

Dictamen Núm. 177/2021

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
García García, Dorinda
Baquero Sánchez, Pablo

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 16 de septiembre de 2021, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 1 de junio de 2021 -registrada de entrada el día 7 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por el fallecimiento de su padre y esposo, respectivamente, a causa de un infarto de miocardio cuyos síntomas no se detectaron a tiempo en el Servicio de Urgencias.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 9 de julio de 2020, los hijos y la viuda de un paciente fallecido a causa de un infarto agudo de miocardio presentan, a través del Registro Electrónico, una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios derivados del óbito de su familiar, que atribuyen a un error diagnóstico producido en el Servicio de Urgencias del Hospital cuando, el día anterior al deceso, acudió con una sintomatología que no fue adecuadamente interpretada por el personal facultativo, que tampoco tuvo en cuenta sus antecedentes.

Indican que el paciente falleció a las tres de la madrugada del día 15 de agosto de 2019 “a causa de un infarto agudo de miocardio”, precisando que

“unas horas antes había sido encontrado desvanecido en el baño de su casa” y que por ello se “requirió la presencia del SAMU en el domicilio”. Explican que “el día anterior (...) había acudido al Servicio de Urgencias” del Hospital “aquejado de un fuerte dolor abdominal que le sobrevino durante la noche. En dicho Servicio se le realiza una exploración física, una analítica de bioquímica y hemograma y una radiografía de abdomen. Tras dichas pruebas, y a consecuencia de que son normales (...), se le diagnostica un dolor abdominal inespecífico y se le recomienda enema de limpieza, hidratación y analgésicos y se le da el alta”, añadiendo que “tenía antecedentes de problemas cardiovasculares en su historial médico. Así, por ejemplo, 2 años antes de producirse el infarto que le provocó la muerte consultó al Servicio de Cardiología del Hospital remitido desde Atención Primaria, constando como antecedentes cardiológicos los de taquicardia paroxística supraventricular (...), bloqueo de rama derecha y (...) auriculoventricular de primer grado (...). En dicha consulta, y tras la realización de las pruebas diagnósticas correspondientes, entre las que se incluyó un electrocardiograma, se constata la persistencia de (...) los antecedentes señalados y un hemibloqueo anterior izquierdo, manteniéndose el diagnóstico principal y el tratamiento previo”.

Argumentan que, “como pone de manifiesto toda la literatura médica, un diagnóstico incorrecto de un ataque cardíaco implica que el paciente no recibirá el cuidado inmediato necesario. En algunos casos, como ha sucedido en esta ocasión, un Servicio de Urgencias puede diagnosticar que los síntomas pertenecen a cuestiones relativas a digestión o ansiedad dando como resultado un daño permanente al corazón que produce la muerte. Por eso, la literatura médica insiste en que cuando se describen síntomas que pueden ser compatibles con un ataque cardíaco el personal médico deberá realizar las pruebas necesarias para evitar consecuencias serias y mortales. Estas pruebas incluyen electrocardiogramas, ecocardiogramas, pruebas de enfermedad de arteria coronaria (...), de enzimas cardíacas (...), de estrés y angiogramas. Ninguna de esas pruebas se realizó en esta ocasión a pesar de que los síntomas descritos (...) podían ser compatibles con un infarto, máxime atendiendo a su historial clínico”, concluyendo que “se ha producido un error de diagnóstico al no realizar (...) todas las pruebas diagnósticas necesarias (...). Ese error en el diagnóstico

ocasionó que no se le brindara al paciente en ese momento el correspondiente tratamiento” que -entienden- hubiera “evitado su fallecimiento, que tuvo lugar en las 24 horas siguientes”.

Inciden en que el óbito se produce a consecuencia de un error de diagnóstico derivado de no habersele practicado al paciente en el momento de acudir al Servicio de Urgencias “ninguna prueba que determinara la existencia de un infarto agudo de miocardio a pesar de que tanto los síntomas que describía, como la ausencia de otras patologías tras la realización de las pruebas practicadas, y muy particularmente sus antecedentes clínicos de cardiopatías, lo aconsejaban, cercenándole así cualquier posibilidad de curación y supervivencia”.

Consideran que “la prestación del servicio sanitario acorde con la *lex artis* (...) hubiera exigido que ante la sintomatología descrita (...), un dolor agudo en el abdomen y en ausencia de otras patologías que lo explicaran tras las pruebas realizadas (analítica y radiografía de abdomen), y dados sus antecedentes por problemas cardíacos, se le hubiesen practicado las pruebas que determinasen si podría estar sufriendo una afección cardíaca. Y entre esas pruebas hubiera sido particularmente pertinente la realización de un electrocardiograma, dado que se trata de una prueba sencilla, barata y fácil de hacer. De haberse procedido así se hubiera podido detectar el infarto agudo de miocardio y pautar el tratamiento adecuado para hacerle frente, lo que habría salvado su vida”.

Fijan el *quantum* indemnizatorio en doscientos tres mil ciento treinta y dos euros (203.132 €).

Acompañan copia, entre otros, de los siguientes documentos: a) Autorización del tratamiento de datos de carácter personal firmado por los reclamantes en favor de una sociedad limitada. b) Certificado de defunción, en el que consta como causa de la muerte infarto agudo de miocardio. c) Libro de Familia. d) Diversa documentación clínica entre la que se encuentra el informe del Servicio de Urgencias de 13 de agosto de 2019. En él constan las 22:12 horas del día 13 de agosto de 2018 como momento del ingreso y el alta a la 1:21 de la madrugada del día 14, señalándose como motivo de la consulta “dolor abdominal (...). Desde ayer por la noche con molestia abdominal en epigastrio continua. No vómitos ni náuseas. Hoy no hizo deposición. Hoy a las 20:00 h,

37,5 °C de fiebre. No tos ni expectoración. No más familiares afectos. No molestias urinarias". Se deja constancia de la medicación previa tomada por el paciente -"Duodart, Atenolol, Perindopril/Indapamida"- . Se refleja la práctica de la exploración física, la analítica y una radiografía de abdomen, concluyéndose que "ante la normalidad de las pruebas realizadas y la estabilidad clínica del paciente, no se objetivan signos de patología aguda en el momento actual, por lo que se decide el alta", estableciéndose el diagnóstico principal de "dolor abdominal inespecífico".

2. Mediante escrito de 29 de julio de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará, el plazo de resolución del mismo y el sentido del silencio administrativo.

3. Previa petición formulada por el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado al efecto, el 7 de agosto de 2020 el Director Económico y de Profesionales del Área Sanitaria III le remite una copia de la historia clínica del paciente obrante tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada y el informe elaborado por la Jefa de la Unidad de Urgencias.

En este último, tras describir la asistencia prestada y el cuadro clínico que presentaba el paciente en el momento de ser atendido, se afirma que los síntomas no orientaban a un proceso anginoso típico y que "debemos rechazar, por inexactas y por su bajo contenido científico, las afirmaciones contenidas en la reclamación". Se concluye que "la exposición de los hechos no se fundamenta en un razonamiento científico del que pueda deducirse que el fallecimiento del paciente haya tenido una relación directa con su atención en Urgencias 24 horas antes, y en modo alguno que la atención prestada no haya sido acorde al buen hacer médico, ni que existiese un error diagnóstico".

4. Con fecha 12 de agosto de 2020, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios actuante requiere a la Gerencia del Área Sanitaria III para que solicite

a quienes hayan prestado asistencia domiciliaria al paciente en la madrugada del 14 al 15 de agosto de 2019 un informe sobre la misma.

5. El día 31 de agosto de 2020, se incorpora al expediente el informe referido a la asistencia domiciliaria prestada en la madrugada del 14 al 15 de agosto de 2019, suscrito por la doctora interviniente el día 26 de agosto de 2020. En él se indica que “en dicha madrugada recibimos en el C. S. una llamada del 112 para acudir al domicilio del paciente. Al llegar, encontramos a su hija realizándole maniobras de RCP, por lo que pasamos a sustituirla (...). Continuamos con las maniobras durante 20 minutos más sin que fuera efectivo, por lo que procedí en ese momento a certificar el fallecimiento”.

6. Con fecha 31 de diciembre de 2020, se emite informe pericial a instancia de la compañía aseguradora de la Administración por dos especialistas, uno de ellos en Cardiología y el otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo y máster en Peritaje Médico. En él se concluye que “la atención realizada por los profesionales sanitarios que atendieron al paciente durante su estancia en Urgencias el día 13-14 de agosto de 2019 fue correcta y ajustada a la *lex artis ad hoc*, sin haber existido una inobservancia del deber de cuidado y, por lo tanto, no se puede establecer ningún daño imputable a su actuación”.

Señalan que con “la documental facilitada (...) no se puede conocer el motivo del fallecimiento ni establecer ningún nexo causal entre el fallecimiento del paciente y la asistencia realizada en Urgencias el día 13 de agosto de 2019”. Añaden que “no existe autopsia, sin embargo en la reclamación patrimonial se da por hecho cierto el fallecimiento del paciente como consecuencia de un infarto agudo de miocardio; diagnóstico que con certeza en este caso solo podría hacerse por una anatomía patológica post-mortem./ El hecho cierto es que se desconoce cuál circunstancia concreta desencadenó la muerte súbita de este paciente, siendo imposible elaborar una hipótesis de mecanismo de muerte. La muerte súbita es un proceso agudo inesperado (por tanto, mayoritariamente sin síntomas inmediatos previos) cuyas causas más frecuentes son cardíacas (...), no pudiendo (...) descartarse otras (...) menos frecuentes”.

Respecto a la actuación de los servicios sanitarios, indican que el paciente “no presentaba antecedentes de cardiopatía isquémica, como erróneamente se señala en la reclamación”, constando que al ingresar en el Servicio de Urgencias “en ningún momento presentó dolor torácico, síncope, mareo, insuficiencia cardíaca ni bajo gasto, por lo que no se puede etiquetar como una clínica característica de patología cardíaca (...). De la exploración física realizada al paciente no se infiere, en absoluto, que (...) presentase signos clínicos de gravedad”, y “toda la clínica que manifestaba (...) era abdominal y tenía antecedentes de patología grave abdominal (diverticulosis) de la que ya había sido intervenido con anterioridad. Además presentaba febrícula y estreñimiento. Por este motivo, las pruebas complementarias realizadas fueron las correctas y el diagnóstico y recomendaciones al alta las adecuadas a la clínica del paciente”.

6. Mediante oficio notificado a los interesados el 5 de abril de 2021, el Inspector de Prestaciones les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándoles una copia de los documentos obrantes en el expediente.

No consta en este que se hayan presentado alegaciones.

7. El día 17 de mayo de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio, destacando que lo alegado por los reclamantes se refiere a una cuestión eminentemente técnica sin que se acompañe de pericial alguna y que los síntomas que el paciente presentaba en el Servicio de Urgencias “no orientaban a un proceso anginoso típico en absoluto”. Añade que la afirmación de que la realización de un electrocardiograma hubiera podido detectar el infarto agudo de miocardio “carece de todo fundamento” con base en las concretas circunstancias del paciente.

Asimismo, se refleja que “los reclamantes dan por hecho cierto el fallecimiento del paciente como consecuencia de un infarto agudo de miocardio, diagnóstico que con certeza solo podría hacerse con una anatomía patológica post-mortem o visualizándose signos de isquemia aguda en un EKG realizado en ese momento. La parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria es un proceso

agudo (por tanto, mayoritariamente sin síntomas inmediatos previos) cuyas causas más frecuentes son una taquicardia ventricular (trastorno agudo del ritmo) o una obstrucción masiva de un vaso coronario, no pudiendo (...) descartarse otras causas más frecuentes, como son los tromboembolismos pulmonares y los ictus”.

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 1 de junio 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.

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 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 67.1 de la Ley 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 9 de julio de 2020, y los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del paciente- se producen el día 15 de agosto de 2019, por lo que es claro que ha sido 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 observa 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 resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 32 de la LRJSP establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o

anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. Y en su apartado 2 que, “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

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

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

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

SIXTA.- Reclaman los interesados una indemnización por el daño sufrido a causa del fallecimiento por un infarto agudo de miocardio de su padre y esposo, respectivamente, ocurrido al día siguiente de haber sido dado de alta en el Servicio de Urgencias del Hospital, donde no se le practicó prueba alguna que descartase un problema de origen cardíaco.

Acreditada la realidad del óbito y los vínculos familiares entre quienes ejercitan la acción y la persona fallecida, cabe presumir la existencia del daño cuya indemnización se reclama.

Ahora bien, como venimos reiterando, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público y si ha de reputarse antijurídico.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 49/2021), 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 los reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*, entendiendo 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 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 previo estado del enfermo o de la organización sanitaria en que se desarrolla, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los elementos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, de manera que recae sobre los reclamantes 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 se pretende.

En el caso que nos ocupa, los reclamantes no desarrollan actividad probatoria alguna, por lo que, dado que en el procedimiento administrativo no ejercitan el derecho que la ley les confiere a presentar pruebas o pericias que apoyen sus imputaciones, este Consejo Consultivo habrá de formar su convicción sobre la base de los informes médicos que obran en el expediente.

Los interesados reprochan al servicio público sanitario la no detección, por falta de realización de pruebas y a pesar de los síntomas, del padecimiento que acabaría provocando el fallecimiento del paciente al día siguiente de haber sido dado de alta en el Servicio de Urgencias.

Al respecto, indican expresamente que su familiar “había acudido al Servicio de Urgencias del Hospital (...) aquejado de un fuerte dolor abdominal que le sobrevino durante la noche”. A resultas de esa sintomatología “en dicho Servicio se le realiza una exploración física, una analítica de bioquímica y hemograma y una radiografía de abdomen”. En este contexto, sostienen que los antecedentes de su familiar deberían haber hecho sospechar a los facultativos que se trataba de un problema cardiovascular; duda merecedora de la práctica de pruebas específicas, más allá de las tendentes a confirmar un problema digestivo, habiéndose causado, en su caso, una pérdida de oportunidad. Los reclamantes así lo entienden, y defienden que concurre una inadecuada interpretación de síntomas y la incorrecta omisión de pruebas que hubieran cambiado el desarrollo de los acontecimientos.

Frente a lo anterior, la documental aportada por la Administración acredita sobradamente, de una parte, que el difunto no presentaba antecedentes de cardiopatía isquémica ni evidenciaba síntomas de patología cardíaca y, de otra, que acudió por una dolencia abdominal de la que tenía antecedentes de patología grave (diverticulosis). Así, en el informe emitido por el Servicio de Cardiología del Hospital el 28 de junio de 2017, se consigna que padece una taquicardia paroxística supraventricular (una alteración del ritmo episódica, sin malignidad ni relación alguna con los eventos cardiológicos isquémicos), para la que tomaba un betabloqueante con la finalidad de evitar la producción de nuevos episodios, y que se había descrito la presencia de ritmo

sinusal con bloqueo de rama derecha, un hemibloqueo anterior izquierdo y un bloqueo auriculoventricular de primer grado, lo que no tiene relación con la patología cardiovascular isquémica, ni significado patológico. Por tanto padecía un trastorno no maligno del ritmo y no una cardiopatía estructural, por lo que no concurría en su caso riesgo alguno de evento isquémico previsible que debiera haber llevado a los servicios sanitarios a realizar pruebas como las ahora reivindicadas.

Descartada la existencia de antecedentes de cardiopatía isquémica del fallecido, cabe determinar si tomando en consideración los síntomas que aquel presentaba durante su estancia hospitalaria la atención dispensada fue o no correcta.

El paciente acude al Servicio de Urgencias por sufrir dolor abdominal (de intensidad 3 en una escala de 10) y presentar febrícula (37,5 °C), por lo que se le practica una exploración física, una analítica y una radiografía de abdomen reveladora de estreñimiento. Dado que tenía antecedentes de patología grave abdominal (diverticulosis), de la que había sido intervenido con anterioridad, al concurrir febrícula y estreñimiento, seguido de dolor abdominal (moderado), se puede concluir que las pruebas complementarias realizadas fueron adecuadas al protocolo. Esto es, la asistencia prestada se adecuó a la demanda de atención sanitaria (dolor abdominal) y a los antecedentes ciertos referidos al respecto.

Consta acreditado que el paciente en ningún momento mostró dolor torácico, síncope, mareo, insuficiencia cardíaca ni bajo gasto, por lo que no cabe admitir la sospecha en el instante de ser atendido de patología cardíaca. Ante la falta de tal sospecha diagnóstica, tampoco habrían de haberse practicado otras pruebas cuya falta pueda justificar una pérdida de oportunidad. No cabe igualmente reproche alguno sobre la decisión de dar el alta al paciente, quien no presentaba agravamiento del dolor abdominal, ni -como se ha dicho- torácico, no manifestaba sudoración ni inestabilidad hemodinámica, la auscultación cardíaca y pulmonar eran normales, los pulsos arteriales eran simétricos y no existían datos de insuficiencia cardíaca.

Ante la aseveración de que la práctica de un electrocardiograma durante el ingreso hospitalario hubiera podido detectar el infarto y salvado la vida del paciente, que se hace como valoración *a posteriori* y sin sustento pericial alguno,

cabe aclarar que en ausencia de dolor torácico de perfil isquémico no existe la recomendación de realizar dicha prueba en los Servicios de Urgencias, ya que el rendimiento diagnóstico del electrocardiograma es en tales casos muy bajo, incrementándose la posibilidad de darse un falso positivo. Además, debe tenerse en cuenta que, tal y como hemos señalado en ocasiones anteriores (entre otras, Dictamen Núm. 137/2020), lo exigible al servicio, tanto en atención primaria como en urgencias, es una asistencia adecuada a los síntomas por los que el paciente acude, “ponderada la respectiva naturaleza de esos servicios ya que el nivel asistencial en cuanto a medios y pruebas no puede equipararse entre unos y otros y considerada la improcedencia de realizar pruebas indiscriminadas o aleatorias o de someter a los enfermos a estudios invasivos ante la menor sospecha, lo que no es asumible por el servicio público sanitario ni se ajusta a los requerimientos del cuidado de la salud”.

A lo anterior cabe añadir que no existe evidencia probatoria suficiente de que la causa última del fallecimiento acaecido el día posterior a la atención sanitaria recibida en el Servicio de Urgencias sea un infarto agudo de miocardio. Al respecto, y aunque los reclamantes aportan el certificado de defunción donde consta esta como causa de la muerte, lo cierto es que tanto el informe suscrito por los especialistas que informan a instancia de la compañía aseguradora como el que formula el instructor del procedimiento coinciden en afirmar que no se puede conocer el motivo del fallecimiento ni establecer ningún nexo causal entre este y la asistencia prestada en el Servicio de Urgencias el día 13 de agosto de 2019. Añaden que a falta de una anatomía patológica post-mortem no puede darse por cierto que la causa del óbito fuera un infarto agudo de miocardio, señalando aquellos que “el hecho cierto es que se desconoce cuál circunstancia concreta desencadenó la muerte súbita de este paciente, siendo imposible elaborar una hipótesis de mecanismo de muerte. La muerte súbita es un proceso agudo inesperado (por tanto, mayoritariamente sin síntomas inmediatos previos) cuyas causas más frecuentes son cardíacas (...), no pudiendo descartarse otras (...) menos frecuentes”.

En definitiva, de la documental obrante en el expediente no puede acreditarse infracción alguna de la *lex artis*, pues queda justificada la adecuación entre la asistencia sanitaria dispensada al paciente en atención a la dolencia por

la que acude al Servicio de Urgencias y sus antecedentes de patología abdominal, no resultando acreditada ni la causa del fallecimiento ni la vinculación entre esta y el proceso asistencial, lo que necesariamente debe llevar a la desestimación de la reclamación que nos ocupa.

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

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.