

En Logroño, a 21 de noviembre de 2012, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros D. Antonio Fanlo Loras, D. Pedro de Pablo Contreras, D^a M^a del Carmen Ortiz Lallana y D. José María Cid Monreal, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D^a Carmen Ortiz Lallana, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

55/12

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria presentada por D^a T. C. J., por los daños y perjuicios que entiende causados por la muerte súbita de su esposo, D. J. L. T. P., cuando estaba siendo atendido de una cardiopatía isquémica en el SERIS; y que valora en 600.000 euros.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

El 23 de diciembre de 2011, tiene entrada, en la Oficina Auxiliar del Registro de Salud y Servicios Sociales, la precitada reclamación, solicitando indemnización por responsabilidad patrimonial de la Administración.

En ella, se expone, básicamente, que se produjo un error de diagnóstico, ya que la muerte del paciente se produjo a causa de una aterosclerosis coronaria, *“cosa que no se vio en en ninguno de los exámenes y que se debió apreciar ya que no es una patología repentina”* y no una cardiopatía isquémica y que, *“como consecuencia de la mala praxis a que nos venimos refiriendo, no se prestó al paciente el tratamiento adecuado a su enfermedad, poniéndose los medios necesarios para combatir su padecimiento, y con independencia de que no se sepa cuáles hubieran sido los resultados finales de dicho tratamiento, acreditados como están los daños. Se le diagnosticó también de angina inestable (insuficiencia coronaria aguda), que está considerada como estadio intermedio entre angina estable y el infarto de miocardio (Doc.3).*

Añade que *“en el mismo documento, en el juicio clínico se anotó: “angina de pecc, arterias coronarias sin lesiones significativas, factores de riesgo cardiovascular”*; y que, *“en la analítica que le realizaron en planta con motivo de su ingreso el 21/06/2011, se aprecian unos valores de colesterol normales (Doc.3).*

En definitiva, aduce que *“no se pusieron a su disposición todos los medios necesarios prara combatir su padecimiento; hasta tres veces tuvo que ir a Urgencias por su dolencia y, en ninguna de esas ocasiones se le pone remedio a su patología, que no sólo no mejora sino que se agrava falleciendo...”* (págs. 1 a 5 del expediente administrativo).

Se adjunta al expediente diligencia de representación otorgada mediante comparecencia personal de los interesados, y documentación justificativa del parentesco (págs. 6 a 8).

Segundo

El 23 de diciembre de 2011, el Secretario General Técnico, por delegación del Excmo. Sr. Consejero, resuelve tener por iniciado el procedimiento y nombra Instructora del mismo. Dicha Resolución, así como el escrito de apertura de procedimiento, plazo para su resolución y requerimiento de la documentación aludida en la reclamación pero no adjuntada, son notificados a la interesada, el 2 de enero de 2012, con indicación escrita de lo establecido en la legislación del procedimiento común y señalando plazo para proceder a la evaluación económica de los daños que reclama (págs 9 a 11).

La documentación solicitada es enviada por la representación letrada de la reclamante el 4 de enero de 2012, mediante escrito registrado con idéntica fecha en la Oficina Auxiliar del Registro de la Consejería de Salud y Servicios Sociales (págs. 18 a 46).

Tercero

La Instructora del procedimiento, por escrito de 6 de febrero de 2012, con registro de salida de idéntica fecha, dirigido al Juzgado de Instrucción nº3 de Logroño, solicita las Diligencias Previas, seguidas en relación con la reclamación planteada (pág. 47). El citado Juzgado las remite mediante escrito de 17 de febrero de 2012, registrado de entrada en la Oficina Auxiliar de Registro de la Consejería el 22 de febrero siguiente (págs. 48 a 71).

Las citadas Diligencias concluyeron mediante el Auto de dicho Juzgado, de 28 de octubre de 2011, en cuya parte dispositiva *“se decreta el sobreseimiento provisional de la presente causa, procediéndose al archivo de las actuaciones”* (pág. 71).

Cuarto

La Instructora del procedimiento, mediante escrito de 26 de diciembre de 2011, solicita a la Gerencia del Área de Salud de La Rioja- Hospital *San Pedro* (HSP), cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada al paciente en el Servicio de Cardiología; copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada, exclusivamente y, en particular, el informe emitido por los Facultativos intervinientes sobre la asistencia prestada (pág. 12). La petición efectuada a la Gerencia del HSP es reiterada el 12 de marzo de 2012 (pág. 72).

La Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud, mediante escrito registrado de entrada en la Oficina Auxiliar de la Consejería el 15 de marzo de 2012, envía la documentación solicitada (págs. 73 a 98).

Quinto

El 26 de marzo de 2012, la Instructora del procedimiento remite el expediente de responsabilidad a la Dirección General de Asistencia, Prestaciones y Farmacia, para que la Inspección médica elabore el informe que proceda (pág 99).

La Inspección médica, el 7 de mayo de 2012, previa solicitud de las dos coronariografías realizadas al paciente y que obran a las páginas 111 a 118 del expediente administrativo, emite su informe (págs. 100 a 117), que se manifiesta en los siguientes términos:

“Considero, en definitiva, que los Facultativos que atendieron (al paciente), se ajustaron a la lex artis, poniendo al servicio del paciente los medios adecuados a su patología. Es un hecho desafortunado que un paciente joven o de mediana edad fallezca de forma súbita, pero no infrecuente y, en este caso, no se puede atribuir a una mala asistencia médica”.

Sexto

Los días 2 de enero de 2012, la Compañía aseguradora del SERIS acusa recibo de la reclamación y de la documentación que le es enviada (pág.13); y, el 8 de mayo de 2012, emite dictamen médico (págs. 118 a 136), cuyas conclusiones son las siguientes:

“1) El paciente fue sometido a una valoración diagnóstica y terapéutica correcta a partir de los síntomas que padecía.

2) *De manera correcta, se le hizo la prueba diagnóstica definitiva o patrón oro, es decir la coronariografía, en dos ocasiones, demostrando que tenía lesiones obstructivas coronarias no subsidiarias de un procedimiento de revascularización y, a continuación, de manera correcta, se le dio tratamiento con aspirina, amlodipino y atorvastatina.*

3) *Ante la reaparición de los síntomas, de manera correcta, fue ingresado y tratado con NTG endovenosa y para hacerle una prueba adicional de provocación de isquemia con imagen. La vigilancia a la que estaba sometido era la habitual en estos casos, ya que no había indicación de ingreso y monitorización en una Unidad de Cuidados Coronarios.*

4) *A pesar de este manejo correcto, el paciente falleció de manera repentina, y, aunque esto pueda resultar inimaginable; es una lamentable consecuencia de la propia naturaleza de la cardiopatía isquémica, con la presencia de placas inestables y que la Ciencia médica aún no ha logrado resolver.*

5) *El manejo fue correcto y de acuerdo con la lex artis ah doc”.*

Séptimo

Finalizada la instrucción del expediente, la Instructora, con fecha 21 de junio de 2012, comunica a la parte reclamante el trámite de audiencia, notificado el 26 de junio (págs. 137 y 138), señalándole el plazo legalmente establecido para formular alegaciones y presentar los documentos que estime pertinentes.

No consta en el expediente la comparecencia a dicho trámite, ni tampoco que se realizase alegación por la parte reclamante.

Octavo

El 15 de octubre de 2012, la Instructora elabora una Propuesta de resolución, que concluye en el sentido de que se desestime la reclamación (págs. 139 a 148), *“por no ser imputable el perjuicio alegado, cuya reparación se solicita, al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios”* (pág. 148).

Noveno

El Secretario General Técnico, por escrito de 18 de octubre de 2012, solicita informe a los Servicios Jurídicos (pág. 149), que, el 29 de octubre siguiente, lo emiten (págs. 150 a 164), *informando favorablemente la Propuesta de resolución, que consideran “ajustada a Derecho”*; asimismo, *“por no ser imputable el perjuicio alegado, cuya reparación se solicita, al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios”* (pág. 164).

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito de 29 de octubre de 2012, registrado de entrada en este Consejo el 5 de noviembre de 2012, el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja remite al Consejo Consultivo de La Rioja, a través de su Presidente y para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

Mediante escrito de fecha 5 de noviembre de 2012, registrado de salida el mismo día, el Sr. Presidente del Consejo Consultivo procedió, en nombre del mismo, a acusar recibo de la consulta, a declarar, provisionalmente, la misma bien efectuada, así como la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asignada la ponencia a la Consejera señalada en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad del Dictamen del Consejo Consultivo

El art. 12 del Reglamento de los Procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, dispone que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una propuesta de resolución.

Tal y como hemos señalado en anteriores Dictámenes (cfr. D.73/05, D.106/05 y D.124/05, entre otros), hemos de atender a la fecha del trámite de audiencia, a que se refiere el precitado art. 12, para determinar la legislación aplicable en materia de cuantía mínima determinante de la preceptividad de nuestro dictamen; y así, por razón de la expresada fecha, es aplicable, en el presente caso, el artículo 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31

de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por el art. 44.1, de la Ley 7/2011, de 22 de diciembre, en relación con el art. 142.3, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, en la redacción dada al mismo por la D.F. 40 de la Ley 2/2011, de 4 de marzo, que limita la preceptividad de nuestro dictamen a las reclamaciones de cuantía superior a 50.000 euros. Por tanto, al ser la cuantía de la reclamación planteada superior a esta cantidad, nuestro dictamen resulta ser preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, éste, a tenor del art. 12.2 del citado Real Decreto 429/1993, ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

Segundo

Sobre la responsabilidad de la Administración.

De acuerdo con el marco jurídico de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública, enunciado en el artículo 106.2 de la Constitución Española y desarrollado en el Título X LPAC, con el pertinente desarrollo reglamentario en materia procedimental, a través del R.D. 429/1993 de 26 de marzo, los requisitos necesarios para que se reconozca la responsabilidad patrimonial, tal y como este Consejo viene recogiendo en sus dictámenes (cfr. Dictamen 23/98, F.J.2 08/2008, F.J.2), pueden sintetizarse así:

1º.- Existencia de *un daño que el particular no tenga el deber jurídico de soportar* (lesión antijurídica). El daño ha de ser efectivo (no hipotético, potencial o de futuro, sino real), evaluable económicamente (bien se trate de daños materiales, personales o morales) e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

2º.- Que el *daño sufrido sea consecuencia del funcionamiento, normal o anormal, de un servicio público*, sin intervención del propio perjudicado o de un tercero que pueda influir en el nexo causal.

3º.- Que el *daño no se haya producido por fuerza mayor*.

4º.- Que *no haya prescrito el derecho a reclamar*, cuyo plazo legal es de un año, computado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad *directa* de la Administración (aunque el daño haya sido causado por personal dependiente de la Administración o sea atribuible

genéricamente a los servicios administrativos), *objetiva* (aunque no haya mediado culpa individual o la actuación no haya sido “ilícita”) y *general* (aplicable a cualesquiera de las actividades y servicios de la Administración).

Ahora bien, que el sistema de responsabilidad patrimonial sea objetivo no permite deducir, como oportunamente ha señalado la jurisprudencia, que la Administración tenga un deber general de indemnizar cualquier daño que pueda imputarse causalmente al funcionamiento de sus servicios. No es ocioso recordar que la protección constitucional de la salud y el derecho de asistencia sanitaria reconocido en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, desarrollada por el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del sistema nacional de salud, así como en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del sistema nacional de salud, no son absolutos, pues, por ambiciosas y amplias que sean las prestaciones reconocidas, no podemos soslayar nuestra condición perecedera como seres vivos. Por esa razón, la acción de los poderes públicos en materia sanitaria es, sobre todo, una *prestación de medios* (correlato al derecho individual de cada paciente a la protección a la salud y a la atención sanitaria) y *no de resultados*.

Y es que, en materia sanitaria, la responsabilidad no surge, sin más, por la existencia de un daño, sino del incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demande: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es *de medios* y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto –se ha actuado conforme a la *lex artis ad hoc*–, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder por su incumplimiento. Incluso el simple error de diagnóstico no es, propiamente y por sí solo, motivo suficiente para entender que el particular que lo padece tiene derecho a obtener una indemnización, sino que, para llegar a tal conclusión, ha de darse la concurrencia de dos circunstancias que la doctrina reiterada del Consejo de Estado viene exigiendo: que exista una negligencia o impericia probada en la aplicación de la *lex artis*, y que ésta sea, a su vez, generadora de un daño innecesario y evitable en sus consecuencias y resultado, y, por lo tanto, antijurídico e indemnizable.

Tercero

Sobre la responsabilidad de la Administración en el presente caso.

1.-Relación de hechos.

Teniendo en cuenta los diversos documentos existentes en este expediente, principalmente la documentación médica aportada por la parte reclamante (págs. 1 a 5 y 14 a 46), el historial médico de la paciente (págs. 73 a 98), el informe elaborado al

respecto por la Inspección médica (págs. 101 a 109) y el dictamen médico pericial emitido a instancias de la Aseguradora del SERIS (págs. 118 a 136), debemos considerar los siguientes hechos:

A) El paciente acudió al Servicio de Urgencias del Hospital *San Pedro* el día 16 de mayo de 2011. El motivo fue, según consta en el Informe de asistencia en el Servicio de Urgencias (pág. 77):

"Remitido por el Médico de Atención Primaria por haber presentado en este fin de semana, el sábado (hace dos días), episodio autolimitado de cinco minutos de duración de dolor torácico opresivo en hemitórax izquierdo, irradiado a hombro izquierdo, junto con sudoración y malestar, sin náuseas, desencadenado por el esfuerzo (había estado caminando durante 45 minutos). Al parar y descansar, el dolor cede y reaparece cuando comienza a caminar de nuevo en dos ocasiones más de las mismas características y misma duración (unos 5 minutos). Al día siguiente (domingo, es decir, ayer), presenta de nuevo el mismo dolor en relación a esfuerzo (cargar unas maletas), con parestesias en mano y dedos. Tiene un segundo episodio, pero esta vez estando en reposo".

En sus *antecedentes personales*, destaca la presencia de hipertensión arterial límite sin tratamiento, dislipemia sin tratamiento, exfumador de 2 paquetes diarios hasta 3 meses antes y antecedentes familiares paternos de problemas cardiacos.

Se realizó una exploración general que, como indica la Inspección médica (pág. 101) y se desprende del citado Informe de Urgencias (págs. 77 y 78), resultó normal. Se realizaron dos analíticas, con resultado de enzimas cardiacas normales; una placa de tórax, también normal; un electrocardiograma y una valoración por el Cardiólogo de guardia, quien recomendó la realización de una ergometría a la mañana siguiente, prueba que resultó clínicamente negativa. La impresión clínica fue: **"angina de esfuerzo progresiva"**. En el Servicio de Urgencias, se administró terapia antiagregante. El paciente quedó ingresado en el Servicio de Cardiología.

B) Durante su estancia en el Servicio de Cardiología, según consta en el Informe de alta y hospitalización (págs. 15 y 16), al paciente se le realizaron las siguientes pruebas diagnósticas:

-Ecocardiograma, con el siguiente resultado: *i) ventrículo izquierdo de tamaño normal (DTD 54 mm, indexado 25 mm/m²), con ligera hipertrofia septal (11/10 mm), con función sistólica global conservada (FEVI 4 c: 55%); ii) ventrículo derecho de tamaño normal. TAPSE 23 mm; iii) aurícula izquierda ligeramente dilatada (23 cm²); iv) raíz aórtica y aorta ascendente de tamaño normal; arco aórtico normal; v) ausencia de derrame pericárdico; VCI de tamaño normal; vi) válvula mitral normal; apertura conservada; vii) válvula aórtica trivalva, normofuncionante; viii) válvula tricúspide con insuficiencia ligera, que permite estimar una PAPS de 25 mmhg; flujo pulmonar tipo I; y ix) patrón diastólico sugestivo de alteración de la relajación ventricular. Conclusiones: función sistólica global y segmentaria conservada; ligera dilatación de aurícula izquierda".*

-Cateterismo cardiaco-coronariografía, con el siguiente resultado: i) "tronco sin lesiones significativas; ii) DA ligeramente ateromatosa en segmento proximal y media-distal, sin lesiones significativas; iii) milking ligero en DA media; iv) existe un ramo diagonal muy precoz (bisectriz) bien desarrollada, sin lesiones significativas; v) resto de diagonales, sin lesiones significativas; vi) CX-OM sin lesiones significativas; co-dominante; y vii) CD codominante presenta, tras dar una rama del margen agudo, lesión excéntrica del 40-45% (ligera), con vaso distal de calibre límite. **Conclusión: Ateromatosis coronaria sin lesiones significativas; codominancia**".

-Según consta en las Notas evolutivas (págs. 86 a 90) del paciente, durante su estancia en el Servicio de Cardiología, se realizaron dos **analíticas** y dos **electrocardiogramas** más. La estancia transcurrió, por lo demás, sin incidencias.

C) El paciente fue dado de alta el día 21 de mayo de 2011 (págs. 16 y 17) con un juicio clínico de: "**angina de esfuerzo progresiva; ateromatosis coronaria sin lesiones significativas**". Se le indicó el siguiente tratamiento médico: i) "prohibición absoluta del tabaco; ii) dieta pobre en colesterol y sin sal; iii) deberá reducir peso; iv) Adiro 100mg 1, en comida; v) Omeprazol 20mg 1, en comida; vi) Amlodipino 5mg 1, en desayuno; vii) Atorvastatina 40mg 1, en cena; y viii) Cafinitrina sublingual, 1 comprimido, si dolor torácico, que puede repetir cada 5min en caso de persistir hasta 3 comprimidos máximo; en caso de no ceder, acudirá al Servicio de Urgencias más cercano". Se remitió también al paciente a la Consulta Externa de Cardiología, citándole para el 30 de junio siguiente (págs. 18 y 74).

D) Según consta en el informe de asistencia en el Servicio de Urgencias (págs. 19, 20) y en el informe emitido por el Servicio de Cardiología (págs. 74 a 76), el paciente acudió de nuevo a éste último Servicio el día 21 de junio de 2011. En esta ocasión, el motivo de consulta fue como sigue:

"Ha estado asintomático durante este mes; hasta hace dos días que, en reposo, episodio de dolor torácico opresivo, con irradiación a brazo y cuello y componente vegetativo; se administro la cafinitrina sublingual cediéndole el dolor en menos de un minuto; al día siguiente y tras levantarse de la siesta, episodio de las mismas características, que también cedió en un minuto con cafinitrina sublingual; ayer, episodio menos intenso y de un minuto de duración, que cedió espontáneamente. El paciente se tomó tensión y pulso durante el dolor torácico que presentó hace dos días y dice tener tensión baja y pulso bajo".

La exploración física y las **pruebas analíticas y radiológicas** fueron normales, pero un nuevo **electrocardiograma** reveló ondas t negativas asimétricas en V2, V3 y V4 (derivaciones precordiales), que no aparecían en un electrocardiograma previo, por lo que, tras consultar con el Dr. L. (F.E.A. de Cardiología), el paciente quedó ingresado en el Servicio de Cardiología con una impresión clínica de: "**Angina inestable**". En el Servicio de Urgencias, se administró triple antiagregación.

E) Según consta en las Notas evolutivas del paciente (págs. 91 a 94), la estancia en el Servicio de Cardiología transcurrió sin incidencias. Nuevamente se llevaron a cabo pruebas complementarias y se realizó una nueva **coronariografía** (págs. 111 y 112), con

los siguientes resultados, según quedan reflejados en el correspondiente informe de alta y en el informe de la Inspección médica (págs. 104 a 106):

- **Analítica (en Urgencias):** Marcadores seriados de daño miocárdico negativos; glucosa, uréa, creatinina, iones, coagulación y hemograma: normales.
- **Analítica (en planta):** Triglicéridos 93; colesterol total, 122; HDL, 41; LDL, 62; función hepática, normal; calcio, fósforo, hierro, proteínas totales: normales. Proteínograma, normal. Sistemático de orina: normal.
- **ECG (en Urgencias):** Ritmo sinusal, imagen de bloqueo completo de rama derecha, (similar a previo). Presenta también Onda T negativa, no presente en ingreso previo de V2 a V4 que durante el ingreso va normalizando.
- **Coronariografía (el 24/06/2011):** Acceso femoral (por espasmo radial). Tronco sin lesiones. DA, con irregularidades parietales, con un trayecto intramuscular en tercio medio distal, sin observarse hallazgos respecto al estudio anterior. CX: sin lesiones significativas, co-dominante. CD, de escaso desarrollo, presentando una lesión larga del 40%, con vaso distal, de calibre aceptable, ya presente en estudio anterior.
- **Rx de tórax:** Silueta cardiaca normal, sin signos congestivos".
- Se realizaron además, dos **Electrocardiogramas** más en planta.

Con toda la información recabada, se facilitó al paciente el diagnóstico y tratamiento siguientes:

- **"Juicio clínico:** i) Scaset/ angina inestable; ii) arterias coronarias sin lesiones significativas; iii) factores de riesgo cardiovascular.
- **Plan de tratamiento:** i) importante buen control de lípidos., presión arterial, de peso y dieta; ii) caminar a diario de forma progresiva por terreno llano; iii) Adiro 100, 1 comprimido diario en la comida; iv) Ranitidina 150, 1 comprimido diario en la cena; v) Atorvastatina 40, 1 comprimido diario en la cena; vi) Emconcor 2.5, 1 comprimido diario en desayuno; vii) Nitroplast-10, un parche al levantarse y retirar al acostarse; y viii) si presentara opresión en el pecho, tomará Cafinitrina sublingual para ver resultado.

F) El día 30 de junio de 2011, el paciente acudió a la Consulta Externa de Cardiología. Según el Informe de la Inspección médica (págs. 105 y 106), consta el evolutivo correspondiente a dicha consulta, en la que se llevó a cabo exploración y pruebas complementarias, que quedaron reflejadas del siguiente modo:

- **Exploración general:** Consciente, orientado, buen estado general. AC: RCR sin soplos. AP: buena ventilación en ambos campos pulmonares. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, peristaltismo presente. EE.II: no edemas ni signos de tvp.

- **Pruebas complementarias:**

- **Análítica: i) Bioquímica:** Glucosa 86 mg/dL, Urea 28 mg/dL, Creatinina 0.77 mg/dL, Sodio 139 mmol/L, Potasio 3.9 mmol/L, Cloro 105 mmol/L, Troponina T <0.01 ng/mL, Creatin-kinasa 125 U/L, Mioglobina 27.0 ng/mL; **ii) Coagulación:** Tiempo de protrombina 103 % (80.0 - 120.0), T. protrombina Ratio 0.98, APTT 33 seg., TIPA (Ratio) 1.09, Dímero D <200 ug/L, INR 0.98; **iii) Hematología:** Hematíes 4.5 millón/iJL, Hemoglobina 14.4 g/dL, Hematocrito 41.9 %, VCM 93.2 fL, HCM 32.1 pg, CHCM 34.5 g/dL, ADE 13.5 %, Plaquetas 212.0 x1000/pL, VPM 9.3 fL, Leucocitos (s. periférica) 8.2 x1000/pL (4.0 - 11.0); **iv) Fórmula leucocitaria:** Neutrófilos 47.4 %, Neutrófilos 3.9 x1000/pL (1.9 - 8.0), Linfocitos 41.9 % (19.0 - 48.0), Linfocitos (3.4 x1000/pL (0.9 - 5.2), Monocitos 7.3 % (2.0 - 13.0), Monocitos 0.6 x1000/pL (0.16 - 1.0), Eosinófilos 2.7 %, Eosinófilos 0.2 x1000/pL, Basófilos 0.7 %, Basófilos 0.1 x1000/pL; **v) Proteínas:** Proteína C Reactiva <1 mg/L (0.0 - 10.0); **vi) ECG:** ritmo sinusal a 54 por minuto, con imagen de bloqueo de rama derecha; **vii) Rx tórax:** Sin hallazgos significativos.

- **Ecocardiograma:** Ventriculo izquierdo de tamaño normal (DTD 54 mm, indexado 25 mm/m²), con ligera hipertrofia septal (11/10 mm), con función sistólica global conservada (FEVI 4 c: 55%). Ventriculo derecho de tamaño normal. TAPSE 23 mm; Aurícula izquierda ligeramente dilatada (23 cm²). Raíz aórtica y aorta ascendente de tamaño normal. Arco aórtico normal. Ausencia de derrame pericárdico. VCI de tamaño normal. Válvula mitral normal, apertura conservada. Válvula aórtica trivalva, normofuncionante. Válvula tricúspide con insuficiencia ligera, que permite estimar una PAPS de 25 mmHg. Flujo pulmonar tipo I. Patrón diastólico sugestivo de alteración de la relajación ventricular.

- **Conclusiones:** función sistólica global y segmentaria conservada. Ligera dilatación de aurícula izquierda".

- **Tratamiento:** i) Adiro 100; ii) Omeprazol 20; iii) Atorvastatina 40; iv) Emconcor 2,5 l comprimido cada 24 horas; y v) Nitroplast 10".

G) El paciente acudió de nuevo al Servicio de Urgencias del Hospital *San Pedro* el día 15 de julio de 2011; según el informe de asistencia en el Servicio de Urgencias (págs. n° 21 y 22), por el motivo siguiente:

"Acude, remitido por su MAP, por presentar episodios de dolor centro-torácico hacia brazo izquierdo, de 2 minutos de duración, alrededor de 15 veces, sobre todo en las últimas 24 horas, igual en reposo que caminando e incluso hablando. Ha tenido dolor desde el alta en Cardiología hace 1 mes, todos los días pero no tan frecuentes. Refiere que se acompaña de sudoración, sigue notando el pulso bajo".

En el Servicio de Urgencias se llevó a cabo la oportuna exploración y realización de pruebas complementarias, siendo la primera normal y arrojando las segundas los siguientes resultados:

"Laboratorio: analítica: hemograma, tipos de coagulación y proteína c reactiva: normales; Otras pruebas complementarias: Rx tórax 2p: no hallazgos de patología aguda. ECG: ritmo sinusal a 48x BCRDHH".

Tras comentar el caso con la Cardióloga de guardia, el paciente quedó ingresado en el Servicio de Cardiología (Informe de alta y hospitalización, págs. 23 y 24). Las notas evolutivas obtenidas de su historia clínica (págs. 95 a 98) reflejan que el paciente presentó dos episodios autolimitados de dolor precordial y expresó su deseo de que se retirara el tratamiento con nitritos. Por lo demás, la estancia transcurrió sin incidencias, hasta la mañana del día 19 de julio de 2011, cuando el paciente fue encontrado en su habitación en situación de parada cardiorrespiratoria. Se intentó reanimarle sin éxito, señalándose como hora de su defunción las 7.25 horas de la mañana.

Según la documentación disponible en el expediente, se solicitó la realización de una autopsia, que estableció la causa del fallecimiento en los siguientes términos (págs. 69 y 70):

Etiología médico-legal: Muerte natural. La causa inmediata de la muerte ha sido: Insuficiencia cardíaca aguda. La causa intermedia de la muerte ha sido: Arritmia cardíaca. La causa inicial o fundamental de la muerte ha sido: Miocardiopatía dilatada e isquémica por aterosclerosis coronaria” (pág. 70).

2. Inexistencia de responsabilidad en el presente caso.

A la vista de estos hechos, y del conjunto del expediente administrativo, este Consejo Consultivo estima que la reclamación planteada debe ser desestimada, puesto que la atención recibida por el paciente fue en todo momento la adecuada y ajustada a la *lex artis ad hoc*.

Estamos ante un paciente de 45 años, fumador activo muy severo hasta 3 meses antes del primer ingreso (hasta pasados 10 años el exfumador no iguala el riesgo cardiovascular de los nunca fumadores), probable hipertenso, como se demostró en la prueba de esfuerzo y en tomas casuales también elevadas y, que, en ocasiones presenta los lípidos en el límite de lo normal.

Fue ingresado en tres ocasiones en el Servicio de Cardiología del Hospital *San Pedro* por presentar un cuadro de dolor precordial opresivo y durante su estancia hospitalaria, falleció de forma súbita. Presentaba una cardiopatía isquémica, con episodios de angina mixta, Troponina T ultrasensible siempre negativa (no se documentó necrosis miocárdica), con coronarias “*ateromatosas sin lesiones significativas*” (2 coronariografías) y con una “*función ventricular izquierda sistólica normal, sin alteraciones de la contractilidad segmentaria ni dilatación ventricular en el ecocardiograma y ni en las radiografías de tórax*”. Todas las pruebas que lo acreditan constan en el expediente y han sido relacionadas y detalladas en el relato de los hechos.

El caso fue valorado en varias ocasiones por el Servicio de Cardiología como *“posibles causa de la angina autolimitada recurrente, una isquemia microvascular, milking (trayecto intramuscular, con posibilidad de isquemia-angina durante la sistole cardiaca), rotura de pequerias placas, e incluso, episodios de vasoespasmo”* (pág. 76). Por tanto, en todo momento se recomendó insistir en el control de los factores de riesgo cardiovascular, tipo de vida apropiado y manejo medicamentoso. El paciente seguía ingresado con tratamiento optimizado y en estudio.

Según el propio Servicio de Cardiología del HSP (pág. 76), el paciente recibió en todo momento la atención, cuidados, medios y tratamiento apropiados, siempre consensuados en la sesión clínica del Servicio. El paciente, como consta en los diferentes informes, *“estaba diagnosticado de aterosclerosis coronaria (tal como indica el resultado de la autopsia), pero sin lesiones obstructivas significativas (dos cateterismos coronarios) cuyo único manejo es el control exhaustivo de factores de riesgo, tipo de vida y tratamiento medicamentoso”*.

Al no apreciarse en la autopsia signos de evento trombótico agudo, alguna coronaria ocluida, zona infartada ni rotura cardiaca, probablemente, sobre un sustrato de aterosclerosis coronaria, se instaló *“una arritmia maligna (taquicardia ventricular y/o fibrilación ventricular) que provocó una parada fulminante (al paciente no le dio tiempo de solicitar ayuda) y consecuente insuficiencia cardiaca aguda (edema pulmonar), incluso con cierta dilatación aguda ventricular, lo que llevó a fatal desenlace”* (pág. 76). *Al haber sido encontrado el paciente en el suelo sin testigos, podemos hablar clínicamente de muerte súbita, por tanto, inesperada”* (pág. 75).

Sin embargo, afirma la reclamante, en el punto tercero de su escrito de reclamación, que *“la asistencia recibida ha sido inadecuada ya que en primer lugar, no se pusieron todos los medios de curación a disposición (del paciente).”* Se afirma también, en este punto, que no se actuó de acuerdo con los conocimientos y técnicas adecuados al caso *“ya que la autopsia (Doc. 15) confirma que la causa fue aterosclerosis coronaria, cosa que no se vio en ninguno de los exámenes y que se debió apreciar, ya que no es una patología repentina”*. Finalmente, se afirma que *“no se aplicaron las técnicas adecuadas al caso, ya que el paciente debió estar más controlado, sobre todo en el último ingreso ya que como se dice más arriba, hubo una agravación de los síntomas que cada vez eran más frecuentes”*.

Afirma de nuevo la reclamante, en el punto cuarto de su escrito de reclamación, que *“no se prestó al paciente el tratamiento adecuado a su enfermedad, poniéndose los medios necesarios para combatir su padecimiento, y siendo ello así, y con independencia de que no se sepa cuales hubieran sido los resultados finales de dicho tratamiento, acreditados como estan los daños. Se le diagnosticó también de angina inestable (insuficiencia*

coronaria aguda), que está considerada como un estadio intermedio entre la angina estable y el infarto de miocardio”.

Continua aseverando la reclamante que *"no se pusieron a su disposición todos los medios necesarios para combatir su padecimiento, hasta tres veces tuvo que ir a Urgencias por su dolencia y en ninguna de esas ocasiones se pone remedio a su patología, que no sólo no mejora sino que se agrava, falleciendo y dejando a su esposa, sin ocupación laboral y con dos hijas menores”.*

Abunda, por lo tanto, en la afirmación de que no se pusieron los medios adecuados para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente, afirmación ésta que, como se ha mencionado, no se corresponde con la realidad, tal y como está descrita en la documentación incorporada al expediente.

Pero, tras analizar toda la documentación disponible y la obtenida por la Inspección Médica, se concluye que las anteriores afirmaciones no se corresponden con la realidad. El paciente fue adecuadamente estudiado a lo largo de todo su proceso patológico, y ello por las siguientes razones:

A) De una parte, previamente al primer ingreso, se realizaron dos analíticas (normales), un electrocardiograma y una ergometría (normal). Una vez en planta, se realizó un ecocardiograma, un cateterismo cardiaco con coronariografía, dos analíticas y dos electrocardiogramas.

Con anterioridad al segundo ingreso, se repitieron las pruebas de laboratorio, las pruebas radiológicas, dos electrocardiogramas y, una vez en planta, se realizaron dos electrocardiogramas más, nueva analítica y una nueva coronariografía, que mostró los mismos hallazgos que la anterior.

El paciente fue revisado en Consulta Externa de Cardiología, momento en que se repite una analítica, se realiza nuevo electrocardiograma, nueva placa de tórax y nuevo ecocardiograma.

Antes del tercer ingreso, volvió a ser estudiado al paciente en el Servicio de Urgencias y, durante su estancia en planta, fue adecuadamente analizado y monitorizado su estado, como queda documentado en las notas evolutivas disponibles en el expediente.

B) De otra parte, no es cierto que no se detectara la presencia de aterosclerosis coronaria. En las dos coronariografías realizadas (págs. 111 a 118), se detectó la presencia de *" coronaria derecha ateromatosa, si bien las lesiones no tenían la suficiente entidad como para hacer necesaria tratamiento más allá de control de factores de riesgo cardiovascular y terapia farmacológica”.* Ambas coronariografías mostraron resultados

similares y, según corrobora la Inspección médica (pág. 108), fueron realizadas por Facultativos diferentes.

La documentación estudiada deja claro que, además de utilizarse los medios diagnósticos adecuados, de realizarse el diagnóstico correcto y de llevarse a cabo un seguimiento acorde con la patología del paciente, se pautó el tratamiento adecuado que, en este caso, consistía en mantenimiento de hábitos de vida adecuados para control de factores de riesgo cardiovascular, además de tratamiento farmacológico, orientado también al control de dichos factores de riesgo.

C) Además, la bibliografía consultada para el informe de la Inspección médica (pág. 109), como para el informe pericial del experto en Cardiología (pág. 118 a 136), estima que el tratamiento farmacológico indicado fue el correcto. *“En cuanto a otro tipo de medidas, como pudiera ser la colocación de un stent (dispositivo diseñado para tratar las obstrucciones coronarias), no estaban indicadas en este paciente, por presentar, en el momento de la realización de las pruebas, lesiones no significativas. La colocación de un stent es una medida no exenta de riesgo y, por lo tanto, su uso es adecuado únicamente cuando la relación beneficio/riesgo así lo indica. En el caso de este paciente, y tras la realización de dos coronariografías en las que se replicó el hallazgo de lesiones ateromatosas no significativas, la decisión de no proceder a la colocación de un stent fue la correcta”* (pág. 109).

D) Finalmente, en los diferentes estudios realizados en los tres ingresos, en ningún momento se ha demostrado la existencia de miocardiopatía dilatada, como pretende la representación letrada de la recurrente y se indica (pág. 56) en el informe preliminar de la autopsia (*“la causa inicial o fundamental de la muerte ha sido: posible miocardiopatía dilatada en estudio”*). Éste último ha sido ratificado en el resultado de la autopsia forense (pág. 70), donde se indica que la causa inicial y fundamental de la muerte ha sido *“miocardiopatía dilatada isquémica por aterosclerosis coronaria”*. Desde el primer ingreso, el paciente estaba diagnosticado de *“ateromatosis coronaria no significativa”* (pág. 19) y no se apreciaba patrón dilatado. En el informe de autopsia, se indica: *“Las coronarias presentan ateromas calcificados con estenosis de más de un 80% de la coronaria derecha y de la rama descendente anterior -ver microfotografías-. La coronaria circunfleja es permeable”* (pág. 62). En los dos cateterismos coronarios realizados, uno y dos meses antes del éxitus, no se apreciaban tampoco lesiones significativas en ninguno de los 3 vasos coronarios (víd. pág. 69).

En definitiva, los Facultativos que atendieron al paciente, se ajustaron a la *lex artis*, poniendo al servicio del paciente los medios adecuados a su patología, lo que no impide a este Consejo considerar que es un hecho desafortunado que un paciente joven o de mediana edad fallezca de forma súbita, pero no infrecuente. El fallecimiento de manera repentina es, como indica el experto Cardiólogo que suscribe el informe pericial obrante al

expediente, *“una lamentable consecuencia de la cardiopatía isquémica...que la ciencia médica aún no ha logrado resolver”* (pág. 135). Como se hace constar en el Informe emitido por el Servicio de Cardiología del HSP, *“La cardiopatía isquémica (generadamente producida por aterosclerosis coronaria) es la primera causa de muerte súbita en varones de mediana edad, sin que en muchos casos sea predecible; en este paciente nunca se habían demostrado arritmias ni había aquejado palpitaciones. Hasta el 30% de los pacientes con este tipo de patología, fallece súbitamente, bien por arritmia maligna, infarto agudo de miocardio o rotura cardíaca”* (pág. 76).

CONCLUSIONES

Única

A juicio de este Consejo Consultivo, la presente reclamación debe ser desestimada, al haberse observado en todo momento por los Facultativos las reglas de la *lex artis* y no existir relación de causalidad entre el fallecimiento del reclamante y el funcionamiento del SERIS.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero