". Se avisa al SAMU y al equipo de Atención Primaria, iniciando este último "RCP instrumentalizada con DESA que indica dos descargas (...). El tiempo total de la parada es de 10 minutos (...). Se activa Código Corazón por 112; estando la Sala de Hemodinámica" en el Hospital "Y" "ocupada es aceptado traslado al Hospital `X` por Cardiología para angioplastia primaria./ La familia refiere que el paciente lleva presentando dolor torácico precordial así como disnea, ambos de esfuerzo, desde hace ya tiempo". Se interviene ese mismo día, realizándose angioplastia primaria con implante de dos stents sobre tronco, DA y CX. Asimismo, se implanta balón de contrapulsación intraaórtico. Tras el procedimiento "se traslada a la UCI y el día 04-07-2016 se realiza retirada de balón de contrapulsación intraaórtico, presentando tras la misma hipotensión brusca que remontó con líquidos y aumento progresivo de la necesidad de catecolaminas./ Se realiza TAC abdominal con contraste que evidencia gran hematoma retroperitoneal, con origen a nivel de arteria femoral común derecha, donde se observa un foco de sangrado activo. Se avisa al Servicio de Cirugía Vasculuar que realiza intervención urgente con cierre de punto de sangrado de arteria femoral común proximal de MID./ Precisó la transfusión de cinco concentrados de hematíes, evolucionando favorablemente desde el punto de vista hemodinámico. El 06-07-2016 se extuba sin incidencias, y el día 11 de julio se traslada a la planta de Cardiología". Al alta, el 20 de julio, "se encuentra asintomático, con deambulación independiente y con buen nivel cognitivo". Al alta se le diagnostica de "PCR extrahospitalaria reanimada en FV (tiempo total 10 min). RCP básica inmediata y con DESA (2 choques). IOT por bajo nivel de conciencia./ Cardiopatía isquémica. IAM Q anterolateral. Killip IV al ingreso. Enfermedad coronaria severa, difusa y calcificada de TCI y 3 vasos. Oclusión trombótica de DA media (ARI). Lesión severa Cx. Oclusión total de CD media

crónica. ICP sobre TCI-DA, DAm y Cx + stent farmacoactivo x 3. Implantación de (balón de contrapulsación intraaórtico)./ FEVI en el límite bajo de la normalidad./ FA con respuesta ventricular rápida periparada con cardioversión química". Como otros diagnósticos figuran "shock hemorrágico secundario a hematoma retroperitoneal por sangrado femoral derecho./ Anemización secundaria./ Desorientación temporo-espacial./ Reacción pancreática secundaria a hematoma retroperitoneal". c) Informe del Servicio de Urgencias del Hospital "Y", de 19 de agosto de 2016, en el que se consigna que el paciente acude "por dolor torácico de dos días de evolución (...). Asintomático en todo momento desde su llegada a Urgencias". El diagnóstico es de "dolor torácico de características mecánicas". d) Informe de resultados de pruebas de gabinete del Servicio de Cardiología del Hospital "Y", de 13 de septiembre de 2016. e) Informe del Servicio de Neurología del Hospital "Y", de 7 de diciembre de 2016, en el que se indica que "desde julio 2016, coincidiendo con el ingreso de Cardiología, presenta problemas de memoria reciente, no recuerda qué iba a hacer o qué cosas ha hecho recientemente. En el informe de alta consta 'desorientación temporo-espacial'. También aprecia problemas de agudeza visual./ Según refiere, su familia también aprecia estos problemas, por lo que le limitan las actividades". La impresión diagnóstica es de "deterioro cognitivo leve amnésico de probable origen poshipóxico".

2. Mediante oficio de 23 de febrero de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas envía una copia de la reclamación de responsabilidad patrimonial a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

3. El día 28 de febrero de 2017, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado al efecto solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV una copia de la historia clínica del perjudicado obrante en el Hospital "Y" y en el centro de salud, así como un informe de su médico de Atención Primaria sobre el

contenido de la reclamación, y a la Gerencia del Área Sanitaria V una copia de los informes de alta emitidos como consecuencia de la asistencia que le fue dispensada.

4. Mediante escrito de 2 de marzo de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica al perjudicado la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

5. Con fecha 8 de marzo de 2017, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica digitalizada del paciente.

6. El día 9 de marzo de 2017, el Gerente del Área Sanitaria V remite al referido Servicio los informes de alta de los Servicios de Cardiología y de Medicina Interna del Hospital "X".

7. Mediante escrito de 16 de marzo de 2017, el Subdirector de Atención Sanitaria y Salud Pública traslada al mencionado Servicio el informe y la historia clínica facilitados por el médico de familia del Centro de Salud

El facultativo de Atención Primaria señala, en su informe de 15 de marzo de 2017, que el paciente "el día 17-2-2014 (...) acudió a consulta de enfermería, no a consulta médica; en la valoración del estado de salud se reseña que `corre días alternos. Refiere dificultad para continuar actividad. Fatiga que le impide continuar', el patrón es evaluado como eficaz./ En la consulta de medicina no hace referencia a estos síntomas, ni antes ni después a dicha fecha./ Y no es hasta fecha posterior al 3-7-2016 (en que padeció el

episodio por el que está efectuando esta reclamación) cuando manifestó dolor torácico, siendo remitido a Urgencias hospitalarias”.

8. El día 24 de marzo de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas traslada una copia íntegra del expediente a la correduría de seguros a fin de que se recabe el informe pericial de la compañía aseguradora.

Obra incorporado al expediente, a continuación, el informe elaborado por cuatro especialistas en Medicina Interna el 24 de mayo de 2017. En cuanto a la sintomatología de la cardiopatía isquémica, apuntan al dolor torácico como “síntoma fundamental”. Precisan que “en enfermos con cardiopatía avanzada puede aparecer también insuficiencia cardíaca, que es la forma en (que) la cardiopatía isquémica puede producir fatiga. Este enfermo tenía, después del infarto agudo de miocardio, una fracción de eyección de ventrículo izquierdo normal y, por tanto, anteriormente no había podido tener insuficiencia cardíaca. Ello permite decir que la cardiopatía isquémica estaba asintomática”.

Por otro lado, señalan que “la única exploración complementaria habitual adicional que podría haber aportado información sobre la repercusión visceral de la hipertensión arterial era un electrocardiograma. Sin embargo, *a posteriori* podemos decir que no hubiese aportado información, ya que el electrocardiograma hecho tras el alta hospitalaria solo mostraba la onda Q debida al infarto de miocardio. La hipertensión arterial tiene repercusiones viscerales que pueden detectarse en corazón (...), retina (...) o riñón (...). Por ello creemos que un electrocardiograma hecho un año antes hubiese sido normal. A favor de ello está el hecho de que otros datos básicos de repercusión visceral de la hipertensión fueron normales, ya que el fondo de ojo observado poco después del infarto de miocardio era normal, es decir, no había repercusión retiniana de la hipertensión, y repetidamente la urea y creatinina habían sido normales”.

Afirman que, aun “suponiendo que el electrocardiograma hubiese sido patológico o se hubiese diagnosticado por otro procedimiento la cardiopatía isquémica, el tratamiento no habría cambiado, ya que este tratamiento consiste en:/ Información adecuada (...) recomendando ejercicio físico (...). En este enfermo no era necesario modificar la actividad porque no tenía angina y ya hacía ejercicio./ Tratamiento de los factores de riesgo. En este enfermo había que tratar la hipercolesterolemia, que ya estaba tratada con atorvastatina y con el colesterol normalizado, y (...) la hipertensión, que también se había normalizado con el tratamiento (...). Tratamiento farmacológico con nitritos, betabloqueantes, antagonistas del calcio o antiplaquetarios no estaba indicado en este paciente por no presentar angina”.

Concluyen, respecto al sangrado de la arteria femoral, que “esta complicación es imposible prevenirla y lo único que puede hacerse es una vigilancia estrecha tras el cateterismo para detectarla y tratarla precozmente, como se hizo en este paciente”. Finalmente, indican que “en el supuesto de que se hubiese diagnosticado la cardiopatía isquémica un año y medio antes de la parada cardíaca el tratamiento no habría cambiado”.

9. Mediante oficios de 13 y 22 de junio de 2017, respectivamente, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios actuante solicita a las Gerencias del Área Sanitaria IV y V un informe de los respectivos Servicios de Cardiología sobre el contenido de la reclamación.

El día 29 de ese mismo mes, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV envía al referido Servicio el informe elaborado por el Director del Área de Gestión Clínica del Corazón del Hospital “Y” el 27 de junio de 2017. En él considera que, teniendo en cuenta que el objeto de la reclamación “es la ocurrencia de errores en la asistencia recibida el 17 de diciembre de 2014 en su centro de salud” y “una complicación durante su ingreso (...) en el Hospital ‘X’”, desde este Área “no podemos

aportar ninguna información relativa a los hechos que se refieren como objeto” de la misma.

Mediante oficio de 14 de julio de 2017, el Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital “X” traslada al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios los informes clínicos del Servicio de Cardiología.

10. Con fecha 18 de agosto de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas advierte a la Gerencia del Área Sanitaria V que los informes enviados “ya figuraban incorporados al expediente”, por lo que solicita de nuevo un informe del Servicio de Cardiología “en el que establezca su postura frente a la reclamación y efectúe una valoración de la asistencia prestada al paciente y la existencia o no de una relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida, así como sobre las características de la complicación materializada”.

En el informe emitido por el Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital “X”, el 25 de agosto de 2017, consta que “el paciente sufre una parada cardiorrespiratoria secundaria a un infarto agudo de miocardio. Fue reanimado por Atención Primaria y SAMU y remitido a nuestro centro para angioplastia primaria./ En la sala de Hemodinámica se evidencia una enfermedad coronaria muy severa con afectación de tronco y 3 vasos, procediéndose a una revascularización percutánea sobre vasos responsables del infarto, implantándose stents sobre tronco, DA y CX./ Asimismo, se implanta balón de contrapulsación intraaórtico (...) para garantizar perfusión coronaria y hemodinámica general./ El paciente fue trasladado a UCI y a las 24 h, dada la mejoría en la situación clínica por el buen resultado de la revascularización coronaria realizada, se procede a retirar el (balón de contrapulsación intraaórtico) para evitar complicaciones isquémicas de miembros inferiores./ Tras retirada del (balón de contrapulsación intraaórtico) presenta situación de hipotensión brusca secundaria a sangrado en la zona de la punción, a pesar de que se había realizado compresión femoral adecuada./ Dada la importancia del

sangrado, confirmada por TAC, el paciente fue intervenido por el Servicio de Cirugía Vasculuar, practicándose cierre del punto de sangrado de arteria femoral común proximal de miembro inferior derecho”. Precisa que “el sangrado secundario a implantación de (balón de contrapulsación intraaórtico) es una complicación frecuente, 19 % de los pacientes, y que se incrementa hasta el 31 % en procedimientos urgentes, como este”.

Concluye que “no existe en ningún caso mala praxis, sino un tratamiento ejemplar del paciente incluso en la solución de una complicación grave pero frecuente, como es el sangrado en la zona de punción”.

Adjunta a su escrito bibliografía e informe clínico de alta del paciente.

11. Mediante escrito notificado al interesado el 7 de septiembre de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente.

El 18 de septiembre de 2017, el interesado comparece en las dependencias administrativas para examinarlo y se le entrega un CD que contiene una copia del mismo.

Con fecha 28 de septiembre de 2017, el perjudicado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que se ratifica “en los hechos señalados” en su reclamación.

12. El día 3 de octubre de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas traslada a la correduría de seguros una copia de las alegaciones presentadas por el interesado.

13. Con fecha 9 de octubre de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella indica, con base en los informes médicos obrantes en el expediente, que “queda claramente puesto de manifiesto que el paciente fue

atendido correctamente en todo momento, no habiéndose infringido la *lex artis*. El propio reclamante en su escrito de alegaciones se limita a reiterar lo expuesto en su escrito inicial sin aportar argumento alguno ni prueba científica que contradiga lo señalado en los informes y dictámenes técnicos elaborados por los expertos e incorporados al expediente administrativo”.

14. En este estado de tramitación, mediante escrito de 30 de octubre de 2017, 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 Sanidad, 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 el interesado activamente legitimado 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 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 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 16 de febrero de 2017, desprendiéndose de los diferentes informes médicos obrantes en el expediente que el perjudicado sufrió el día 3 de julio de 2016 un infarto agudo de miocardio que relaciona con la no realización de pruebas médicas -lo que constituye el objeto de aquella-, 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 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 de los servicios afectados, 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 21.1 y 24.3, letra b), de la Ley 39/2015.

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.

SEXTA.- Se somete a nuestra consideración el procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por una reclamación por los daños sufridos como consecuencia de un infarto de miocardio, que el interesado atribuye a la no realización de estudios médicos a pesar de sus antecedentes familiares de problemas de corazón.

Consta en el expediente que el 3 de julio de 2016 el perjudicado sufre una parada cardiorrespiratoria secundaria a un infarto agudo de miocardio, procediéndose a una "revascularización percutánea sobre vasos responsables del infarto, implantándose stents sobre tronco, DA y CX. Asimismo se implanta balón de contrapulsación intraaórtico (...) para garantizar perfusión coronaria y hemodinámica general". Tras la retirada del balón de contrapulsación intraaórtico se produce "shock hemorrágico secundario a hematoma retroperitoneal por sangrado femoral derecho", presentando en la actualidad "deterioro cognitivo leve amnésico de probable origen poshipóxico". Por tanto, la realidad del daño alegado ha quedado acreditada con los informes médicos obrantes en el expediente, sin perjuicio de la valoración que quepa efectuar en el caso de que se concluya que concurren los requisitos legales para una declaración de responsabilidad patrimonial.

Como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, 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 sufra el paciente con ocasión de la atención recibida, o la falta de curación, 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*.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por el 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 para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, 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 un hipotético defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se

emplearon los medios pertinentes. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. A los expresados efectos, la aportación del perjudicado a lo largo de la instrucción del procedimiento en orden a acreditar una supuesta infracción a la *lex artis* en la asistencia sanitaria que le fue prestada en su centro de salud y en el Hospital "X" queda reducida a la exposición de un relato cronológico de la misma, que no aparece acompañado de documento pericial alguno que dé un mínimo soporte técnico-científico al cuestionamiento que hace. En consecuencia, este Consejo ha de formar su juicio al respecto con base en la historia clínica incorporada al expediente, los informes emitidos por los Servicios afectados y el informe elaborado por cuatro especialistas en Medicina Interna a instancias de la compañía aseguradora, que no han sido cuestionados por el reclamante.

En su solicitud inicial el interesado reprocha al servicio público "una mala asistencia sanitaria por no realizar los estudios y pruebas médicas necesarias, sin tener en cuenta los antecedentes familiares (...) que finalmente derivaron en infarto agudo de corazón y graves secuelas". Concretamente, indica que en diciembre de 2014 acude a su centro de salud refiriendo que, "al correr días alternos, tengo dificultad para aumentar la actividad y la fatiga me impide continuar", pese a lo cual "no se realizó ni un simple electrocardiograma ni se remitió a valoración por especialistas". En prueba de sus imputaciones aporta un listado de episodios emitido por su centro de Atención Primaria en el que figura que en la fecha referida el paciente acude para valoración del estado de salud en la consulta de enfermería, haciéndose constar, además de sus antecedentes familiares de patología cardíaca, que al correr en días alternos "refiere dificultad para aumentar la actividad. Fatiga que le impide continuar". Ahora bien, en su historia clínica no consta que el paciente consultase por tal

sintomatología a su médico de familia, lo que corrobora este facultativo en el informe elaborado con ocasión de la reclamación, en el que precisa que “el día 17-2-2014 (...) acudió a consulta de enfermería, no a consulta médica”, y asevera que “en la consulta de medicina no hace referencia a estos síntomas, ni antes ni después a dicha fecha. Y no es hasta fecha posterior al 3-7-2016 (en que padeció el episodio por el que está efectuando esta reclamación) cuando manifestó dolor torácico, siendo remitido a Urgencias hospitalarias”; afirmaciones que el perjudicado no refuta en ningún momento.

En este contexto no resulta razonable exigir la realización de pruebas específicas o solicitar interconsulta a un especialista, toda vez que el paciente nunca acudió a la consulta médica con sintomatología sugestiva de patología cardíaca, más allá de la hipercolesterolemia e hipertensión, para las que ya estaba siendo tratado, y de sus antecedentes familiares, realizándose al efecto valoraciones de su estado de salud periódicas en la consulta de enfermería.

A mayor abundamiento, debe tenerse en cuenta que aunque el interesado hubiese manifestado los síntomas que padecía a su médico de familia ello no habría permitido un diagnóstico precoz de su enfermedad por las razones que a continuación se expresan. En primer lugar, los especialistas que suscriben el informe elaborado a instancias de la compañía aseguradora consideran que la cardiopatía isquémica que presentaba el perjudicado estaba “asintomática”, y explican que “en enfermos con cardiopatía avanzada puede aparecer también insuficiencia cardíaca, que es la forma en (que) la cardiopatía isquémica puede producir fatiga. Este enfermo tenía, después del infarto agudo de miocardio, una fracción de eyección de ventrículo izquierdo normal y, por tanto, anteriormente no había podido tener insuficiencia cardíaca”. De ello se infiere que la “fatiga” al correr referida por el reclamante en diciembre de 2014 no estaría relacionada con su patología cardíaca. Tampoco consultó por “dolor torácico” -que es el “síntoma fundamental” de la cardiopatía isquémica- hasta el mes de agosto de 2016, es decir, con posterioridad al infarto. En segundo lugar, indican que “la única exploración complementaria habitual adicional que

podría haber aportado información sobre la repercusión visceral de la hipertensión arterial era un electrocardiograma. Sin embargo, *a posteriori* podemos decir que no hubiese aportado información, ya que el electrocardiograma hecho tras el alta hospitalaria solo mostraba la onda Q debida al infarto de miocardio. La hipertensión arterial tiene repercusiones viscerales que pueden detectarse en corazón (...), retina (...) o riñón (...). Por ello creemos que un electrocardiograma hecho un año antes hubiese sido normal. A favor de ello está el hecho de que otros datos básicos de repercusión visceral de la hipertensión fueron normales, ya que el fondo de ojo observado poco después del infarto de miocardio era normal, es decir, no había repercusión retiniana de la hipertensión, y repetidamente la urea y creatinina habían sido normales”.

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, o los signos, que lo evidencien con certeza.

Sin perjuicio de lo anterior, debemos destacar que en el caso que nos ocupa un diagnóstico precoz no habría supuesto una actuación médica distinta. Al respecto, los especialistas que informan a instancias de la compañía aseguradora son concluyentes al afirmar que “en el supuesto de que se hubiese diagnosticado la cardiopatía isquémica un año y medio antes de la parada cardíaca el tratamiento no habría cambiado”, ya que este consiste, inicialmente, en suministrar una “información adecuada (...) recomendando ejercicio físico”, pero “en este enfermo no era necesario modificar la actividad porque no tenía angina y ya hacía ejercicio”. En segundo lugar, deben tratarse los factores de riesgo, y en este enfermo había que tratar concretamente la hipercolesterolemia, que ya estaba tratada con atorvastatina y con el colesterol normalizado, y (...) la hipertensión, que también se había normalizado con el tratamiento”. Finalmente, reseñan que el “tratamiento farmacológico con

nitritos, betabloqueantes, antagonistas del calcio o antiplaquetarios no estaba indicado en este paciente por no presentar angina”.

En cuanto al hematoma retroperitoneal por sangrado femoral derecho presentado tras la retirada del balón de contrapulsación intraaórtico, el Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital “X” informa que “el sangrado secundario a implantación de (balón de contrapulsación intraaórtico) es una complicación frecuente, 19 % de los pacientes, y que se incrementa hasta el 31 % en procedimientos urgentes como este”. Concluye que “no existe en ningún caso mala praxis, sino un tratamiento ejemplar del paciente incluso en la solución de una complicación grave pero frecuente, como es el sangrado en la zona de punción”. Además, se trata de una complicación “imposible” de prevenir y “lo único que puede hacerse es una vigilancia estrecha tras el cateterismo para detectarla y tratarla precozmente, como se hizo en este paciente”, según indican los peritos de la compañía aseguradora.

Por último, el reclamante alude al padecimiento de “graves secuelas”, como “problemas de memoria” que limitan su vida cotidiana. Sin embargo, debemos precisar que el “deterioro cognitivo leve amnésico” del que es diagnosticado en diciembre de 2016 está en relación con la parada cardiorrespiratoria sufrida ese año, tal y como indica el Servicio de Neurología del Hospital ‘X’ al reseñar el “probable origen poshipóxico” del mismo, teniendo en cuenta que el propio paciente, en la consulta de Neurología, sitúa el origen de la sintomatología “coincidiendo con el ingreso de Cardiología”, y constando en el informe de alta de este Servicio como “otros diagnósticos” la “desorientación temporo-espacial”. Por tanto, el deterioro cognitivo que presenta sería secundario a la parada cardiorrespiratoria sufrida.

Así las cosas, este Consejo no puede sino concluir que no se ha acreditado que la asistencia sanitaria prestada al interesado hubiera infringido la *lex artis ad hoc*, y que las secuelas que presenta no guardan relación con una mala práctica médica, sino que son consecuencia del infarto sufrido.

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 ADJUNTO,

V.º B.º
EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.