Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 513/2020

(Sección 1.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 3 de diciembre de 2020.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 453/2020 IDS)*[*].

FUNDAMENTOS

I

1. El presente Dictamen tiene por objeto examinar la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución formulada por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, como consecuencia de la presentación de una reclamación en materia de responsabilidad patrimonial extracontractual derivada del funcionamiento del servicio público sanitario. La solicitud de dictamen, de 26 de octubre de 2020, ha tenido entrada en este Consejo Consultivo el 28 de octubre de 2020.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva dada la cuantía reclamada (por ser superior a 6.000 €), de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP). Está legitimado para solicitarlo el Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 LCCC.

3. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1, apartado n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

---

[*] **Ponente: Sr. Suay Rincón.**

No obstante, en virtud de la Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC, n.º 4, de 8 de enero de 2015) de la Dirección del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud. De esta manera, la resolución que ponga fin a este procedimiento debe ser propuesta por la Secretaria General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con los arts. 10.3 y 16.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

4. Se cumple el requisito de legitimación activa de la interesada, pues los daños presuntamente sufridos por el funcionamiento del servicio público sanitario se entienden irrogados en su persona [art. 4.1.a) LPACAP].

5. En cuanto a la legitimación pasiva corresponde a la Administración autonómica, al ser titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño, actuando a través del Servicio Canario de la Salud (SCS).

6. Se cumple el requisito de no extemporaneidad, ya que la acción se ha ejercitado por la interesada en el plazo de un año legalmente previsto en el art. 67 LPACAP, pues la reclamación se presentó el 25 de julio de 2019 respecto de un daño cuyo alcance quedó determinado dentro del año inmediatamente anterior (el 15 de febrero de 2019 se produce el alta del proceso asistencial objeto de la reclamación).

II

La reclamante promueve la incoación de un procedimiento de responsabilidad patrimonial para el reconocimiento del derecho a una indemnización por los daños y perjuicios causados, presuntamente, por el funcionamiento del Servicio Canario de la Salud (SCS), con ocasión de la asistencia sanitaria que le fue prestada. Fundamenta la interesada su reclamación en los siguientes hechos:

- Que a las 19:00 h del 29 de enero de 2018, acude al Servicio de Urgencias del Centro de Tejina por presentar fuerte dolor en manos y brazos.

Es atendida a las 21:16 h por facultativo sustituto, a quien le expone el motivo de su consulta (dolor intenso en manos y brazos que le impiden respirar con normalidad, le cuesta permanecer de pie y pérdida de fuerza en ambos brazos).

- El médico le explica que no podía saberse el motivo de estos dolores, y que lo más apropiado era suministrar calmante y alta médica.

A la exploración se observa dolor, pero no lesión, diagnosticando de «*dolor en brazos*».

En ningún momento se realizó prueba alguna salvo exploración en hombros que consistió en comprobar aspecto externo y movilidad.

- A las 21:18 h se le administra Metamizol vía intramuscular, y dan el alta sin recomendación de acudir de nuevo en caso de continuar con el dolor.

- Como los dolores no remitían, a las 00:00 h acude de nuevo al Centro de Urgencias de Tejina, siendo atendido a la 1:07 h por el mismo médico.

Tras realizar electrocardiograma y toma de tensión, se declara nivel II (Emergencia) con diagnóstico de Infarto, activando el código Infarto, y se remite al Hospital Universitario de Canarias (HUC) en ambulancia medicalizada, ingresando en UVI de la Unidad de Coronarias en estado grave.

El diagnóstico: Infarto agudo de miocardio (IAM) y enfermedad arterial coronaria de dos vasos. Es intervenida de urgencia el día 30 de enero de 2018, con alta médica en febrero de 2019.

El objeto de la reclamación se concreta en la mala praxis durante la primera asistencia sanitaria en el Centro de Salud de Tejina, pues el médico no detectó la situación de emergencia de la paciente por no practicar pruebas médicas que alcanzaran el diagnóstico, y limitarse a administrar un calmante no adecuado para insuficiencia cardíaca

Por todo lo expuesto solicita una indemnización que cuantifica en 96.980 euros.

III

En cuanto a la tramitación del procedimiento, si bien no se ha incurrido en irregularidades formales que obsten a un dictamen de fondo, se ha sobrepasado el plazo máximo para resolver, que es de seis meses conforme al art. 91.3 LPACAP. No obstante, aun fuera de plazo, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, la Administración debe resolver expresamente (arts. 21.1 y 6 LPACAP).

Constan practicadas en este procedimiento las siguientes actuaciones:

- El 13 de agosto de 2019 se identifica el procedimiento y se insta a la interesada a que subsane su reclamación, lo que se le notifica el 29 de agosto de 2019, viniendo a aportar escrito de mejora el 11 de septiembre de 2019.

- Por Resolución de 22 de agosto de 2019, de la Directora del Servicio Canario de la Salud, se admite a trámite la reclamación de la interesada, de lo que recibe notificación ésta el 29 de agosto de 2019.

- En fecha 31 de julio de 2020 se emite informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), tras haber recabado la documentación oportuna (Copia de la Historia Clínica de la reclamante obrante en el Hospital Universitario de Canarias, así como en la Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Tenerife, que incluye las asistencias en el Servicio de Urgencias, e Informe del médico que atendió a la paciente el 29 de enero de 2019 en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Tejina).

- El 23 de septiembre de 2020 se dicta acuerdo probatorio en el que se declara la pertinencia de las pruebas propuestas por la interesada y se incorpora la documentación clínica e informes recabados durante la instrucción y el informe del SIP, declarándose concluso este trámite por obrar todas las pruebas documentadas en el expediente. De ello es debidamente notificada la reclamante el 28 de septiembre de 2020.

- El 23 de septiembre de 2020 se acuerda la apertura del trámite de vista y audiencia, de lo que recibe notificación la reclamante el 28 de septiembre de 2020, compareciendo en las dependencias de la Secretaría General del SCS el 6 de octubre de 2020 a fin de recabar copia del expediente, que se le entrega en el acto. Posteriormente, el 13 de octubre de 2020, presenta escrito de alegaciones.

- El 22 de octubre de 2020 se dicta Propuesta de Resolución desestimatoria de la pretensión de la interesada, que no es informada por el Servicio Jurídico al señalar que conforme a lo dispuesto en el art. 20.j) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, aprobado por Decreto 19/1997, de 7 de febrero, sólo procede la petición de informe al Servicio Jurídico en aquellas cuestiones que no hayan sido informadas con anterioridad. En este procedimiento no se recaba el informe de los Servicios Jurídicos, por tratarse de una cuestión resuelta previamente, y que ya ha sido informada por el Servicio Jurídico.

IV

1. Como se ha indicado, la Propuesta de Resolución desestima, correctamente, la pretensión de la reclamante, con fundamento en los informes recabados en la tramitación del procedimiento, en especial, el del SIP.

2. Antes de entrar en el fondo del asunto es conveniente señalar los antecedentes que, según el citado informe, constan en la historia clínica de la interesada, en relación con la asistencia que nos ocupa. En aquél se hace constar:

«1.-La paciente, (...) de 50 años de edad, presenta como antecedentes: ansiedad-depresión, asma bronquial, fumadora, lumbalgias de repetición, en junio de 2017 se emite informe médico de diagnóstico por imagen (RMN) solicitado por omalgia bilateral (dolor en ambos hombros), realizado en (...), este informa de tenosinovitis biccipital bilateral, en ambos hombros, además el derecho artrosis acromioclavicular moderada y en el izquierdo bursitis subacromial (...) y tendinosis del supraespinoso.

2.- La historia clínica de A.P. refiere que la Sra. reclamante acude el día 29 de enero de 2018 de urgencias al Centro de Salud de Tejina, y a las 21:16 horas es valorada, aproximadamente.

El motivo es de dolor en ambos miembros superiores "de inicio esta tarde" No refiere antecedentes de traumatismos, no movimientos bruscos (...).

"A la exploración anotan que no se objetiva lesión en la inspección ni en la exploración física, salvo leve dolor en ambos hombros". Indican Metamizol IM). El médico diagnostica un dolor mecánico.

3.- Acude de nuevo al Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Tejina y a las 00:40 del día 30 de enero de 2018 empiezan a anotarse los resultados de las tomas de ctes. realizadas, es valorada por el mismo médico.

En el informe de urgencias el médico que la asiste anota que acude por "dolor intenso en MMSS, y que se asocia dolor epigástrico que no lo había comentado en su primera visita" horas antes.

En la historia se refieren las constantes que están normales, "la misma exploración física de hace unas horas, sin alteraciones de interés en MMSS que justifique ese dolor. El nuevo dato de dolor epigástrico le lleva a realizar un EKG.

El EKG es compatible con SCACEST cara inferior (SDr. Coronario Agudo con elevación del S-T), IAM sin Q.

El médico activa código de infarto y trata con Adiro y Cafinitrina sublingual. Según todos los informes tras este tratamiento tuvo alivio sintomático, es más cede el dolor y desaparece

la imagen electrocardiográfica de elevación del espacio S-T, hecho comprobado en el hospital posteriormente.

Igual que refiere el médico de urgencias es lo que anota el médico de la ambulancia medicalizada que la transporta al hospital: "que acudió con dolor inespecífico en ambos hombros a las 21:00 horas y que vuelve a las 00:30 horas con epigastralgia fija a punta de dedo" (...)

El médico que acude en la ambulancia añade cloruro mórfico (dolor) y Plavix (antiagregante plaquetario) en PC (perfusión continua en una vía venosa periférica) (...)

4.- Por tanto, la paciente es remitida urgente al Servicio de Urgencias del HUC, llega sin dolor torácico, sin clínica.

A su llegada la paciente refiere que empezó con opresión en epigastrio que irradiaba a ambos MMSS (miembros superiores), sin cortejo vegetativo. Esto es lo que refiere en el hospital, y que le empezó desde las 18 horas y sin cortejo vegetativo, y que llegó al Centro de Salud de Tejina a las 19:30, la primera vez.

Acude sin dolor torácico, ctes dentro normalidad, la ACP normal, así como el resto de la exploración.

Tras contactar el médico del Servicio de Urgencias de Tejina se solicita activar el código de infarto.

En el hospital se decide que como se había aliviado la clínica con la Nitroglicerina no activación del mismo, y se valora a la paciente en Urgencias del mismo.

El EKG realizado en hospital afirma corrección de la elevación S-T signo de infarto en cara inferior, y ello es debido al tratamiento recibido en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud.

El juicio diagnóstico es de SCACEST inferior transitorio, ingresa en UCIC. Tras EKG, analíticas etc (...) se pauta cateterismo.

Realiza cateterismo en la mañana del día 30 de enero de 2018, se descubre causa del infarto, la señora presentaba enfermedad coronaria de dos vasos (coronaria derecha media y circunfleja media) y trastorno segmentario de la contractilidad.

Se colocan Stent farmacoactivos en las dos zonas afectadas, durante el cateterismo. Buena respuesta.

Buena evolución clínica. El día 31 de enero comienza la movilización. Pendiente prueba de esfuerzo para alta.

Previo al alta el día 1 de febrero de 2018, se decide realizar prueba de esfuerzo de cara a evaluar enfermedad moderada en la descendente anterior resultando la misma negativa, se

le propone entrar en el programa de rehabilitación cardíaca, lo cual es aceptado por la paciente.

Estratificación del riesgo para el programa de rehabilitación cardíaca: bajo. Diagnostico principal:

-infarto agudo de miocardio con elevación no persistente del segmento ST de localización inferior.

-enfermedad arterial de dos vasos.

Al alta tratamiento médico pertinente, consejos de calidad de vida, control de factores de riesgo, (...) seguimiento por Cardiólogo y médico de cabecera, el 20 de febrero de 2018 primera consulta en Rehabilitación Cardíaca, donde realiza un programa que incluye dieta, estilo de vita deshabituación cardíaca, ejercicio, y seguimiento de estos aspectos, entre otros, como seguimiento por Psicología clínica de la Unidad.

El 18 de septiembre de 2018 prueba de Esfuerzo resultando negativa para isquemia.

El alta de esta Unidad se realiza el 8 de octubre de 2019, no se consigue que abandone el tabaco.

El alta en el Servicio de Cardiología hospitalaria es el 15 de febrero de 2019. en este informe se expone que la paciente continúa fumando, asintomática desde el punto de vista cardiológico, cuadro ansioso depresivo, cardiológicamente estable, asintomática, prueba de esfuerzo negativa para isquemia, se da el alta. Control y seguimiento por MAP, se recomienda dejar de fumar».

3. A los efectos de analizar la adecuación a Derecho de la Propuesta de Resolución, tal y como la doctrina de este Consejo ha venido manteniendo de manera reiterada y constante (por todos, el Dictamen 407/2019, de 14 de noviembre), procede tener en cuenta que a la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente. Se hace preciso por consiguiente determinar un parámetro que permita valorar el funcionamiento del servicio y, por tanto, la procedencia o no de la actuación médica causante o conectada a la lesión existente; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que los resultados dañosos se pueden imputar a la actividad administrativa, incluyendo el tratamiento o asistencia efectuada o la falta

de uno u otra, y aquellos otros en los que se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de que los medios de exigible disponibilidad, en función del nivel técnico y científico alcanzado, garanticen la cura en todos los casos o completamente.

Este criterio básico, utilizado comúnmente por la jurisprudencia contencioso-administrativa, es el de la *lex artis*, sin perjuicio de la aplicabilidad de las normas reguladoras de la prestación del servicio público sanitario, incluyendo los derechos de los pacientes. Así, lo esencial, básicamente, desde una perspectiva asistencial y para la Administración gestora, es la obligación de prestar la debida asistencia médica, con el uso de los medios pertinentes en la forma y momento adecuados, con las limitaciones y riesgos inherentes a ellos, conocidos por los pacientes (SSTS de 16 de marzo de 2005, 7 y 20 de marzo de 2007, 12 de julio de 2007, y 25 de septiembre de 2007, entre otras).

Por lo tanto, el criterio de la *lex artis* determina la normalidad de los actos médicos e impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, de modo que la existencia de responsabilidad exige tanto la producción de la lesión como la infracción de la *lex artis*, en relación, en particular, con el estado de los conocimientos y de la técnica sanitaria (art. 34.1 LRJSP).

4. Valga señalar, en primer término, que la interesada no ha aportado al expediente prueba alguna que demostrase el deficiente funcionamiento del servicio sanitario alegado. Así, pues, cumple deducir de ello ya de entrada las consiguientes consecuencias, al no haber procedido la interesada a levantar la carga de la prueba que le incumbe.

5. De cualquier modo, a partir del informe del SIP que consta en el expediente, una vez analizada también la historia clínica de la reclamante, y en virtud asimismo de los informes evacuados durante el presente procedimiento, cumple asimismo desestimar la reclamación formulada por la interesada, con base en las siguientes consideraciones:

1) En primer lugar, hemos de pronunciarnos sobre si los síntomas que presentaba la paciente en su primera visita al centro de Salud el 29 de enero de 2018 eran indicativos de infarto.

Al respecto el facultativo que atendió a la paciente, en su informe de 15 de octubre de 2019 (folio n.º 460), explica que, en esa primera asistencia de 29 de

enero de 2018, sobre las 21:28, observó por dolor en ambos brazos que se había iniciado esa misma tarde. En ningún momento refiere otra sintomatología.

En tal sentido, el informe del SIP explica que el IAM suele manifestarse además acompañado con dolor torácico, epigastralgia y sintomatología vegetativa (náuseas, vómitos, sudoración), lo que no sucedía en el caso de la paciente, así como ningún otro dato que le hicieran sospechar de otra patología desde el punto de vista clínico (es decir, desde el punto de vista de los signos y síntomas que presentaba).

Consta como antecedente en su historia clínica en junio de 2017 informe médico de RMN solicitado por dolor precisamente en ambos hombros, en el que se informa de tenosinovitis bicipital bilateral, en ambos hombros, aparte de artrosis en el derecho, bursitis subracromial en el izquierdo y tendinosis del supraespinoso.

El facultativo que practicó esta primera asistencia informa, además, que procedió a la exploración física, en la que sólo observó leve dolor en ambos brazos, que en ese momento impresionaba de dolor mecánico. El proceder habitual en esos casos es administrar analgesia intramuscular, sin precisar en ese momento ninguna otra prueba diagnóstica.

Así pues, en este contexto de sintomatología y antecedentes de la paciente, su actuación es correcta, no habiendo, en contra de lo que afirma la reclamante, ninguna contraindicación en la administración de la analgesia. Sin perjuicio de sus alegaciones en las que afirma que además de aquellos síntomas tenía otros, lo cierto es que no los manifestó al médico, pues sólo consta dolor en ambos hombros.

2) En la segunda asistencia prestada a las 00:40 horas del día siguiente (30 de enero), la paciente presenta ciertamente un nuevo síntoma que no se había manifestado antes (tal y como consta en historia clínica): el dolor en epigastrio.

Por más que la interesada trate de desvirtuar su labor, sin embargo, tampoco de por sí es ello determinante de infarto; y el proceder del médico fue acertado al sospecharlo.

En sus alegaciones afirma que «*como se entiende perfectamente que notar un dolor epigástrico cuando se está padeciendo dolor muy fuerte debido a un infarto que está sufriendo, puede pasar desapercibido (...). Y los médicos de urgencias no creo que actúen solo dependiendo de lo que diga el paciente, no quiero ni pensar la cantidad de gente que cuando acudimos a urgencias con lo nerviosos que vamos no decimos todos los síntomas cualquiera sabe qué nos van a diagnosticar*».

Sin embargo, la ciencia no ha podido avanzar en la adivinación de la existencia del dolor en un paciente y su localización e intensidad: el dolor, como síntoma subjetivo, sólo puede conocerse a través de la comunicación por parte del paciente si no va acompañado de signos externos.

En cualquier caso, el dolor en epigastrio es el dato fundamental que lleva al facultativo a sospechar la existencia de otro tipo de patología.

Como señala el SIP, la valoración inicial de un dolor epigástrico debe abordar el diagnóstico diferencial de las causas de origen digestivo potencialmente graves (isquemia mesentérica, perforación, obstrucción y afectación inflamatoria localizada). Asimismo, hay que considerar causas extradigestivas importantes como el Síndrome Coronario Agudo y el Tromboembolismo Pulmonar. El dolor epigástrico no tiene que ser el principal síntoma del IAM como refiere la reclamante, ni tampoco estar presente per se, pero sí ha de considerarse. De igual modo, tampoco un dolor en ambos hombros, leve a la exploración física, sería un síntoma básico de IAM.

El aumento de dolor en los brazos que pasa de leve a intenso más un nuevo síntoma como es el dolor epigástrico llevan al médico a realizar EKG, el cual, según los datos que deja consignados, diagnostica Síndrome coronario agudo con elevación del espacio ST en el ECG (SCACEST).

Tras dicho diagnóstico trata con antiagregantes plaquetarios y vasodilatadores, como son la Aspirina y Nitroglicerina, la sintomatología cede, activa el código de infarto, acude la ambulancia medicalizada que instaura tratamiento igualmente antiagregante y Morfina, y derivan al hospital. Si el diagnóstico resultó correcto, no lo fue menos el tratamiento de la patología que presentaba la paciente.

3) El tratamiento iniciado por el médico del Servicio de Urgencias de Tejina consigue, en efecto, que la clínica remita, así como la elevación del espacio S-T, tal y como se observó posteriormente en el EKG realizado en el Servicio de Urgencias del HUC

Dichos actos se efectuaron según la patología diagnosticada, y repercutieron en el futuro clínico de la paciente, ya que finalmente en el hospital se diagnostica un Sdr de Isquemia Aguda Coronario que revirtió electrocardiográficamente despareciendo la elevación aguda del S-T (elevación no persistente), llega sin dolor.

Cuestión que no hubiera ocurrido si la actuación en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud hubiese sido distinta a la realizada.

Según el CODICAN (Código de Infarto de Canarias), el código infarto busca reducir el tiempo que transcurre desde la aparición de los síntomas hasta el diagnóstico y posterior tratamiento, así como proporcionar la mejor opción terapéutica. Comienza en el lugar donde se produce el primer contacto del paciente, con signos y síntomas de dolor torácico de características isquémicas, con un profesional sanitario que valora inicialmente el cuadro clínico y detecta en un ECG de 12 derivaciones elevación persistente del segmento ST. Este diagnóstico es el que pone en marcha el «*código infarto*», con llamada urgente a los servicios de emergencia y traslado del paciente al hospital de referencia con capacidad para realizar angioplastia primaria y, dependiendo de las características del paciente y del tiempo de traslado a dichos centros, decidir la necesidad o no de tratamiento fibrinolítico previo. El código de infarto es el sistema de alerta que presta una atención urgente y coordinada al IAMCEST de menos de 12 horas de evolución, encaminado a la aplicación precoz de la estrategia de reperfusión más adecuada.

La señora en todo momento se encontraba dentro de esas 12 horas para el tratamiento efectivo de su patología.

La técnica de reperfusión de elección (hospitalaria) será la angioplastia primaria o intervencionismo coronario percutáneo primario (ICPP), siempre que se pueda realizar antes de transcurridos 120 minutos desde el diagnóstico y no desde que tiene la clínica.

Cuando el ICPP no se pueda realizar en el tiempo establecido, se realizará fibrinolisis, bien extrahospitalaria (en los servicios de emergencia) u hospitalaria, siempre que no exista contraindicación o shock cardiogénico.

En los casos que esté indicada, el tiempo para realizar la fibrinolisis deberá ser antes de trascurridos 30 minutos desde el diagnóstico.

Esta es la actuación que se llevó a cabo en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Tejina.

Los pacientes a los que se realice fibrinolisis serán trasladados a un hospital con capacidad para realizar ICPP siguiendo las siguientes recomendaciones: • Si la fibrinolisis es fallida, se realizará angioplastia de rescate (antes de transcurridas 12 horas); • Si la fibrinolisis es eficaz se deberá realizar la angioplastia diferida, preferentemente dentro de las primeras 24 horas de iniciado el IAMCEST.

La fibrinolisis efectuada en el Servicio de Urgencias periférico, en Centro de Salud, fue efectiva.

En este caso, en el HUC, refieren: «contactan con nosotros para activar el plan por elevación del S-T en cara inferior, pero, debido a que comenzó con nitroglicerina y alivio sintomático, se decide no activarlo y se valora a la paciente en Urgencias del hospital».

El código se centra en la asistencia de pacientes que se presentan con síntomas clínicos por eso compatibles con dolor torácico de características isquémicas y elevación persistente del segmento ST en el registro electrocardiógrafico.

Cuestión que no ocurre en nuestro caso, pues el S-T no se elevó persistentemente, sino que se recuperó, por eso no se activa finalmente el código referido al llegar la paciente al hospital.

4) En el HUC, donde llega la paciente estable, sin dolor, según ya se ha indicado, se realizaron las pruebas hospitalarias necesarias buscando la causa de la isquemia. Y tras la realización del correspondiente cateterismo cardíaco, se observa que la paciente presenta oclusiones arteriales en dos coronarias distintas, enfermedad arterial de dos vasos, procediéndose a la colocación de los correspondientes Stents (prótesis vasculares).

Se constata entonces que la paciente presenta, previamente a la clínica que sufre los días 29 y 30 de enero de 2018, una enfermedad silente en las coronarias, una enfermedad arterial, con depósitos o placas en las paredes de la misma. Aunque ya existía, no se conocía, no dio clínica antes alguna, y la obstrucción aguda que se manifiesta, cuando se diagnostica, se logra paliar hasta la eliminación por medio de Stents que rebascularizan la zona obstruida.

La paciente estuvo en el hospital estable cínicamente, sin problemas puntuales derivados. Tras ingreso de solo dos días de duración y alta posterior, el día 1 de febrero de 2018, la paciente lleva un tratamiento y control por el Servicio de Rehabilitación cardíaca. En febrero de 2019 es dada de alta del Servicio de Cardiología dada la buena evolución. Las pruebas de esfuerzos tanto en el ingreso como con posterioridad resultaron normales. Estabilidad clínica. Pasa directamente a control por el médico de cabecera. Y ello gracias al diagnóstico y tratamiento ejercido.

Del extenso relato efectuado, cumple concluir que todo lo que ha dependido del SCS se ha hecho correctamente y se ha logrado la curación de la paciente.

No puede dejar de destacarse que, a pesar de la insistencia de los servicios implicados en que la paciente deje de fumar, pues, como ella misma reconoce en sus alegaciones, pese a que éste sí es un factor de riesgo para enfermedades coronarias, no se ha conseguido que lo haga.

5) Ya por último, procede analizar, como hace la Propuesta de Resolución, si se ha producido algún perjuicio a la reclamante, aunque sólo a mayor abundamiento; pues, siendo conforme a la *lex artis* el funcionamiento del Servicio, cualquier daño habría de ser soportado por el interesado.

Plantea en su reclamación la interesada, y lo reitera en sus alegaciones, que si se hubiera diagnosticado el infarto antes se habrían ganado 5 o 6 horas, con lo que, quizás el daño habría sido menor.

Sin embargo, como ya se puso de manifiesto, en el HUC, donde llega la paciente estable y sin dolor, se realizaron las pruebas hospitalarias necesarias buscando la causa de la isquemia, que fue el proceso agudo sufrido el 29-30 de enero de 2018. Tras la realización de cateterismo cardiaco en la mañana del día 30 de enero de 2018, se descubre la causa del infarto: la señora presentaba enfermedad coronaria de dos vasos (coronaria derecha media y circunfleja media) y trastorno segmentario de la contractilidad, procediéndose a la colocación de los correspondientes Stents (prótesis vasculares).

Previamente a la clínica que sufre los días 29 y 30 de enero de 2018, pues, la paciente presenta una enfermedad silente, una enfermedad arterial, en las coronarias, con depósitos o placas en las paredes de la misma. Cuando aparece la obstrucción aguda y se diagnostica, como ya hemos dicho, se logra paliar hasta la eliminación por medio de Stents que rebascularizan la zona obstruida.

Es decir, que la enfermedad que presentaba la tenía previamente a la clínica aguda, no se le ocasiona por ella. Cuando se diagnostica se trata, el tratamiento le beneficia, tiene buena evolución con posterioridad, en los términos que asimismo antes quedaron consignados; y actualmente está dada de alta por el Servicio de Cardiología hospitalario.

Por tanto, no cabe sino concluir con la inexistencia de daño alguno a resultas de la atención sanitaria recibida por la reclamante.

6. Por las razones expuestas, en suma, la actuación del SCS fue conforme a la *lex artis* y no cabe apreciar relación causal entre el daño por el que se reclama y la

actuación del SCS. No concurriendo los elementos requeridos para la determinación de responsabilidad patrimonial de la Administración, procede desestimar la reclamación formulada por la interesada.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho, procediendo desestimar la reclamación interpuesta.