

En Logroño, a 19 de octubre de 2020, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en Logroño telemáticamente (al amparo del art. 17.1 de la Ley 40/2015), con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros, D. José María Cid Monreal, D. Enrique de la Iglesia Palacios, D^a Amelia Pascual Medrano y D. Pedro Prusén de Blas, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

71/20

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm. Sra. Consejera de Salud, en relación con la *Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada por D. I.M.O. por daños y perjuicios que entiende causados por error de diagnóstico de un infarto de miocardio con resultado de fallecimiento de su esposa, D^a Z.A; y que valora en 376.200 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

1. Mediante escrito recibido en el Registro de la Consejería actuante el 5 de agosto de 2019, el Letrado del precitado reclamante presentó, en nombre del mismo, un escrito inicial de reclamación por responsabilidad patrimonial expresivo de que la también citada esposa del reclamante falleció a los 46 años, el 10 de septiembre de 2018, por un infarto agudo de miocardio (IAM), tras acudir al Servicio de Urgencias de la Fundación Hospital de Calahorra (FHC) ese mismo día.

El referido escrito manifestaba también que un perito médico especializado había realizado un informe (que no se aportaba) en el cual se indicaba con claridad un posible incumplimiento de la *lex artis* por parte del Médico que atendió a la citada paciente. El escrito no indicaba la cuantía reclamada ni se aportaba más datos de los hechos ocurridos.

2. Posteriormente, con fecha 13 de noviembre de 2019, se presentó la reclamación en la que básicamente se alega lo siguiente:

''No cabe duda que, en el Servicio de Urgencias de la FHC, se contaba con los medios necesarios para haber detectado, mínimamente y sin complicaciones, la patología que mostraba la paciente ...que presentaba obesidad e hipertensión, así como un cuadro evolutivo de varios meses, y en dicho Servicio fueron incapaces de practicar la más elemental de las pruebas, que es un electrocardiograma (ECG) y una analítica más específica para detectar las troponinas, las cuales hubiesen confirmado que sus síntomas estaban relacionados con un problema cardíaco y no de origen abdominal''.

Adjunta a la reclamación informe pericial de praxis, emitido por el Dr. R.F.M, cuyas conclusiones son las siguientes:

-La sintomatología referida por la paciente hacía pensar, en un principio, en un cólico hepático de evolución típica, que fue el motivo del error en el diagnóstico.

-Dentro el estudio realizado en (el Servicio de) Urgencias, debería haberse incluido la realización de un ECG y una determinación de troponinas para poder hacer el diagnóstico diferencial, ya que inicialmente la sintomatología no era la típica de un cólico hepático.

3. La indemnización reclamada asciende a 376.200 euros.

Segundo

Mediante Resolución de 17 de septiembre de 2019, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del anterior día 12 y se nombra Instructor del procedimiento.

Tercero

Por carta de la misma fecha, se comunica al Letrado del interesado la iniciación del expediente, informándole de los extremos exigidos por los arts. 24.1.2º y 91.3 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre.

Y, mediante comunicación de ese mismo día, el Instructor se dirige al Director Gerente de la FHC solicitando la remisión de documentación e informe sobre cuantos antecedentes consten acerca de la asistencia prestada al reclamante; copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada, exclusivamente; y, en general, cuantos datos, documentos e informes puedan ser aportados para una mejor decisión sobre la pretensión del reclamante. También se solicitó que, si la FHC tuviera suscrita póliza de seguro el día de los hechos, facilitase el número de póliza, la entidad aseguradora y su dirección, a efectos de comunicación de siniestros, exclusivamente.

Cuarto

Mediante escrito de 30 de septiembre de 2019, la FHC contesta a la solicitud enviando la documentación e informes interesados y haciendo constar la existencia de la póliza de seguros núm. 44305043-O con S.A.S.A. de Seguros y Reaseguros, siendo mediador A.R.S.

Quinto

Con fecha 4 de octubre de 2019, el Instructor se dirige al Área de Salud de La Rioja-Hospital San Pedro (HSP) interesando la remisión de cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada en el Servicio Riojano de Salud (SERIS) y copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada exclusivamente.

El requerimiento es atendido el siguiente día 11 de octubre, aportando tan solo listado de notas del Servicio de Atención Primaria (SAT).

Sexto

Mediante escrito de 15 de octubre de 2019, el Letrado del reclamante adjunta certificado de defunción de la fallecida, dos informes médicos y el informe del Servicio de Patología Forense del Instituto de Medicina Legal de La Rioja (IMLR).

Séptimo

Obra seguidamente en el expediente un informe médico pericial, emitido por la consultora médica P. para la Compañía aseguradora, de fecha 20 de octubre de 2019 que establece la siguiente **conclusión**:

”Del estudio de la información aportada se concluye una actuación acorde a lex artis durante la asistencia en el Hospital de Calahorra con fecha 10/9/2018, ajustada a la sintomatología referida por la paciente, a la exploración realizada y a los resultados de laboratorio obtenidos. No era posible, dada la inexistencia de clínica sugestiva, diagnosticar el supuesto IAM por el que falleció la paciente horas después de su alta. No se dispone de autopsia para estudio”.

Octavo

Con fecha 13 de noviembre de 2019, el Letrado del interesado presenta un escrito acompañando informe pericial del Dr. D. R.F.M, de fecha 16 de octubre de 2019, que

incluye abundante literatura científica y diversos informes forenses. Dicho informe pericial, en base a la documentación aportada, establece las siguientes **conclusiones**:

“1. La sintomatología referida por la paciente hacía pensar en un principio en un cólico hepático de evolución atípica, que fue el motivo del error en el diagnóstico.

2. Dentro del estudio realizado en (el Servicio de) Urgencias, debería haberse incluido la realización de un ECG (electrocardiograma) y una determinación de troponinas para poder hacer el diagnóstico diferencial, ya que, inicialmente, la sintomatología no era la típica de un cólico hepático”.

Noveno

El Informe de la Inspección médica de 23 de enero de 2020, contiene, a modo de **conclusión**, la siguiente discusión científico-técnica:

“En su escrito de reclamación, manifiesta, de manera textual:

*«Habiéndose procedido a la elaboración de un primer informe de viabilidad por perito médico especializado, éste indica con claridad un posible incumplimiento de las normas de *lex artis*, por parte del Médico de Urgencias de la FH Calahorra que atendió el mismo día 10 de septiembre a la (paciente)”».*

Como puede observarse, y a falta de conocer el informe del perito médico de parte, al que se refiere en su escrito, la reclamación se limita a la existencia de un posible incumplimiento en su actuación profesional de la Médico de Urgencias de la FHC que atendió. No concreta en que se basa dicha negligencia profesional si es por la falta realización de alguna prueba o exploración que se juzgue necesaria o por la inadecuada interpretación de algún síntoma o dato.

En todo caso, y con los datos disponibles en este expediente, no observo elemento alguno que me lleve a considerar que ha existido una falta de pericia o negligencia en la Médica que actúa en Urgencias de la FHC.

En efecto, la paciente carece de antecedentes cardiológicos; de ningún tipo, y mucho menos de carácter isquémico, lo que se añade y así figura en su historial clínico de primaria, clínica de epigastralgia desde junio de 2018, sin síntoma alguno que sugiera la afectación isquémica cardiaca.

Tres días antes, el 7 de septiembre, acude nuevamente a su Médica de (Atención) Primaria, por molestias epigástricas, solicitándose la realización de una ecografía abdominal.

En (el Servicio de) Urgencias de la FHC también la clínica, es sugestiva de patología gástrica o de vesícula, no refiriendo síntoma alguno sospechoso de cardiopatía isquémica. Por ello y a pesar de la evolución tan tórpida de la paciente, no hay nada que pudiera hacer pensar a la Médico actuante, que pudiera tratarse de un posible infarto de miocardio. Todo apuntaba, y más con los antecedentes descritos, a que se trata de una patología de índole digestiva.

La literatura científica reciente, señala que el síntoma más predominante del infarto es el dolor. Dolor que suele ser intenso y súbito, de localización preferente en el centro del pecho, que puede irradiar sobre todo a extremidad superior izquierda. Se suele acompañar de un cortejo vegetativo,

con la aparición de sensación nauseosa e incluso vómito, sudoración fría, etc. En el transcurso del proceso puede aparecer alteraciones del ritmo cardíaco, tanto taquicardias como bradicardias. Este suele ser, muy resumido, la sintomatología típica de un infarto de miocardio. Pero también debemos hacer mención que el infarto, a veces, tiene una presentación atípica, mucho más sutil, que la sintomatología expuesta, que puede dificultar su diagnóstico y también lógicamente su tratamiento. En ocasiones, la localización del dolor no es tan característico como el expuesto, y puede enmascarse como un dolor abdominal, o biliar lo que induce en primer lugar a pensar en un origen digestivo y/o biliar.

Al parecer, el caso de la paciente... y visto a posteriori, podría encuadrarse como un caso atípico de infarto de miocardio, y que, por lo tanto, para su diagnóstico se exige un mayor tiempo de valoración, ya que se ha descartar la patología digestiva que suele ser la patología predominante ante dicha sintomatología.

Es por ello que su Médica de cabecera, le había solicitado una ecografía abdominal y había anotado la posibilidad de enviarla a Consulta externa de (Servicio de Aparato) Digestivo para valoración. De ello no cabe deducir que se ha actuado con negligencia y falta de pericia, y mucho menos en una atención en (el Servicio de) Urgencias, que no es el área adecuada para realizar un conjunto de pruebas médicas, que a veces exigen preparación previa y que resultan necesarias para un diagnóstico, de certeza. Debemos considerar de manera sustancial que al parecer el estado general de la paciente no era preocupante o angustioso mientras permaneció en el Servicio de Urgencias.

Por todo lo anteriormente expuesto, creo que la actuación profesional de la Médico que la atiende en (el Servicio de) Urgencias de la FHC, y a pesar del fallecimiento en pocas horas de la paciente, fue correcta y dentro de las normas y acciones propias de la lex artis ad hoc”.

Décimo

En trámite de audiencia, el 25 de febrero del 2020, el Letrado del reclamante presenta un escrito de alegaciones acompañando diversos artículos médicos, del que se da traslado a la Dirección General de Humanización, Prestaciones y Farmacia.

Con fecha 5 de marzo, la Inspección médica emite un informe complementario en el que concluye que:

“leídos y analizados con detenimiento los documentos aportados, así como las valoraciones que se realizan, tanto en los informes de terceros, incluido el informe de los forenses actuantes, así como del perito médico que actúa a petición de los interesados, no encuentro razón alguna para modificar el informe emitido con anterioridad por esta Inspección médica. En su mayoría, se trata de opiniones, por supuesto muy respetables, pero que no alteran lo ya recogido en la valoración técnica ya efectuada”.

Décimo primero

Con fecha 18 de junio de 2020, el Instructor del expediente emite la Propuesta de resolución en el sentido de que se desestime la reclamación formulada, al no ser imputable el perjuicio alegado al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios.

Décimo segundo

La Secretario General Técnica de la Consejería actuante, el siguiente día 22 de junio, remite a la Dirección General de los Servicios Jurídicos en la misma Consejería, para su preceptivo informe, el expediente íntegro. El informe es emitido en sentido favorable a la Propuesta de resolución el día 15 de julio de 2020.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito registrado de salida electrónicamente en fecha 17 de julio de 2020, que ha tenido entrada en este Consejo el día 17 de julio de 2020, la Excm. Sra. Consejera de Salud del Gobierno de La Rioja remite al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el día 17 de julio de 2020, procedió, en nombre de dicho Consejo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asumida la ponencia por el Consejero señalado en el encabezamiento, la misma quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo señalada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad y ámbito del Dictamen del Consejo Consultivo

1. En el presente caso, se reclama una indemnización superior a 50.000 euros (en concreto, 336.200 euros), por lo que nuestro dictamen es preceptivo, a tenor de lo establecido en el art. 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la Ley 7/2011, de 22 de diciembre, en relación con: i) el art. 65.4 de la Ley riojana 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y régimen jurídico de la Administración de la CAR, redactado por la precitada Ley riojana 7/2011; y, ii) el art. 81.2 de la Ley estatal 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas (LPAC'15); preceptos de los que resulta que procede recabar el dictamen del Consejo de Estado o del Órgano consultivo de la Comunidad Autónoma respectiva, en este caso el Consejo Consultivo de La Rioja, cuando el importe de la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros.

2. En cuanto al contenido del dictamen, a tenor del art. 81.2, párrafo 3, de la LPAC'15, el mismo 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 LPAC'15, así como en el art. 34.2 de la Ley estatal 40/2015, de Régimen jurídico del Sector Público (LSP'16), que se remite a los criterios de la legislación en materia fiscal, de expropiación forzosa y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado; y pudiendo, en los supuestos de muerte o lesiones corporales, tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de seguros obligatorios y de la Seguridad social.

Segundo

Sobre los requisitos exigidos para que surja la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas.

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución, 32.1 LSP'15 y 65,67,81, 91.2 LPAC'15) reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad

que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado, y debiendo existir una relación de causa a efecto directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración, así como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo (plazo que, en el caso de daños personales de carácter físico o psíquico, empezará a computarse desde la curación o determinación del alcance de las secuelas).

Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo, no constituye una suerte de “seguro a todo riesgo” para los particulares que de cualquier modo se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones públicas.

Lo anterior es también predicable, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien, como ya dijimos entre otros en nuestro dictamen D.3/07, *“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, ajustándose la actuación facultativa a los criterios de la lex artis ad hoc, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder del posible daño causado, pues no cabe reconocer un título de imputación del mismo”*.

Y, en nuestro dictamen D.29/07, en la misma línea, mantuvimos que los parámetros bajo los que se han de enjuiciar los criterios de imputación del daño a la Administración Sanitaria son el de la *lex artis ad hoc* y el de la existencia del *consentimiento informado*, distinguiendo *“si el daño es imputable a la actuación de los servicios sanitarios, por existir un funcionamiento anormal que contraviene los postulados de la lex artis ad hoc o por privar al paciente de su derecho de información o si, por el contrario, el resultado dañoso ha de ser soportado por éste quien, conocedor de los posibles riesgos, ha prestado voluntariamente su consentimiento”*.

Tercero

Sobre la existencia de responsabilidad patrimonial en el presente caso

1. Al no existir actuación médica o asistencial que precisara consentimiento informado de la paciente o sus familiares, habremos de analizar la posible responsabilidad de la Administración sanitaria bajo el otro de los indicados parámetros, es decir, el de si ha habido o no infracción de la *lex artis ad hoc*.

2. La asistencia sanitaria en la que supuestamente se produjo la infracción es la prestada a la esposa del reclamante, el 10 de septiembre de 2018, en el Servicio de Urgencias de la FHC y, en concreto, la mala praxis que funda la reclamación consistió en no haber practicado a la paciente un electrocardiograma (ECG) que hubiera permitido acertar en el diagnóstico, atribuyendo una etiología cardiaca y no abdominal a la sintomatología que presentaba.

A) Partamos del informe de alta, del que destacamos la edad de 46 años de la paciente, la constancia, como antecedentes personales, de *obesidad* y *HTA* (hipertensión) desde 2007; en la exploración general, no se hace constar dolor a la palpación del abdomen; y el diagnóstico principal es “*cólico biliar no complicado vs epigastralgia*”.

Pero obran en el expediente otros tres informes o dictámenes, el encargado por la Aseguradora a P., el de la Inspección médica y el del Dr. F.M, aportado por el reclamante.

B) El informe de P., con mayor concisión que en otras ocasiones, concluye una actuación acorde a *lex artis* durante la asistencia en la FHC con fecha 10/9/2018, ajustada a la sintomatología referida por la paciente, a la exploración realizada y a los resultados de laboratorio obtenidos. “*No era posible -añade-, dada la inexistencia de clínica sugestiva, diagnosticar el supuesto IAM por el que falleció la paciente horas después de su alta*”.

No hace referencia alguna a la prueba del ECG, ni siquiera para justificar su no realización, pese a la concurrencia, como veremos, de evidentes factores de riesgo.

C) En cuanto al Informe de la Inspección médica, llega a la misma conclusión de que la actuación profesional de la Médico de Urgencias “*fue correcta y dentro de las normas y acciones propias de la lex artis ad hoc*”.

Ciertamente, este informe está más y mejor argumentado, pero omite aspectos y circunstancias que tendremos ocasión de poner de manifiesto cuando comentemos la literatura médico-científica que acompaña al tercero de los dictámenes.

Este tercer dictamen, aunque también conciso, deja bien claro que considera concurre una mala praxis en la no realización de un ECG. En la segunda de sus conclusiones, que hemos transcrito en el Séptimo de los Antecedentes del asunto, dice que, en el estudio realizado en urgencias, *“debería haberse incluido la realización de un ECG”*. En el análisis previo a las conclusiones, afirma con rotundidad que, *“si el paciente refiere dolor abdominal en el hemiabdomen superior, **debe** practicarse un ECG para descartar cardiopatía isquémica”*; y añade que, *“ante toda epigastralgia de origen incierto, debe realizarse un ECG para descartar la posibilidad de síndrome coronario agudo”*.

Estas escuetas conclusiones vienen acompañadas de una amplia serie de estudios que pasamos a extractar, poniéndolos en relación con el caso concreto objeto de nuestro dictamen.

3. Recordemos que la finada, de 46 años de edad, padecía obesidad e hipertensión. Y se trata, además, de una obesidad que evolucionó de severa a mórbida. En efecto, según informes que obran en el expediente, de 110 kgs. que pesaba el 17 de enero de 2012 (fol. 107), pasa a 124 kgs. el 7 de mayo de 2018 (fol. 38 del expediente), meses antes de su fallecimiento. Es decir que su IMC (Índice de masa corporal), de 39 Kg/m² (obesidad severa), pasa a 43,9 Kg/m² (obesidad mórbida). Recordemos que tanto la obesidad como la hipertensión son factores de riesgo muy significados que pueden favorecer la aparición de cardiopatía isquémica.

A) En el artículo “Obesidad y corazón”, publicado en la *Revista Española de Cardiología* en enero-febrero de 2011, se contienen las siguientes afirmaciones:

-“La obesidad es un factor de riesgo cardiovascular común y frecuentemente ignorado por los Médicos”.

-“El exceso de peso es el factor de riesgo de enfermedad cardiovascular más prevalente”.

-“Gran cantidad de datos que relacionan la obesidad con la enfermedad cardiovascular”.

-“Estudios epidemiológico han demostrado que **la obesidad es un factor de riesgo mayor de enfermedades cardiovasculares**, incluidas la enfermedad coronaria, la insuficiencia cardíaca, la fibrilación auricular, las arritmias ventriculares y la **muerte súbita**”.

B) Volviendo a la epigastralgia que refiere el diagnóstico principal del informe de alta de Urgencias, dolor abdominal o dolor en el epigastrio, vulgo boca del estómago, destacamos:

-En el Libro electrónico de Temas de Urgencia, del Dr. P.M. y la Dra. O.L. del Hospital de Navarra, se dice que, *“ante todo dolor epigástrico...se debe realizar un ECG para descartar patología isquémica”*.

-En la misma publicación, bajo el epígrafe Epigastralgia Aguda, las Dras. S, M.I. y G.M, señalan, como una de las principales causas del dolor referido de origen extra-abdominal, entre otras, la cardiopatía isquémica (angor, IAM). Y añade, en el apartado pruebas complementarias, que el ECG ha de realizarse, *“como norma general, en todo paciente > de 40 años que manifieste dolor epigástrico de origen incierto y en cualquier edad si hay factores de riesgo asociado”*.

-En idéntico sentido, en el artículo “Dolor abdominal en Urgencias”, de la Dra. J.A. y los Dres. B.G. y T.G, del Hospital Clínico Universitario Virgen Victoria de Málaga, se afirma que el ECG es *“fundamental para descartar IAM en dolor epigástrico, fundamental en pacientes ancianos y diabéticos, y cualquier paciente con importantes factores de riesgo cardiovascular”*. Recordemos la obesidad mórbida y la hipertensión que padecía la fallecida.

4. Creemos, en definitiva, que queda fuera de toda duda que la asistencia prestada a la esposa del reclamante en el Servicio de Urgencias de la FHC no se ajustó a la *lex artis ad hoc*, sin que resulte convincente el argumento exculpatorio del informe de la Inspección médica el decir que:

“ el caso de la paciente...visto a posteriori, podría encuadrarse como un caso atípico de infarto de miocardio, y que por lo tanto para su diagnóstico se exige un mayor tiempo de valoración ya que se ha descartar la patología digestiva que suele ser la patología predominante ante dicha sintomatología. Es por ello que su médica de cabecera, le había solicitado una ecografía abdominal y había anotado la posibilidad de enviarla a Consulta externa (del Servicio de Aparato) Digestivo para valoración”.

Argumento que encontramos contradictorio pues, mientras para descartar la patología abdominal se precisa solicitar una prueba, la ecografía abdominal no realizable en Urgencias, el ECG puede realizarse en el momento pues todos los Servicios de Urgencias disponen, normalmente, de varios electrocardiógrafos. Insistimos en que su realización es fundamental para descartar IAM en cualquier paciente con factores de riesgo cardiovascular, como era el caso de la esposa del reclamante.

5. Sin embargo, aun admitiendo la existencia de una infracción a la *lex artis*, no debe olvidarse la influencia, en la producción del luctuoso resultado, de los antecedentes personales de la paciente, obesidad mórbida e hipertensión, es decir, lo que se conoce como patología previa e idiosincrasia del paciente.

La idiosincrasia o situación previa del paciente, especialmente su patología previa, es siempre una concausa a estimar, que puede incluso ser la única relevante y exonerar de responsabilidad a la Administración sanitaria, o servir para moderar el quantum de la indemnización. Así lo hemos mantenido en buen número de dictámenes (entre otros, D. 15/15, D.33/15 y D. 47/15).

En el caso ahora sometido a dictamen, la concurrencia de esa concausa no excluye totalmente la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, pero sí ha de producir el segundo de los efectos indicados, el de moderar el *quantum* indemnizatorio.

6. Teniendo en cuenta que, según estudios científicos, la obesidad mórbida puede acortar la esperanza de vida en hasta 14 años y la concurrencia de la otra patología, la hipertensión, este Consejo valora el daño a resarcir en 150.000 euros, cantidad global para el viudo y las dos hijas de la finada.

CONCLUSION

Primera

Procede estimar parcialmente la reclamación planteada, al concurrir el criterio positivo de imputación de responsabilidad consistente en la mala praxis que supuso no realizar a la paciente un ECG en el Servicio de Urgencias del Hospital de Calahorra.

Segunda

La indemnización procedente es de 150.000 euros, que será abonada con cargo a la partida que corresponda de los presupuestos generales de la Comunidad Autónoma.

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