



Sra. Salgueiro Cortiñas, Presidenta

Sr. Estella Hoyos, Consejero y
Ponente

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Besteiro Rivas, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Valladolid el día 22 de abril de 2004, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial presentada por D. xxxxx xxxxx xxxxx*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 31 de marzo de 2004 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial presentada a instancia de D. xxxxx xxxxx xxxxx como consecuencia de los daños y perjuicios producidos por la asistencia sanitaria prestada a su padre, fallecido, D. ccccccccccccc*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 2 de abril de 2004, se procedió a darle entrada en el Registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 185/2004, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por la Sra. Presidenta del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Estella Hoyos.

Primero.- Con fecha 19 de noviembre de 200x, D. xxxxx xxxxx xxxxx presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial en las Áreas de xxxxx y xxxx en la que solicita el resarcimiento de los daños y perjuicios producidos con motivo de un error de diagnóstico en la asistencia sanitaria prestada a su padre, D. ccccccccc, en el Servicio de Urgencias del Hospital hhhhhhhh.



Segundo.- D. cccccccc, nacido el 1 de marzo de 19cc, acude el día 5 de julio de 200c al Centro de Salud desde donde es remitido al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhhhhh por un cuadro de dolor intenso interescapular irradiado a zona esternal, no acompañado de signos vegetativos, tos, ni fiebre, aumentando ligeramente con la respiración.

En el volante de derivación se señalan como antecedentes del paciente ser ex fumador desde hacía 25 años, no padecer hipertensión arterial ni alergias y el haber sido intervenido por ulcus duodenal y de próstata. Se señala, además, que la tensión arterial es de 140/80, que no presenta dolor a la presión ni a la movilización, que los ruidos cardiacos son rítmicos (60 latidos por minuto) sin que se ausculten soplos, que la auscultación pulmonar y la exploración abdominal son normales y que en el electrocardiograma realizado a las 12:00 horas es informado como ECG en el límite con cambios de onda T en plano anterolateral de significación dudosa.

El paciente es visto en el Servicio de Urgencias a las 15:30 horas del mismo día. En este Servicio se recogen antecedentes personales entre los que se señalan la inexistencia de antecedentes médicos cardiacos, diabetes mellitus, hipertensión arterial y displemias conocidas.

Como motivo de consulta se constata la existencia de un cuadro de opresión centrotorácica continua de 12 horas de evolución que aumenta con la inspiración profunda. No presenta disnea ni síntomas vegetativos, tampoco tos, expectoración o fiebre.

En la exploración física se aprecia un paciente con buen estado general, eupneico en reposo, sin ingurgitación yugular, con auscultación cardiaca rítmica sin soplos, a 60 latidos por minuto. En la auscultación pulmonar se escucha el murmullo vesicular; el abdomen es blando y depresible, no doloroso, y no se aprecian masas ni megalias; finalmente, los pulsos pedios son positivos.

Se realizan como pruebas complementarias un estudio ECG en el que se observa ritmo sinusal a 60 latidos por minuto, espacio PR normal, QRS a 15° sin alteraciones de repolarización y sin que se aprecien cambios con respecto al ECG realizado en su centro de salud.

También se realiza un estudio analítico, del que se destacan unos resultados de hemoglobina de 15,4 con hematocrito de 46,3%, 5.800 leucocitos con fórmula normal, 222.000 plaquetas, glucosa 96, urea 42, creatinina 1,1, Na



137, K 6.09, CI 110, CK (CPK) 173, GPT 23 y LD-P (LDH) 1019. Finalmente, se le realiza un estudio de radiología simple de tórax en el que no se aprecian alteraciones significativas.

La impresión diagnóstica a la que se llega es la de dolor torácico de características osteomusculares que no impresiona de síndrome coronario agudo a la vista de su clínica, ECG y resultado analítico; se le prescribe como tratamiento analgésicos si presentase dolor y control por su médico general.

Al día siguiente (6 de julio), a las 22:27 horas, el paciente acude de nuevo al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhhhhh por presentar desde hacía unas dos horas un dolor centrotorácico irradiado a la espalda y miembro superior izquierdo. El paciente llega a Urgencias afectado por el dolor y sudoroso. Al interrogarle por el inicio del cuadro, señala que lleva así desde ayer y que su hija había ido ese día a su domicilio encontrándolo afectado por el dolor y sudoración, motivo por el que lo llevan a Urgencias.

Realizado un nuevo estudio de ECG, se aprecia en el mismo un IAM agudo de cara inferior. Asimismo, se realizan estudios analíticos que incluyen marcadores cardiacos con elevación de la CK 527, CK-MB 85 y Troponina (cTnI) 12,47.

El paciente es ingresado en la Unidad de Coronarias donde se le realiza un estudio de ecocardiograma en el que se observa un ventrículo izquierdo hiperdinámico con acinesia inferior, ventrículo derecho dilatado con disfunción contráctil severa, y comunicación interventricular a nivel de septo inferior medial. También se le realiza un estudio de hemodinámica en el que se aprecia una coronaria derecha con obstrucción del 100% con descendente anterior y circunfleja sin alteraciones. El diagnóstico al que se llega es el de infarto de miocardio inferoposterior y ventrículo derecho complicado con comunicación interventricular. El tratamiento que se le aplica es de balón intraórtico de contrapulsación, dopamina y furosemida, siendo solicitado el traslado urgente a un centro con cirugía cardiaca con un código de preferencia de 0.

El paciente es trasladado al Hospital zzzzzzzz de xxxxxx, donde ingresa el día 7 de julio de 200x, y es intervenido el mismo día con carácter de urgencia, realizándose cierre de la comunicación interventricular postinfarto con parche de Teflón.



En el postoperatorio inmediato presenta un cuadro de disfunción ventricular severo del que no se recupera a pesar de repetidas entradas en circulación extracorpórea, drogas inotropas y asistencia con balón de contrapulsación ocasionando finalmente el fallecimiento del enfermo.

Tercero.- Al expediente se ha incorporado la historia clínica del paciente del Hospital hhhhhh, así como informes de unidades médicas y profesionales que a continuación se detallan:

-1º.- Informe del Dr. mmmmmmm, Coordinador del Servicio de Urgencias, de 11 de diciembre de 200x, en el que se consigna:

“(…) Con respecto a las actuaciones de los médicos adjuntos del Servicio de Urgencias, considero que han sido correctas, actuando en ambas circunstancias con profesionalidad, basándose en los datos clínicos y pruebas complementarias adecuadas en cada intervención, emitiendo la impresión diagnóstica, terapia adecuada de diagnóstico reseñado y determinación del destino del paciente siempre en consonancia con la impresión clínica y las pruebas realizadas. Con relación a la no realización de interconsulta al Cardiólogo en la primera visita, dicha interconsulta estaría justificada siempre y cuando existiera sospecha de síndrome coronario agudo y/o cualquier otra patología aguda cardiológica”.

-2º.- Informe del Dr. nnnnnn, médico adjunto del Servicio de Urgencias, del que cabe destacar:

“El paciente acudió a Urgencias a las 13,29 horas, presentando un informe del médico de Atención Primaria y electrocardiograma realizado en su Centro de Salud.

»A las 15,30 horas fue atendido, refiriendo nota una opresión centrotorácica continua de 12 horas de evolución que se incrementaba con la inspiración profunda, sin que se acompañara de síntomas vegetativos ni disnea ni tos ni fiebre.

»A la exploración física el paciente mantenía unas constantes adecuadas (tensión arterial 140/80 mm de Hg, 36º C de temperatura), estaba eupneico, con una exploración cardiovascular anodina (corazón rítmico sin soplos a 60 latidos por minuto, sin ingurgitación yugular, con pulsos periféricos preservados), igual que el resto de la exploración.



»A su llegada al Servicio de Urgencias se le practicó nuevo electrocardiograma, que no presentaba cambios respecto al que se realizó en su Centro de Salud (ritmo sinusal a una frecuencia de 60 por minuto, con un espacio PR normal, un eje eléctrico a+15 y sin alteraciones significativas en los espacios ST y ondas T).

»En los estudios radiológicos (radiografía de tórax) y analíticos (hemograma y bioquímica sérica) tampoco se hallaron alteraciones, incluyendo los niveles de creatinfosfoquinasa (CK) que fueron rigurosamente normales (173 UI/L), por lo que no se realizaron a nivel de laboratorio los niveles de la fracción CK-MB de dicho enzima, que obviamente deben ser normales.

»En base a la anamnesis realizada y a las pruebas complementarias empleadas para descartar un infarto agudo de miocardio establecido (electrocardiograma y enzimas séricas) se le dio el alta al paciente a las 16,35 horas con el diagnóstico de dolor torácico de características osteomusculares, prescribiéndosele analgésicos”.

-3º.- Informe de la Inspección Médica, de 27 de mayo de 200x, en el que se expone:

“En la presente reclamación se plantea un anormal e incorrecto funcionamiento de la Administración Pública Sanitaria que ha generado un error de diagnóstico en la asistencia prestada por el Servicio de Urgencias del Hospital hhhhhh. Error consistente en no haber diagnosticado la primera vez que el paciente acude a este Servicio de Urgencias con un dolor torácico un infarto de miocardio, error que en este escrito parece atribuirse a no ver realizada una interconsulta con cardiología, no haberse ingresado para observación ni haberse realizado pruebas de analítica específica de enzimas cardíacas, remitiendo al paciente a su domicilio con el diagnóstico de dolor torácico de carácter muscular.

»El dolor torácico agudo constituye uno de los motivos más frecuentes de consulta en los Servicios de Urgencias, estimándose en el 5-7% de la demanda asistencial. Se define como toda sensación álgida localizada en la zona comprendida entre el diafragma y el cuello de instauración reciente, requiriendo un diagnóstico precoz ante la posibilidad que se derive un tratamiento médico-quirúrgico urgente. Su diagnóstico entraña una dificultad, ya que muchas estructuras torácicas generan dolor en la misma localización, en



la misma zona y con una clínica similar se localizan, tanto patologías banales, como potencialmente graves no existiendo siempre una buena correlación entre intensidad de dolor y la gravedad de la patología causante, pudiendo coexistir más de una causa potencialmente responsable del dolor torácico. El objetivo principal de la valoración del Servicio de Urgencias en el dolor torácico es el despistaje precoz de las causas del mismo que pudieran poner en peligro la vida del paciente, para lo cual se cuenta con dos herramientas básicas: la historia clínica y las exploraciones complementarias. Los pasos a seguir en esta valoración van a consistir en: análisis del estado hemodinámico del paciente, diagnóstico sindrómico, diagnóstico etiológico o en su defecto descartar patologías urgentes, tratamiento urgente y decidir el destino del paciente. En el presente caso se está ante un paciente sin antecedentes cardiacos ni de factores de riesgo cardiovasculares que acude a urgencias con un cuadro de dolor torácico de 12 horas de evolución, dolor que no se acompaña de síntomas neurovegetativos y que no produce afectación de su estado hemodinámico. A este paciente se le realiza anamnesis en la que se comprueban antecedentes médicos y se califica el dolor presentado, se practica exploración clínica y se solicitan exploraciones complementarias consistentes en estudio de ECG, radiología de tórax y estudios analíticos en los que se incluyeron marcadores cardiacos serológicos inespecíficos. Se valoran los resultados obtenidos y se llega a una clasificación sindrómica en la cual la impresión diagnóstica no es de síndrome coronario, cuyo diagnóstico diferencial expresamente se realiza, si no de dolor torácico, de características ostemomusculares.

»Por tanto el procedimiento asistencial llevado a cabo el día 5/7/2002 por el Servicio de Urgencias del Hospital hhhhhh en la atención del dolor torácico presentado por D. cccccc se considera ajustado a una práctica médica correcta; en este proceso se descarta una patología urgente tras la realización de la historia clínica, exploración clínica y pruebas complementarias, se llega a una etiquetación sindrómica del dolor torácico y ante su supuesta banalidad se decide el alta domiciliaria. En este proceso no procede la interconsulta con cardiología, la observación o la solicitud de estudios enzimáticos cardiacos específicos puesto que con las características clínicas, que presentaba tanto el dolor como el estado cardio-circulatorio del paciente, junto con resultados de ECG y serología cardiaca inespecífica no se establece ninguna sospecha de síndrome coronario que fuese preciso confirmar.

»Uno de los diagnósticos que puede debutar con un dolor torácico agudo es el infarto agudo de miocardio (IAM). (...) El dolor es la manifestación clínica más común del IAM, es un dolor profundo y visceral,



descrito habitualmente como una losa de compresión y de aplastamiento, sus localizaciones típicas son la porción central del tórax, el epigastrio o ambos, pudiendo irradiarse a brazos y menos frecuentemente a abdomen, espalda, mandíbula o cuello; este dolor se suele acompañar de síntomas neurovegetativos: sudación, náuseas y vómitos. La exploración física que se realice debe orientarse a la evaluación de la situación clínica cardio-circulatoria del paciente. El ECG es una prueba complementaria fundamental en el diagnóstico del IAM junto con la clínica y las determinaciones enzimáticas; permitiendo, además, analizar la evolución de la lesión, localizarla y tener una idea aproximada de su extensión.

»(...) En el presente caso se está ante un paciente sin antecedentes de enfermedad coronaria previa en el que tampoco se presentan factores de riesgo modificable de arteriosclerosis, que acude por primera vez al Servicio de Urgencias por un dolor torácico de 12 horas de evolución, de localización centrotorácica que se caracteriza por ser opresivo, continuo y que aumenta con la inspiración profunda; sin que se acompañe de síntomas vegetativos ni de otro tipo. Paciente al que se le había realizado en el Centro de Salud un estudio de ECG a las horas del día 5/7/2002 informado como cambios en onda T en plano anterolateral de significación dudosa interpretando el ECG como en el límite de la normalidad. ECG que se repite hora y media más tarde en el Servicio de Urgencias del Hospital hhhhhh sin que presente variaciones sobre el realizado en el Centro de Salud. Servicio en el que se realizan estudios enzimáticos en los que se obtienen cifras normales de CPK y transaminasas (GOT) y cifras elevadas de LDH. Estas determinaciones, como ya se apuntó antes, son sensibles a la lesión del corazón pero no específicas del mismo, pudiendo aumentar por múltiples causas. Por tanto, en el momento en que el paciente acude por primera vez al Servicio de Urgencias del Hospital hhhh lo hace por un dolor torácico con algunas características típicas coronarias como su carácter opresivo y otras que no lo son como ausencia de síntomas vegetativos y aumento de su intensidad con la respiración profunda, característica esta última que lo relacionaría más con un origen osteomuscular. Dolor que asienta en un paciente sin antecedentes coronarios ni factores de riesgo modificables conocidos del mismo y en el que dos ECG realizados en el intervalo de una hora y media no muestran alteraciones sugestivas de infarto de miocardio y en el que los estudios enzimáticos tampoco orientan hacia una etiología cardíaca; piénsese que sólo se eleva la LDH que es la enzima que en el IAM más tarde se eleva, por lo que es útil en diagnóstico del infarto de miocardio tardío y no del infarto de miocardio precoz. Por otra parte, se debe tener en cuenta que son enzimas inespecíficas y que en el presente caso se



están utilizando como despistaje en la orientación sindrómica del dolor torácico que presentaba el paciente que se acompaña de ECG no sugestivo de IAM, dolor torácico no típico coronario, exploración clínica normal y falta de antecedentes coronarios y de factores de riesgo. Por tanto, si bien en esta primera consulta con el Servicio de Urgencias es muy probable que se esté produciendo un error diagnóstico, habida cuenta que en la segunda consulta producida unas 33 horas más tarde el enfermo presenta un IAM evolucionado, dicho error se produce al no presentar el dolor torácico características clínicas, electrocardiográficas ni enzimáticas que sugiriesen un encuadramiento sindrómico como coronario y no porque se realizasen actuaciones médicas alejadas de la *lex artis*. En situación totalmente distinta se está la segunda vez que se acude al Servicio de Urgencias, aquí el dolor torácico es típico coronario acompañándose de síntomas vegetativos y afectando al paciente, resultando el ECG es diagnóstico de IAM por lo que la sospecha diagnóstica que debe realizar con carácter inmediato es la de síndrome y confirmar la misma ya con marcadores específicos (encontrándose también elevada la CPK) y adoptar las medidas terapéuticas necesarias”.

-4º.- Informe de los doctores ssssss e qqqqqqqq, a solicitud de la Compañía aaaaaaa, de 1 de julio de 200x, en el que manifiestan:

“(…) En el caso que nos ocupa el paciente consulta por un cuadro de dolor centrotorácico opresivo sin otra clínica acompañante. La duración del dolor (12 horas), la ausencia de irradiación típica y de cortejo vegetativo, la relación con los movimientos respiratorios, la ausencia de antecedentes de dolores similares, la existencia de alteraciones no diagnosticadas en el ECG (onda Q únicamente en III, mínimo descenso del ST<1 milímetro en la cara lateral) que además no se modifican con el transcurso del tiempo, la normalidad de la CPK (en el momento evolutivo del dolor de mayor sensibilidad de la prueba), así como la ausencia de factores de riesgo cardiovascular salvo la edad, encuadraban al paciente dentro de un grupo de bajo riesgo para cardiopatía isquémica. Se realizó además radiografía de tórax para descartar otras entidades (...).

»Para el estudio de la sintomatología que presentaba el paciente se realizaron, además de una historia clínica y exploración física, todas las pruebas diagnósticas establecidas en las guías de manejo de dicha patología.



»La presencia de datos atípicos en el dolor, la duración tan prolongada del mismo, la ausencia de alteraciones específicas en el electrocardiograma (que además no presentó cambios entre el realizado en el Centro de Salud y el realizado en el Hospital hhhhh), así como la normalidad de la CPK (12 horas después del inicio del cuadro), hacían muy improbable el origen isquémico del cuadro.

»No se puede afirmar con seguridad la relación entre ambos episodios de dolor torácico.

»El paciente presenta una complicación del IAM como es la rotura del septo ventricular que se diagnostica y trata de forma adecuada, pese a lo cual el paciente fallece”.

Cuarto.- El día 11 de septiembre de 200x, concluida la instrucción del expediente, se da audiencia del mismo al interesado, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 11 del Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, a efectos de que formule las alegaciones y presente los documentos y justificaciones que estime oportunos, o, de no haberlo hecho con anterioridad, pueda proponer la terminación convencional del procedimiento, fijando los términos definitivos del acuerdo indemnizatorio que estaría dispuesto a suscribir con esta Administración Pública.

Con fecha 29 de septiembre de 200x, el interesado presenta alegaciones en las que manifiesta:

“(…) En el presente supuesto efectivamente concurrían factores clínicos y analíticos claros o al menos sospechosos que debieron ser valorados por el médico adjunto del Servicio de Urgencias en el primer ingreso, ya que se trataba de una persona de riesgo por sexo y edad además de presentar la manifestación típica de dolor de localización central del tórax. También concurría claramente el aspecto analítico ya que, tal como consta en el folio 42, la analítica inespecífica realizada en ese primer ingreso demostró marcadores cardíacos elevados así la encima cardíaca LDH, prácticamente al doble del límite sin que, pese a ello, se solicitara analítica específica ni interconsulta con especialista en cardiología a fin de poder descartar de forma clara un diagnóstico de infarto.



»(...) Pese a la existencia de marcadores cardiacos indiciarios y sintomatología, si no típica, perfectamente encuadrable en un IAM, no se practicó una analítica específica de enzimas cardiacas, no se determinaron los niveles de mioglobina, tampoco se solicitó interconsulta y valoración por un cardiólogo, ni se decidió su ingreso para observación (...).

»Todo ello supone una pérdida de oportunidad para el fallecido, ya que un diagnóstico a tiempo hubiera determinado la posibilidad de tratamiento adecuado a la *lex artis* y Protocolos de la Sociedad española de Cardiología practicándose una fibrinólisis o angioplastia, lo que desgraciadamente no se hizo.

»(...) En el presente supuesto existe una clara infracción de dicha *lex artis* en el sentido de no utilización de todos los medios por parte del personal sanitario del Servicio de Urgencias el día 5 de julio de 200x, siendo contrario incluso al sentido común expedir el alta a un paciente sin remisión de las dolencias que motivaron el ingreso.

»Dicha *lex artis* hubiera aconsejado agotar las posibilidades de realización de pruebas médicas o incluso optar por un ingreso en estudio del paciente hasta descartar el diagnóstico de lesión cardiaca del paciente, cuando insistimos se está ante marcadores al menos sospechosos que no debieron ser obviados por el personal sanitario, máxime cuando precisamente el IAM es secundario a una isquemia de larga duración, reflejando un componente de isquemia la presencia de alteraciones de la onda T según ECG realizado en el Centro de Salud, varón de 70 años, como factores de riesgo con presencia de dolor típico opresivo interescapular y niveles elevadísimos de la encima LDH y elevados de la GOT".

Quinto.- Con fecha 3 de marzo de 2004, la Dirección General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud formula una propuesta de orden desestimando la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta.

Sexto.- El 9 de marzo de 2004 la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente sobre la propuesta de orden desestimatoria por considerarla ajustada a derecho, de conformidad con el informe emitido por la Inspección Médica en el que se hace constar:



“El procedimiento asistencial llevado a cabo el día 5 de julio de 200x por el Servicio de Urgencias del Hospital hhhhhh (...) se considera ajustado a una práctica médica correcta”.

Esto significa que la Administración sanitaria ha actuado con arreglo a las reglas de la *lex artis ad hoc*, excluyéndose por ello la responsabilidad de dicha Administración.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

1ª.- El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente, con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.h), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Segunda emitir el dictamen de acuerdo con lo establecido en el punto 4º, regla B), apartado f), del Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno, por el que se determina el número, orden, composición y competencias de las Secciones.

2ª.- El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

3ª.- Concurren en el interesado los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la referida Ley 30/1992, de 26 de noviembre. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

4ª.- El artículo 106.2 de la Constitución establece 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”.

La referencia constitucional a la Ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo (entre otras, sentencias de 1 de marzo, 21 de abril y 29 de octubre de 1998; 28 de enero de 1999; 1 y 25 de octubre de 1999), así como la doctrina del Consejo de Estado (Dictámenes de 27 de marzo de 2003, expte. nº 183/2003; 6 de febrero de 2003, expte. nº 3583/2002; y 9 de enero de 2003, expte. nº 3251/2002), la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

- a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.
- b) El carácter antijurídico del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la Ley.
- c) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o la actividad en cuyo ámbito se produce el daño.
- d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.
- e) Ausencia de fuerza mayor.
- f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.



En las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites razonables), sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, con independencia del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente.

El interesado ha ejercitado su derecho en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. En efecto, consta que lo hizo con fecha 19 de noviembre de 200x y el hecho causante tuvo lugar el 7 de julio de 200x.

5ª.- A la vista de éste y otros casos similares, resulta necesario fijar un parámetro que permita determinar el grado de corrección de la actividad administrativa a la que se imputa el daño. Este criterio básico o *lex artis ad hoc* se basa en que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es la de prestar la debida asistencia médica y no la de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida. Así lo ha manifestado el Tribunal Supremo, en la Sentencia de 26 de mayo de 1986, que marcó el comienzo de considerar generalizada la obligación de medios al establecer: "La naturaleza jurídica de la obligación contractual del médico no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo (obligación de resultado), sino una `obligación de medios`, es decir, se obliga no a curar al enfermo, sino a suministrarle los cuidados que requiere según el estado actual de la ciencia médica".

En igual sentido se ha pronunciado el mismo Tribunal en otras Sentencias, tales como la de 9 de marzo de 1998, 9 de diciembre de 1998, 9 de mayo de 1999 y 4 de abril de 2000.

Esta última Sentencia (4 de abril de 2000) señala: "El criterio fundamental para determinar si concurre responsabilidad patrimonial en materia de asistencia sanitaria es el de la adecuación objetiva del servicio prestado, independientemente de que existan o no conductas irregulares por



parte de los agentes de la Administración y del buen o mal éxito de los actos terapéuticos, cuyo buen fin no siempre puede quedar asegurado”.

En sentido similar al hasta aquí expuesto, la Sentencia del Tribunal Supremo de 14 de octubre de 2002, en su fundamento de derecho séptimo, señala que “aunque en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria tiene una importancia secundaria si la actuación del servicio médico ha sido correcta o incorrecta, lo cierto es que tal apreciación permite, en primer lugar, determinar con alto grado de certeza la relación de causalidad y, en segundo lugar, concluir si el perjuicio sufrido por el paciente es o no antijurídico, es decir, si éste tiene o no el deber jurídico de soportarlo, ya que, según la jurisprudencia tradicional, ahora recogida por el precepto contenido en el artículo 141.1 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, redactado por Ley 4/1999, no son 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 existente en el momento de producción de aquéllos.

»En nuestra Sentencia de 22 de diciembre de 2001 (recurso de casación 8406/97) declaramos que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto.

»La jurisprudencia (Sentencias de 25 de enero de 1997, 21 de noviembre de 1998, 13 de marzo, 24 de mayo y 30 de octubre de 1999) ha precisado que lo relevante en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas no es el proceder antijurídico de la Administración,



dado que tanto responde en supuestos de funcionamiento normal como anormal, sino la antijuridicidad del resultado o lesión.

»La antijuridicidad de la lesión no concurre cuando el daño no se hubiese podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de la producción de aquél, incluyendo así nuestro ordenamiento jurídico como causa de justificación los denominados riesgos del progreso”.

Por ello, de acuerdo con la línea jurisprudencial consolidada por el Tribunal Supremo y acuñada por la doctrina del Consejo de Estado, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, que supondría llevar la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis ad hoc* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así pues, solo en el caso de que se produzca una infracción de dicha *lex artis ad hoc*, respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el perjudicado.

En el caso que nos ocupa, es necesario valorar si la asistencia prestada a D. cccccc resulta ajustada a las exigencias de la *lex artis*, ya que el reclamante alega la falta de realización de ciertas pruebas diagnósticas como causa de incumplimiento de la misma y motivo, por lo tanto, de su pretensión indemnizatoria.

Tal y como consta reflejado en los antecedentes de hecho de este dictamen, D. ccccc es remitido, el día 5 de julio de 200x, desde Atención Primaria al Servicio de Urgencias del Hospital hhhhh, por un cuadro de dolor intenso interescapular irradiado a zona esternal, no acompañado de signos vegetativos, tos, ni fiebre, aumentando ligeramente con la respiración.

El paciente es reconocido en el Servicio de Urgencias a las 15:30 horas del mismo día, recogiéndose entre sus antecedentes personales la inexistencia de antecedentes médicos cardiacos, diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipemias conocidas.



Se le practica una exploración física en la que se aprecia un paciente con buen estado general, eupneico en reposo, sin ingurgitación yugular, con auscultación cardiaca rítmica sin soplos, a 60 latidos por minuto. En la auscultación pulmonar se escucha el murmullo vesicular; el abdomen es blando y depresible, no doloroso, y no se aprecian masas ni megalias; los pulsos pedios son positivos.

Igualmente se le practica como prueba complementaria un encefalograma en el que se observa ritmo sinusal a 60 latidos por minuto, espacio PR normal, QRS a 15° sin alteraciones de la repolarización y sin que se aprecien cambios con respecto al ECG que previamente se le había practicado en el centro de salud desde el que es derivado.

También se le realiza un estudio analítico en que destacan unos resultados de hemoglobina de 15,4 con hemocrito de 46,3%, 5.800 leucocitos con fórmula normal, 222.000 plaquetas, glucosa 96, urea 42, creatinina 1,1, Na 137, K 6.09, CI 110, CK (CPK) 173, GOT 37, GPT 23 y LD-P (LDH) 1019.

Finalmente, se le practica un estudio de radiología simple de tórax en la que no se aprecian alteraciones significativas.

Del análisis conjunto de todas las pruebas practicadas se llega a la conclusión de que la dolencia del paciente se identifica con un dolor torácico de características osteomusculares que no impresiona de síndrome coronario agudo a la vista de su clínica, ECG y resultado analítico. Se le prescribe como tratamiento analgésicos, si presentase dolor, y control por su médico general.

A la vista de lo actuado cabe concluir que las actuaciones practicadas por los facultativos del Servicio de Urgencias responden a las exigencias de la *lex artis*, ya que en los resultados de las pruebas que le se practicaron al paciente no se apreciaban indicios que pudieran apuntar a la existencia de algún cuadro de dolencia cardiaca.

Si bien es cierto que en el electrocardiograma realizado inicialmente en el centro de salud se observó un aplanamiento de las ondas T (lo que motivó el traslado del paciente al Hospital hhhhhhhh), en el segundo que se le practicó dio un resultado similar al primero.

Además, la CPK en ese momento estaba dentro de los parámetros normales, por lo que resultaba muy improbable el origen isquémico del cuadro.



Del resto de las pruebas practicadas, merece la pena destacar las cifras elevadas de LDH. Sin embargo, ninguno de los dos indicadores, según se señala en los diversos informes que obran en el expediente, son por sí solos suficientemente significativos de la dolencia cardíaca.

Es necesario tener en cuenta que si un dolor con 12 horas de evolución, según declaraciones del paciente, fuera propio de un infarto de miocardio u otra dolencia cardíaca, los indicadores que hubieran resultado de las pruebas practicadas tendrían que haber sido suficientemente reveladores del carácter cardíaco de dicha dolencia, circunstancia que, como ya ha quedado expuesto, no se produjo.

Sin embargo, la segunda vez que el paciente acude al Servicio de Urgencias, la situación fue completamente distinta, ya que entonces el dolor torácico que padecía era típico coronario, acompañándose de síntomas vegetativos y afectando al paciente, resultando que el ECG es diagnóstico de IAM, por lo que la prueba diagnóstica que debe realizarse, como así se hizo, es la del síndrome, confirmándose la misma con marcadores cardíacos específicos, los cuales dieron como resultado una elevación suficientemente significativa de la CPK, además de adoptar las medidas terapéuticas necesarias.

Parece, por lo tanto, que del resultado conjunto de las actuaciones efectuadas la primera vez que acude al Servicio de Urgencias, no se obtienen datos que pudieran llevar a la conclusión de estar en presencia de alguna dolencia cardíaca, a pesar de practicarse pruebas dirigidas a detectar su posible existencia.

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto, no puede concluirse que la asistencia recibida por el paciente constituyese un supuesto de infracción de la *lex artis ad hoc*, sino que, por el contrario, las actuaciones sanitarias llevadas a cabo fueron correctas.

6ª.- No obstante, surge la duda de que pudiéramos estar en presencia de un error de diagnóstico, tal y como se apunta en el informe emitido por el Coordinador de Áreas de Inspección, habida cuenta de que en la segunda consulta producida unas 33 horas más tarde el enfermo presenta un IAM evolucionado.

Dicho error se produce al no presentar el dolor torácico características clínicas, electrocardiográficas ni enzimáticas que sugiriesen un encuadramiento



sindrómico como coronario, y no porque se realizasen actuaciones médicas alejadas de la *lex artis ad hoc*.

En este sentido cabe decir, tal y como ha señalado el Consejo de Estado en diversos dictámenes, entre ellos el Dictamen nº 82/2002, de 21 de febrero, que “para que el error de diagnóstico pueda tener entidad a los ojos del Derecho -y no sólo en el ámbito jurídico penal, sino también en el de la responsabilidad patrimonial- es necesario atender a su entidad y, en este sentido, el error de diagnóstico excusable, es decir, aquel que en atención a las circunstancias del caso concreto hubiera podido cometer cualquier otro facultativo en la misma situación que el interviniente, no puede generar responsabilidad alguna, sobre todo si se atiende a que la obligación de los profesionales sanitarios y del servicio sanitario en general es una obligación de medios y no de resultados”.

El mismo Órgano Consultivo manifiesta en su Dictamen nº 78/2002, de 14 de febrero, que “el paciente no puede exigir (ni la medicina ofrecer) un resultado. A lo que el paciente tiene derecho es a que se le preste una atención sanitaria -también en fase de diagnóstico- adecuada a la *lex artis ad hoc*, en función de las circunstancias concurrentes y conocimientos científicos del momento. Quiere con ello decirse que incluso en aquellos supuestos en los que pudiera producirse un error de diagnóstico, de tal circunstancia no cabe derivar automáticamente responsabilidad patrimonial de la Administración, toda vez que pueden producirse situaciones en las que la evolución silente de la dolencia, u otras circunstancias, hayan impedido acertar con el diagnóstico, a pesar de la correcta actuación seguida a tal fin por los servicios sanitarios”.

De todo ello se desprende que, aun en la hipótesis de que se admitiera (que no se ha probado) que el día 5 de julio de 2002 el paciente ya sufría la dolencia diagnosticada al día siguiente, lo cierto es que la existencia de síntomas o datos que hicieran sospechar dicha dolencia (a pesar de las numerosas pruebas practicadas) impidieron -en la hipótesis de que ya existiera la enfermedad- su detección, lo que en modo alguno es imputable a una actuación negligente de la Administración, sino que es el resultado de la forma en que lamentablemente en ocasiones se presentan las enfermedades.



III CONCLUSIONES

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial por la reclamación presentada a instancia de D. xxxxx xxxxx xxxxx como consecuencia de los daños y perjuicios producidos por la asistencia sanitaria prestada a su padre, fallecido, D. cccccccccc.

No obstante, V.E. resolverá lo que estime más acertado.