

Dictamen Núm. 83/2021

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Menéndez Sebastián, Eva María
García García, Dorinda

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 20 de mayo de 2021, con asistencia de las señoras y el señor que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 18 de enero de 2021 -registrada de entrada el día 21 del mismo mes-, y una vez atendida la diligencia para mejor proveer el 6 de mayo de 2021, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados del fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, que atribuyen a un error diagnóstico.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 29 de agosto de 2019, los interesados -viudo, dos hijas y un hijo de la paciente- presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por la asistencia que le fue dispensada en el Hospital, donde falleció el día 25 de octubre de 2018 tras ser dada de alta por el Servicio de Urgencias.

Exponen que dicho día la enferma, de 76 años, acudía acompañada de su marido a una cita en el centro de salud cuando en el camino “empezó a encontrarse mal, lo que determinó que fuese asistida por una Unidad del SAMU que la trasladó al Servicio de Urgencias” del Hospital Señalan que “durante su traslado se le practicó un electrocardiograma (...) que informó de un bloqueo de primer grado con múltiples extrasístoles y rachas de taquicardia nodal”.

Precisan que su ingreso en el Servicio de Urgencias se produjo “a las 12:04 horas, presentando un cuadro de `mareo con vómitos, más malestar general y disnea´”, y que tras realizarle diversas pruebas se establece el diagnóstico de “presíncope de probable etiología vasovagal./ Hernia hiatal de gran tamaño. Taquicardia nodal autolimitada, que se afirma es posiblemente secundaria al uso de Salbutamol (Ventolin)”, siendo dada de alta a las 14:14 horas con la pauta de “Omeprazol” y las recomendaciones de “dieta blanda y beber abundantes líquidos, remitiéndola bajo control de su médico de Atención Primaria”.

Manifiestan que cuando “se encontraba cambiándose en los vestuarios” en compañía de una de sus hijas “comenzó con un nuevo episodio de mareos, encontrándose la paciente inconsciente, bradipnea y con ausencia de pulso central, sin que, pese a emplearse los medios habituales de reanimación cardiopulmonar durante 40 minutos, se consiguiera una recuperación (...), siendo exitus hacia las 15:15 horas”.

Indican que la autopsia revela que la fallecida sufrió un infarto agudo de miocardio “de entre 24 y 72 horas de evolución partiendo de la fecha de la toma de la muestra de diferentes órganos el 26 de octubre de 2018” (murió el día 25).

Consideran que “no hubo un correcto diagnóstico de la patología” que padecía en el momento de su ingreso hospitalario, “lo que determinó que no le fuera aplicado el tratamiento correcto (...) y que hubiera impedido el fallecimiento”.

Respecto al *quantum* indemnizatorio, se fija en ciento treinta mil euros (130.000 €), de los cuales 70.000 € corresponderían al viudo y 20.000 € a cada uno de sus hijos.

Adjuntan escritura pública de apoderamiento a favor del letrado actuante, certificado de defunción de la finada y Libro de Familia, así como diversa documentación clínica entre la que se incluye el informe de la autopsia y un informe médico pericial, interesando que el facultativo que lo suscribe sea llamado a prestar declaración en el curso de la instrucción del procedimiento.

El informe de la autopsia, fechado el 17 de abril de 2019, refleja que "en el estudio necrótico destaca el hallazgo de un taponamiento cardíaco en relación a hemopericardio, secundario a su vez a una rotura de pared anterior de ventrículo izquierdo./ El análisis histológico revela la presencia de un extenso infarto agudo de miocardio que afecta a la práctica totalidad de la pared anterolateral del ventrículo izquierdo, y que por sus características microscópicas tendría una evolución de 24-72 horas. Este hecho habría sido la base pre-patogénica de la rotura cardíaca observada en el estudio macroscópico; es en la ventana temporal indicada cuando la pared miocárdica muestra mayor debilidad tras un evento coronario debido a la presencia de necrosis coagulativa y a la lisis del tejido conectivo miocárdico, siendo el área anterolateral del ventrículo izquierdo la localización más común de rotura", y destaca que el saco pericárdico se encuentra aumentado de volumen. En la descripción microscópica del corazón se concluye que los signos mencionados "sugieren la existencia de un infarto agudo de miocardio de entre 12 y 72 horas de evolución", reseñándose la ausencia de signos relevantes en el aparato digestivo.

En el informe pericial, emitido por un facultativo de un gabinete médico de Valoración del Daño Corporal e Incapacidades Laborales el día 22 de julio de 2019, se afirma que "no hubo un correcto diagnóstico de la patología que la paciente presentaba durante su ingreso". Se razona que, "dado que la causa de la muerte de esta paciente ha sido un extenso infarto agudo de miocardio con

rotura de la pared anterior del ventrículo izdo. de entre 24 y 72 horas de evolución, partiendo de la fecha de la toma de la muestra de diferentes órganos el 26-10-18, nos vamos a fijar en los diferentes ECG que se le han practicado (...): Con fecha 08-10-18 primer ECG donde fue informado el mismo como de ritmo sinusal normal./ Con fecha 25-10-18 se practica un EGC por parte del SAMU que, aunque no consta la prueba documental, según los informes aportados fue informado de bloqueo grado I con múltiples extrasístoles y rachas de taquicardia nodal (...); ese mismo día 25-10-18, ahora ya” en el Servicio de Urgencias del Hospital, “se le practica un nuevo ECG donde se informó de ausencia de trastornos de repolarización y de un ritmo sinusal de 68 latidos por minuto./ La información sobre esta prueba diagnóstica (...) contrasta con el informe de la autopsia que se le practicó a la paciente y donde (...) se determina que la causa de la muerte el 25-10-18, a las 15:15 horas, ha sido la presencia de un extenso infarto agudo de miocardio que afecta a la totalidad de la pared antero lateral de su ventrículo izdo. y que causó una rotura de la misma, siendo la evolución entre 1 y 3 días./ Si la muerte se produjo el 25-10-18 y la evolución de este infarto masivo se cuantifica en 24 horas se tendría que haber producido la misma el 24-10-18, no existiendo en los ECG practicados ningún dato que sugiera esta circunstancia. Si, por el contrario serían 72 horas, es decir, 3 días el periodo, el mismo sería el 22-10-18, tampoco se apreció ninguna alteración en los ECG practicados previamente según la documentación aportada”.

2. Mediante escrito de 16 de septiembre de 2019, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará, el plazo de resolución del mismo y el sentido del silencio administrativo.

3. El día 1 de octubre de 2019, el Gerente del Área Sanitaria V remite al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios un CD que contiene el informe emitido por la Jefa de la Unidad de Urgencias, dos oficios del Juzgado de Primera Instancia N.º 2 de Gijón, una carta en respuesta a dicho Juzgado, la historia Selene y un informe y un correo del SAMU.

En el informe elaborado por la Jefa de la Unidad de Urgencias del Hospital el 18 de septiembre de 2019 se recoge que la paciente se dirigía al centro de salud para solicitar unas recetas cuando “se nota mareada, fatigada, sudorosa y con debilidad generalizada”, padeciendo náuseas. Puntualiza que “a lo largo de todo el proceso (...) en ningún momento describe dolor torácico que pudiera hacer sospechar la existencia de un síndrome coronario agudo”, y que “se realiza además un ECG que no muestra alteraciones (...). En el caso de la paciente la lesión se situaba en la pared anterior del VI. En un (infarto agudo de miocardio) masivo del VI el ECG presenta supradesnivel ST en aVR y V1 e infradesnivel ST en ocho o más derivaciones, siendo este máximo de V3 a V5. Estas alteraciones tampoco estaban presentes en el (...) realizado a la paciente”. Respecto al taponamiento cardíaco reflejado en la autopsia, indica que la enferma, “según se recoge en la exploración y estudios complementarios realizados”, no presentaba síntomas, por lo que “hay que sospechar que el taponamiento fue rápido y brusco”. Finaliza señalando que “a tenor de estas consideraciones no se puede concluir que la atención realizada (...) haya sido negligente. Es cierto que no se llegó al diagnóstico de la patología por la cual sobrevino el fallecimiento de la paciente pero esto no indica que la actuación realizada no sea la correcta. En ningún caso (...) fue desatendida y hasta el final se intentó realizar todo lo necesario para restituir el pulso a la paciente, aunque una vez conocido el resultado de la autopsia cualquier actuación iba a ser insuficiente”.

Entre la documentación del Juzgado de Primera Instancia N.º 2 de Gijón figura la solicitud de los interesados referida a la práctica de diligencias preliminares dirigidas a la obtención de la historia clínica de la fallecida,

requerida previamente al Hospital mediante escritos fechados los días 14 de noviembre y 12 de diciembre de 2018.

El informe del Servicio de Urgencias relativo al día de los hechos expresa que ya en el centro hospitalario solo presenta "revoltura de estómago que atribuimos a su gran hernia de hiato", y que se estaba elaborando el informe de alta "con estos dcos. de presunción: presíncope de probable etiología vasovagal + hernia hiatal de gran tamaño + racha de taquicardia nodal autolimitada". Tras el fallecimiento se hace constar como diagnóstico principal "exitus por AESP/asistolia. Sospecha de posible TEPA".

En el informe clínico asistencial del SAMU del 25 de octubre de 2018 se indica que la paciente sufre mareos y náuseas, está sudorosa, "no dolor tx". El registro de enfermería del SAMU refleja que "avisan por dolor torácico y disnea./ Cuando llegamos está sentada en un parque y dice que se marea y nauseosa. Está sudorosa-fría. Refiere llevar todo el día tomando Ventolin por sensación de respirar mal. Se traslada en ambulancia beta".

En la respuesta de la Gerencia del Área Sanitaria V al Juzgado de Primera Instancia N.º 2 de Gijón se deja constancia de la no localización del estudio ecocardiográfico solicitado "a pesar de que en el documento registro de enfermería sí parece constar haberse realizado (...) a la paciente".

4. Interesado por el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios actuante que se comunique por los reclamantes el estado de las actuaciones judiciales, el día 5 de febrero de 2020 presentan estos un escrito en el que expresan que las diligencias abiertas a su instancia "no fueron de naturaleza penal, sino preparatorias de la reclamación por responsabilidad patrimonial que nos ocupa. Su objeto fue solicitar al Juzgado auxilio a fin de que venciera la oposición" del Hospital "a facilitar a mis representados la historia clínica (...) concerniente a la asistencia sanitaria prestada en el Servicio de Urgencias de dicho hospital".

5. Con fecha 31 de agosto de 2020 emite informe pericial una facultativa a instancia de la compañía aseguradora de la Administración En él se aprecia que “la actuación habría sido conforme con los protocolos y la *lex artis*”. Se razona que “la anamnesis realizada la paciente, en la que no se describe dolor torácico ni ningún otro que sugiera un síndrome coronario agudo, la clínica, la exploración y el resultado de las diferentes pruebas complementarias (analítica, Rx, ECG) no hicieron posible el diagnóstico final (causa de la muerte), lo que no significa que no se actuara de manera correcta siguiendo protocolos. Si bien no se produjo error diagnóstico sí que hubo una falta de diagnóstico”.

Señala que “la falta de concordancia entre la orientación diagnóstica que se proporcionó a la paciente por la clínica que presentaba y el resultado de la autopsia clínica no supone que haya existido una deficiente asistencia sanitaria./ Los pacientes añosos se asocian a una mayor mortalidad por (infarto agudo de miocardio) y con frecuencia presentan manifestaciones clínicas atípicas de infarto y mayor comorbilidad”.

6. Mediante escrito notificado a los interesados el 29 de octubre de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándoles una relación de los documentos obrantes en el expediente.

El día 10 de noviembre de 2020, presentan estos un escrito de alegaciones en el que manifiestan que la paciente “es atendida por dolor torácico, disnea, sensación de vómito y sudoración, presentando bloqueo 1.º grado con múltiples extrasístoles y rachas de taquicardia nodal./ La concurrencia sintomatológica debería haber servido para evitar la falta de concordancia entre la orientación diagnóstica y la causa de fallecimiento, que a nuestro juicio es donde se encuentra la responsabilidad patrimonial de la Administración./ En resumen, existían indicios clínicos suficientes para haber dispensado el tratamiento adecuado a la patología que realmente estaba padeciendo la fallecida”.

7. Con fecha 30 de noviembre de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al entender que “la falta de concordancia entre la orientación diagnóstica que se proporcionó a la paciente por la clínica que presentaba y el resultado de la autopsia clínica no supone que haya existido una deficiente asistencia sanitaria./ Los pacientes añosos se asocian a una mayor mortalidad por (infarto agudo de miocardio) y con frecuencia presentan manifestaciones clínicas atípicas de infarto y mayor comorbilidad, lo que (...) dificulta una oportuna y rápida atención”.

Afirma que “la anamnesis realizada a la paciente, en la que no se describe dolor torácico ni ningún otro que sugiera un síndrome coronario agudo (...), la clínica, la exploración y el resultado de las diferentes pruebas complementarias (analítica, Rx, ECG) no hicieron posible el diagnóstico final”.

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 18 de enero de 2021, 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.

Con fecha 26 de marzo de 2021 el Consejo Consultivo solicita, para mejor proveer, que se libre un informe que aclare, por un lado, si los protocolos aplicables contemplan manifestaciones o actuaciones distintas en mujeres y hombres que sufren un cuadro como el que aquí se objetiva y si los síntomas presentes en este caso debieron conducir a la detección de la dolencia en aplicación de esos protocolos y, por otro, si el resultado de la autopsia es compatible con el arrojado por los electrocardiogramas practicados a la paciente.

El día 6 de mayo de 2021, se recibe en el registro de este órgano el informe suscrito por el Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital el 16 de abril de 2021. En él señala que “los protocolos de triaje para dolor torácico en Urgencias, o los criterios que se aplican para el traslado de pacientes con infarto agudo de miocardio (...) por Código IAM para angioplastia primaria en la sala de Hemodinámica no distinguen por sexo el tipo de actuación”. Añade que “la clínica habitual de un (infarto agudo de miocardio) incluye dolor torácico intenso con distintos tipo de irradiación, que se suele acompañar de síntomas neurovegetativos como sudoración fría, mareo o náuseas, habitualmente de una duración mayor de 30 minutos. El ECG típico durante la fase aguda, al inicio y las tres horas siguientes es muy llamativo, con elevación marcada del segmento ST en las derivaciones que registran la zona de localización del (infarto agudo de miocardio)./ Hay un grupo pequeño de pacientes en los que no hay síntomas o son de poca entidad que pueden hacer pasar el cuadro desapercibido o que se achaquen a otras patologías”, precisando que “en este grupo se incluyen algunos pacientes diabéticos (...) y también algunas pacientes de sexo femenino, aunque en estos casos más que ausencia de dolor torácico puede presentar otras localizaciones menos típicas -espalda, epigastrio, hombros (...)-. La rotura cardíaca secundaria a un (infarto agudo de miocardio) es un hallazgo raro” con “una mortalidad muy alta, ya que generalmente debuta como muerte súbita y la única solución es intervención emergente por parte de Cirugía Cardíaca”. Afirma que “cuando se produce una rotura no lo hace en la fase aguda del (infarto agudo de miocardio), sino que suele ser pasadas las primeras 24 horas, generalmente entre el 3.º y el 5.º día”. Incide en que “se trata de una paciente que ingresa en el Servicio de Urgencias sin un cuadro típico coronario, ya que en ningún momento se hace referencia a dolor torácico, solo mareo y náuseas, estabilidad hemodinámica (TAS de 150 mmHg y frecuencia cardíaca de 69 lat/min) y con un ECG que tampoco muestra signos de síndrome coronario agudo, por lo que no es posible realizar el diagnóstico” de infarto agudo de miocardio. Sostiene igualmente que, a la luz del desenlace

y de los datos aportados por la necropsia, “se podría especular *a posteriori* que la paciente sufrió un (infarto agudo de miocardio) silente en los días previos, lo que hizo desaparecer los signos típicos del ECG de un (infarto agudo de miocardio) en fase aguda”, considerándolo excepcional. Concluye que se trata de una situación “imprevisible con la clínica”.

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), están los reclamantes activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones (en adelante LPAC).

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 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 29 de agosto de 2019, y los hechos de los que trae causa -el fallecimiento de la paciente- se producen el día 25 de octubre de 2018, por lo que es claro que la acción se ejercita 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 ha omitido la pertinente consideración sobre la pericial solicitada por los reclamantes, quienes interesan el interrogatorio del perito que suscribe el informe que acompañan. Aunque las pruebas periciales deben aportarse en este cauce como documentos que los reclamantes pueden presentar en cualquier momento, lo cierto es que aquí se solicita como prueba pericial, por lo que en aplicación de lo dispuesto en el artículo 77.3 de la LPAC su inadmisión debe ser objeto de consideración expresa en la resolución que ponga fin al procedimiento. Observación esta que tiene la consideración de esencial a efectos de lo dispuesto en el artículo 3.6 de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, y en el artículo 6.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias.

Asimismo, 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 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.

SEXTA.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que se reclama el resarcimiento de los daños derivados del fallecimiento de una paciente por un infarto agudo de miocardio no detectado en el Servicio de Urgencias de un hospital público.

Queda acreditado en el expediente el hecho de la muerte de la paciente, que conduce a presumir un padecimiento moral en los familiares que aquí reclaman.

Ahora bien, como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 135/2018), 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 en el contexto de las circunstancias apreciadas en cada caso. 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 favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por los reclamantes 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. 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 la mera constatación de un error médico o de un retraso diagnóstico entrañe *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También es criterio de este Consejo (entre otros, Dictámenes Núm. 246/2017 y 285/2019) 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*). En particular, 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, ha de constatarse tanto el reproche culpabilístico como el engarce fáctico entre el tratamiento dispensado u omitido y el resultado dañoso.

En torno a esto último, en el supuesto examinado el informe emitido por la Jefa de la Unidad de Urgencias del Hospital sugiere que el fatal

desenlace no puede en ningún caso anudarse al tratamiento dispensado, pues reseña que a la vista del resultado de la autopsia “cualquier actuación iba a ser insuficiente”. No obstante, esa apreciación no se ubica con precisión en el curso asistencial, desconociéndose si se refiere al momento del ingreso hospitalario o al del intento postrero de reanimación. Los restantes técnicos informantes no reparan en esa causa de exención de la responsabilidad, por lo que ha de concluirse que no es manifiesta y que al tiempo del ingreso en el Servicio de Urgencias la patología no era irreversible y la paciente conservaba alguna probabilidad de superar el episodio crítico de haber mediado un diagnóstico precoz. Según los informes obrantes en el expediente, a tenor de la exploración y los estudios complementarios realizados la paciente no presentaba síntomas, de lo que deduce la Jefa de la Unidad de Urgencias que “hay que sospechar que el taponamiento fue rápido y brusco”. Sin embargo, a la vista de la autopsia y del posterior informe aclaratorio del Jefe del Servicio de Cardiología no puede descartarse que el infarto se hubiera ya desencadenado al tiempo de la praxis denunciada (ingreso en el Servicio de Urgencias) y que un inmediato abordaje hubiera podido evitar el resultado lesivo.

Esta consideración nos aboca al examen de la praxis médica, denunciándose aquí que “no hubo un correcto diagnóstico de la patología” que la enferma padecía en el momento de su ingreso hospitalario.

Asumido, a la vista de la autopsia, que el infarto de miocardio estaba entonces presente -en uno u otro estadio- (no obstante la confusión que se observa en la pericial presentada por los reclamantes, que antedata su evolución), conviene recordar que el diagnóstico desviado no entraña *per se* una vulneración de la *lex artis* cuando se constata que la clínica y sintomatología conducían razonadamente a otra valoración y que se emplearon los medios pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada. El servicio sanitario no tiene la obligación de determinar la naturaleza de la enfermedad antes de la manifestación de sus signos clínicos típicos, ciñéndose el deber médico a la aplicación de los medios precisos en

función de los síntomas mostrados por los pacientes. En otras palabras, la *lex artis* médica no impone el empleo de más técnicas diagnósticas que las indicadas en función de los síntomas y signos clínicos apreciados en cada paciente, ni mucho menos ampara la realización indiscriminada de pruebas a falta de cualquier sospecha clínica.

Debemos subrayar, asimismo, que el hecho de que sea la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios conlleva que quien persiga una indemnización por mala praxis en la fase de diagnóstico debe acreditar que los síntomas o signos existentes al tiempo de recibir la asistencia que reputa deficiente eran sugestivos de la patología finalmente evidenciada -al menos en un grado de probabilidad suficientemente significativo, ya que existen patologías de diversa entidad y prevalencia que cursan una clínica similar-, y que tal sospecha diagnóstica imponía la aplicación de técnicas y medios distintos de los empleados.

En el supuesto planteado, la documentación obrante en el expediente permite constatar, siguiendo un orden cronológico, que el SAMU recibe un aviso "por dolor torácico y disnea" (según figura en el registro de enfermería), y que cuando acude la ambulancia la enferma sufre mareos y náuseas, pero se puntualiza expresamente "no dolor tx". Se le practica entonces un electrocardiograma que informa de "bloqueo de primer grado con múltiples extrasístoles y rachas de taquicardia nodal", decidiéndose prescindir de la ambulancia de soporte avanzado y trasladarla al hospital en una de soporte básico. Ingresa, a tenor de lo comunicado por el SAMU, por un cuadro de "mareo con vómitos, más malestar general y disnea", si bien a su llegada la paciente "refiere encontrarse bastante mejor o solo `con boca seca`, dice que (...) comenzó a notar náuseas y revoltura de estómago por lo que usó el Ventolin, asociando sudoración, y se introdujo los dedos en la boca para provocarse el vómito sin conseguirlo; luego notó mareo y debilidad generalizada, sin dolor ni disnea ni sibilancias". En el Servicio de Urgencias se anota (historia Selene) "paciente valorada por UVI móvil por mareo, vómitos,

malestar general” (mismos síntomas por los que consta fue atendida el día 8 de octubre de 2018), y se la somete a exploración y a pruebas de Hematología y Bioquímica, se le practica una radiografía de tórax que revela “gran hernia de hiato ya visible en Rx previas” y un electrocardiograma con resultado sin alteraciones. En el informe de la Unidad de Urgencias del día de los hechos se recoge que “ha permanecido asintomática, con EF, constantes y pr. complementarias dentro de la normalidad./ La paciente se muestra eupneica, con Sat O₂ 98 % y (...) afirma no tener ningún dolor ni disnea, salvo alguna revoltura de estómago que atribuimos a su gran hernia de hiato”.

En este contexto, los interesados insisten en que la paciente “es atendida por dolor torácico”, que en concurrencia con los otros síntomas debió conducir al diagnóstico de infarto en el momento del ingreso hospitalario. Sin embargo, de la documentación obrante en el expediente resulta con claridad que los facultativos del SAMU que la asisten inicialmente ya descartan el dolor torácico (anotando en su informe “no dolor tx”, sin que este esté destinado a relacionar los síntomas que un paciente no tiene), observándose que, tal como constata en su informe la Jefa de la Unidad de Urgencias del Hospital, “a lo largo de todo el proceso la paciente en ningún momento describe dolor torácico que pudiera hacer sospechar la existencia de un síndrome coronario agudo”. En idéntico sentido, los otros dos facultativos que se detienen en el proceso asistencial -el que informa a instancias de la compañía aseguradora y el que rubrica la propuesta de resolución- concluyen que “la anamnesis realizada a la paciente, en la que no se describe dolor torácico ni ningún otro que sugiera un síndrome coronario agudo, la clínica, la exploración y el resultado de las diferentes pruebas complementarias (analítica, Rx, ECG) no hicieron posible el diagnóstico”, pese a haber actuado conforme a los protocolos. Así lo confirma el informe del especialista en Cardiología, en el que se aprecia razonadamente que se siguieron los protocolos aplicables -que no diferencian por sexo la sintomatología del infarto agudo de miocardio-, tratándose de “una paciente que ingresa (...) sin un cuadro típico coronario, ya que en ningún momento se

hace referencia a dolor torácico, solo mareo y náuseas, estabilidad hemodinámica (TAS de 150 mmHg y frecuencia cardíaca de 69 lat/min) y con un ECG que tampoco muestra signos de síndrome coronario agudo, por lo que no es posible realizar el diagnóstico” de infarto agudo de miocardio.

Tampoco el informe pericial aportado por los interesados sustenta la sintomatología de “dolor torácico”, limitándose a denunciar una dudosa discordancia entre el resultado de la autopsia y el de los electrocardiogramas. En suma, nada objetiva que la enferma manifestara “dolor torácico” durante su ingreso en el Servicio de Urgencias, y el hecho de haber sido referido por el entorno de la paciente cuando avisan al SAMU -que lo descarta a su llegada- no alcanza a desvirtuar lo observado por los facultativos a lo largo de todo el proceso asistencial. Se advierte asimismo que la fallecida había sido atendida diecisiete días antes por síntomas similares sin que los reclamantes hubieran deducido entonces una sospecha de infarto. La afirmación de los interesados sobre la concurrencia de síntomas se vierte además desprovista de un soporte pericial concluyente. Al respecto, debe señalarse que el informe de valoración aportado se reduce a la conclusión apodíctica y categórica de que “no hubo un correcto diagnóstico de la patología que la paciente presentaba durante su ingreso”, justificándose a continuación -a la vista de la autopsia- que la dolencia estaba ya presente, de lo que parece deducir el informante la automática responsabilidad del servicio sanitario que no detecta una enfermedad en curso, pues no desciende al examen de los signos o síntomas por los que debió detectarse en ese instante.

Este Consejo viene manifestando de forma constante (por todos, Dictámenes Núm. 76/2019, 146/2019 y 213/2019) que ha de atenderse a la clínica del enfermo al tiempo de ser atendido, sin que pueda proyectarse *ex post facto* -tal como los reclamantes pretenden- el estado ignorado al momento de la atención y conocido al formularse la reclamación. Como señala la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 16 de marzo de 2009 -ECLI:ES:TSJAS:2009:1386- (Sala de lo Contencioso-

Administrativo, Sección 1.^a), “el juicio que debe efectuarse no es el juicio *ex post* una vez conocido todo el desarrollo posterior, sino un juicio *ex ante* (...) en función de los datos y circunstancias conocidas en ese momento” para valorar si las decisiones fueron correctas.

Por otro lado, en este supuesto no nos enfrentamos a la falta de respuesta ante una sintomatología persistente que reclama pruebas complementarias en los pacientes que acuden con recurrencia (Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 30 de abril de 2019 -ECLI:ES:TSJAS:2019:1248-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.^a), sino ante unos signos clínicos que encuentran una respuesta aparente en el complejo estado de una paciente de avanzada edad, que había manifestado similares síntomas anteriormente y que presentaba una gran hernia hiatal y una dolencia larvada que se manifiesta de súbito.

No puede estimarse, en mérito a lo actuado, que los síntomas de la enferma debían conducir a una detección precoz del infarto. Resultando dudoso el momento en el que este se presenta, pues la Jefa de la Unidad de Urgencias razona que no se había manifestado al tiempo de practicarse el electrocardiograma ya que se realiza “un ECG que no muestra alteraciones”, precisando que “en un (infarto agudo de miocardio) masivo del VI el ECG presenta supradesnivel ST en aVR y V1 e infradesnivel ST en ocho o más derivaciones, siendo este máximo de V3 a V5. Estas alteraciones tampoco estaban presentes en el (...) realizado a la paciente”. Por su parte, el especialista en Cardiología sugiere la hipótesis de un indetectable infarto agudo de miocardio “silente en los días previos, lo que hizo desaparecer los signos típicos del ECG”. En este contexto, lo decisivo aquí es la ausencia de cualquier soporte probatorio atendible sobre la pretendida significación de esas pruebas en conjunción con la clínica de la paciente en el momento de su ingreso hospitalario. Procede recordar que en la confrontación de pruebas periciales, tal como hemos recogido en ocasiones precedentes (por todas, Dictamen Núm. 91/2020), “la jurisprudencia viene razonando de forma constante que la fuerza

probatoria de los informes periciales reside en gran medida en su fundamentación y coherencia interna, en la mayor especialización de quien los formula (...), debiendo acudir a `un criterio valorativo´ que conduce a postergar la pericial que procede de quien no es especialista en el campo concernido o que omite el análisis `de todo el conjunto de datos que contextualizaban la situación´ del paciente (Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de abril de 2019 -ECLI:ES:TS:2019:1135-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 5.ª)”. Por ello, no cabe atribuir mayor fuerza de convicción a lo reseñado por la pericial de los interesados -elaborada por un especialista en Valoración del Daño Corporal, que ni siquiera repara en la sintomatología y se limita a formular una observación *ex post facto*- que a lo dictaminado por los técnicos que se detienen en las circunstancias concurrentes al tiempo del diagnóstico, avalando todos ellos la praxis médica.

Resta analizar las dudas que se suscitan sobre los electrocardiogramas realizados a la paciente. Al respecto, el informe de la Jefa de la Unidad de Urgencias justifica razonadamente que los electrocardiogramas no eran expresivos de infarto. Conviene reparar en que el perito de los reclamantes así lo confirma, pues con el fin de cuestionar el resultado que arrojaron subraya que no existe “en los ECG practicados ningún dato que sugiera” el infarto. En cuanto al primero de ellos, practicado por el SAMU e informado como “bloqueo 1^{er} grado con múltiples extrasístoles y rachas de taq. nodal”, el propio perito de los reclamantes desecha que sea expresivo de la dolencia sufrida, al igual que el segundo. El informe aclaratorio del especialista en Cardiología explica puntualmente que el “ECG típico” del infarto “es muy llamativo, con elevación marcada del segmento ST en las derivaciones que registran la zona de localización” del infarto agudo de miocardio, lo que no se aprecia en los practicados. La pericial de los interesados se reduce a sugerir que el resultado de los electrocardiogramas debió ser otro, dado que en el informe de autopsia se aprecia un infarto agudo de miocardio que “por sus características microscópicas tendría un periodo de evolución de entre 24 y 72 horas”. No

obstante, se obvia aquí que ese intervalo horario está computado “partiendo de la fecha de la toma de la muestra de diferentes órganos el 26 de octubre de 2018” (día siguiente al fallecimiento), por lo que el resultado que arrojaron los electrocardiogramas no es necesariamente incompatible con lo que se aprecia en la autopsia. También se constata en el informe aclaratorio del especialista que la perjudicada pudo sufrir un infarto agudo de miocardio “silente en los días previos, lo que hizo desaparecer los signos típicos del ECG”. En todo caso, la eventual discordancia entre el resultado de la autopsia y el de las pruebas que se le practicaron no alcanzaría a evidenciar, a falta de otros elementos de prueba, que los electrocardiogramas no se realizaran adecuadamente o que la paciente mostrara síntomas expresivos del infarto, sin que quepa suplantar el parámetro de la *lex artis* por el de una obligación de resultado.

Se deduce del expediente que el primero de los electrocardiogramas se extravió, si bien su resultado aparece transcrito en el informe del Servicio de Urgencias, al que acceden los reclamantes (previo requerimiento judicial), y el especialista informante documenta su constancia en la historia clínica “en papel”. Ciertamente, el Tribunal Constitucional ha estimado la incidencia que en el derecho a la defensa tiene la ausencia de documentación clínica relevante para acreditar una mala praxis (Sentencia 165/2020, de 16 de noviembre -ECLI:ES:TC:2020:165-, Sala Segunda). No obstante, en este caso no se duda sobre el resultado del electrocardiograma extraviado, conforme se transcribe en el informe del Servicio de Urgencias, y los reclamantes no deducen ninguna indefensión material ni modulación alguna de la regla general sobre la carga de la prueba por el principio de disponibilidad probatoria. Al contrario, construyen su pretensión sobre el resultado de ese electrocardiograma incorporado a otra documentación. En estas condiciones, no cabe apreciar indefensión alguna derivada de la puntual desaparición del soporte original, que carece de trascendencia en orden a acreditar la mala praxis denunciada en la medida en que nadie cuestiona el resultado que arrojó la prueba, confirmado por otro electrocardiograma que tampoco mostró alteraciones sugestivas.

En suma, del análisis del expediente en su conjunto no resulta acreditada ninguna actuación de los profesionales sanitarios contraria al buen quehacer médico, revelándose que los síntomas y la clínica de la paciente, así como el resultado de las pruebas acordes practicadas, no permitieron anticipar la causa del fatal desenlace pese a haberse aplicado las técnicas oportunas de diagnóstico y tratamiento, sin que quepa suplantar el parámetro de la *lex artis* por el de una obligación de resultado.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, una vez atendida la observación esencial contenida en el cuerpo de este dictamen, 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

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.