



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **76/2021**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 26 de abril de 2021, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 4 de febrero de 2021 (COMINTER_31491_2021_02_03-05_39), sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2021_017), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 31 de julio de 2019 D. X formula una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

En ella expone que desde el año 2017 está siendo tratado por el Servicio de Cardiología del Hospital General Universitario *Morales Meseguer* (HMM) de Murcia.

Asimismo, relata que el 19 de febrero de 2018 ingresó en dicho hospital para que se le practicara una angioplastia coronaria con *stent* en la arteria bisectriz y otra simple en la arteria primera obtusa marginal, que transcurrieron sin incidencias.

Añade que, sin embargo, el 23 de febrero, mientras se encontraba en la consulta de Traumatología del mismo hospital, experimentó un episodio de dolor epigástrico intenso irradiado al tórax, que vino acompañado de sensación de malestar general y de sudoración fría. Por ese motivo, se le trasladó al Servicio de Urgencias donde, tras varias horas en observación, quedó ingresado. Después de 24 horas se le trasladó a planta.

Se le realizó una coronariografía y, ante los resultados que se obtuvieron, se contactó con el Hospital Clínico Universitario *Virgen de la Arrixaca* (HUVA) de Murcia. Los facultativos de este último hospital señalaron que no se encontraban nuevas alteraciones, sino que el *stent* de la bisectriz estaba desplazado.

Tras dicho diagnóstico se generó cierta incertidumbre entre los facultativos que lo asistían debido a las dos crisis de angor en reposo que sufrió y a los síntomas que presentaba. Esas circunstancias motivaron que su caso se valorara en una sesión médico-quirúrgica. Manifiesta que eso deja clara constancia de que se incurrió en mala praxis en el HMM.

Se le aceptó para someterlo una cirugía cardiaca de revascularización que se llevó a cabo, en dos fases, el 29 de febrero y el 14 de marzo de 2018. Después se le trasladó al HUVA.

También expone que el 21 de marzo se le practicó en ese último hospital otra cirugía de revascularización de la que se recuperó de manera favorable hasta que el 26 de marzo de 2018 se le concedió el alta hospitalaria.

A continuación, explica que, aunque siguió escrupulosamente el tratamiento médico que se le prescribió, se ve obligado a acudir de forma frecuente al Servicio de Urgencias con innumerables y persistentes dolores de origen cardiaco y, a tal efecto, cita como ejemplos las asistencias que se le tuvieron que prestar los días 5 de mayo, 4 de julio y 11 de octubre de 2018. En los dos primeros casos manifiesta que sufrió, respectivamente, dolor epigástrico y dolor retroesternal inferior opresivo no irradiado. En relación con la tercera asistencia, la de octubre de 2018,

explica que obedeció al hecho de que experimentaba sensación de mareo que se vio agravada por vómitos.

Asimismo, expone que sigue en el HMM un programa de rehabilitación cardíaca.

Reitera seguidamente su opinión de que el delicado estado de salud en el que se encuentra y las distintas operaciones a las que se ha tenido que someter son consecuencia directa de la mala praxis con la que se actuó en el HMM. Y sostiene que existe nexo de causalidad entre las secuelas que padece y el funcionamiento del servicio sanitario regional. Así, enfatiza que si la primera intervención que se realizó se hubiera ejecutado de forma diligente no se le habría colocado en la situación en la que se encuentra en la actualidad.

Por último, advierte que presentará durante la tramitación del procedimiento un informe médico pericial de valoración del daño corporal que ha sufrido.

SEGUNDO.- La solicitud de indemnización se admite a trámite el 25 de septiembre de 2019 y al día siguiente se da cuenta de este hecho a la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud (SMS) para que lo comunique a la compañía aseguradora correspondiente.

De igual forma, ese último día se solicita a las Direcciones Gerencias de las Áreas de Salud I-HUVA y VI-HMM que remitan copia de las historias clínicas de las que respectivamente dispongan y los informes de los facultativos que atendieron al reclamante.

El 28 de noviembre de 2019 se reiteran las anteriores solicitudes de documentación e información.

TERCERO.- El 2 de diciembre de 2019 se recibe la copia de historia clínica del interesado -incluido un disco compacto (CD) que contiene los resultados de las pruebas de imagen- que se encuentra depositada en el HUVA y el informe emitido el 11 de noviembre anterior por el Dr. D. Y, Jefe del Servicio de Cirugía Cardiovascular, en el que expone lo siguiente:

"El paciente ingresa en nuestro servicio tras ser presentado por cardiología para intervención de revascularización coronaria tras implante de stent y desplazamiento del mismo hacia el tronco. El paciente es intervenido con éxito en nuestro servicio y dado de alta.

No encuentro razones de mala praxis en ninguno de los procesos por los que el paciente pasa tanto en el Hospital Morales Meseguer como en la Arrixaca".

CUARTO.- El 16 de enero de 2020 tiene entrada una comunicación interior de la Dirección Gerencia del Área VI de Salud con la que se acompaña una copia de la historia clínica del reclamante, tanto de Atención Primaria como Especializada, y un CD con las pruebas de imagen que se llevaron a cabo.

De igual forma, se adjunta el informe realizado el día 8 de ese mes por el Dr. Z, Jefe de Sección de Cardiología del HMM, en el que expone lo que se transcribe a continuación:

"Como se indica en el apartado primero, desde 2017 D. X sufre crisis de dolor torácico. Tras los pertinentes estudios cardiológicos se diagnosticó de forma precisa de cardiopatía isquémica (enfermedad coronaria). Dado el tipo de dolor, típico de la angina de pecho y el resultado del TAC de coronarias practicado (que mostró lesiones que comprometían el flujo coronario con el riesgo subsecuente de infarto), se solicitó un estudio coronariográfico (cateterismo cardíaco) tanto con fines diagnósticos (confirmar los hallazgos del TAC) como con fines terapéuticos (proceder a la desobstrucción y tratamiento percutáneo de las lesiones).

Dicha coronariografía, se practicó en el Hospital Virgen de la Arrixaca (HUVA) ya que en nuestro hospital no disponemos de dicha técnica. El procedimiento, se llevó a cabo el día 19 de febrero de 2018, tras ser informado el paciente de sus riesgos y beneficios y haber firmado el consentimiento informado. Durante el estudio se procedió al implante de un Stent (muelle metálico protésico intracoronario) en una arteria bisectriz y se realizó una angioplastia simple (dilatación con balón) a una rama arterial obtusa marginal (tal como describe en el apartado segundo). Tras dicho procedimiento, informado desde la Arrixaca como "sin complicaciones", el paciente fue dado de alta a su domicilio el día 20 de febrero de 2018 en buena situación clínica, indicándosele las recomendaciones y tratamiento médico a seguir.

El paciente permaneció asintomático hasta el día 23 de febrero en el que consulta de nuevo en nuestro Centro por dolor torácico de similares características y con elevación de marcadores de daño miocárdico. Tras observación y estabilización en UCI el paciente reingresó en planta de hospitalización de cardiología. Ante la sospecha de que estos nuevos síntomas pudieran estar en relación con alguna complicación clínica acaecida tras el cateterismo cardíaco realizado en la Arrixaca unos días antes, se solicitó un nuevo estudio coronariográfico de control que se realizó el día 1 de marzo de 2018. Tras un exhaustivo examen del procedimiento, el cardiólogo hemodinamista de la Arrixaca no detectó con los medios a su disposición, alteraciones significativas que justificaran los síntomas que presentaba el paciente y así lo reflejó en el informe que emite y envía el mismo día.

No obstante, no conforme y en un intento de poder aclarar el origen de los síntomas que presentaba el paciente y que habían motivado este nuevo ingreso, el Dr. P (cardiólogo del Hospital Morales Meseguer) se puso en contacto directo con el cardiólogo hemodinamista de la Arrixaca para que revisara de forma pormenorizada la grabación de los dos estudios coronariográficos efectuados en ese Centro. Tras la revisión del segundo cateterismo se nos informó telefónicamente de que parecía intuirse que el stent implantado en la arteria bisectriz en el primer cateterismo se encontraba en una posición anómala. Ante esta nueva información, mantuvimos ingresado al paciente por seguridad y solicitamos un TAC de arterias coronarias para valorar con otra técnica de imagen la situación exacta de dicho stent. El día 8 de marzo se realizó el TAC confirmándose que el stent colocado en la arteria bisectriz (en la Arrixaca el día 19 de febrero), no se hallaba posicionado de forma precisa en su lugar, sino que se había desplazado proximalmente, "asomándose" o "colgando" angulado en la trifurcación tronco común - arteria circunfleja - arteria descendente anterior.

Ante esta situación, dados los síntomas potencialmente graves del paciente, la imposibilidad clínica de dejar mal implantado de forma definitiva el stent en esa localización coronaria de tan alto riesgo ni poder ser recolocado o re-estentado por vía percutánea se presentó el caso en sesión interhospitalaria médico-quirúrgica esa misma semana conviniendo con los cardiólogos de la Arrixaca, los cardiólogos hemodinamistas y los cirujanos cardiovasculares presentes que la mejor manera de minimizar los riesgos del paciente y dejarle asintomático era proceder a una intervención quirúrgica de by pass aorta-coronario de arteria mamaria interna a arteria coronaria descendente anterior y de vena safena a arteria circunfleja. La cirugía se realizó en el Hospital de la Arrixaca y posteriormente, el paciente ha recibido todos los cuidados postoperatorios y preventivos de que disponemos incluido un programa de rehabilitación cardíaca específico para su caso y su dolencia de espalda.

En lo que respecta a los dolores y otros síntomas que ha presentado tras la intervención, en ningún caso se ha constatado que tengan un origen cardíaco (tras estudio en urgencias e incluso un nuevo ingreso), estando en relación con molestias de tipo mecánico y en alguna ocasión con su patología hepatobiliar (de la que se intervino mediante técnica de ERCP el 6 de Junio de 2018). Igualmente ha presentado algún desvanecimiento relacionado con la tensión baja. Se han realizado test de isquemia coronaria tras la intervención en los que no se ha demostrado falta de irrigación en el miocardio tras la intervención.

Por tanto y en referencia al Séptimo apartado de su reclamación en el indica que "el estado de salud es consecuencia de la mala praxis del Hospital Morales Meseguer" debemos decir:

1. Como usted indica en su reclamación, "si la primera operación a la que fui sometido se hubiera llevado de forma diligente, no hubiera desembocado en la actual situación que es objeto de esta reclamación". Dicha operación se realizó en otro hospital, concretamente en el H. La Arrixaca y la realizaron los cardiólogos hemodinamistas de ese Centro. Por tanto, no se justifica, que se indique al Hospital Morales Meseguer como responsable de la misma y de la supuesta mala praxis durante dicho procedimiento.

2. Pensamos que la actuación de los Cardiólogos de la Sección de Cardiología del Hospital Morales Meseguer no solo no mostró datos de mala praxis, sino que se realizó un trabajo clínico impecable, tanto desde el punto de vista clínico-científico como humano, ya que se actuó con rapidez mitigando los síntomas y posibles complicaciones del paciente, sospechando el problema clínico-técnico tras el segundo cateterismo, contactando personalmente con el cardiólogo hemodinamista de la Arrixaca (que previamente informaba los resultados como normales) para aclarar el tema, confirmando mediante TAC el diagnóstico y procediendo a implementar con rapidez la solución quirúrgica del mismo. Y, además, todo ello en un clima de empatía, información, accesibilidad y relación, médico-paciente humana y excelente.

3. *Posteriormente se mantiene al paciente en situación estable y se le proporcionan todas las revisiones, pruebas complementarias y cuidados recomendados en la Guías de Actuación Clínica españolas y europeas del paciente*

coronario, incluido como usted ha mencionado un programa de rehabilitación cardíaca, del que casi ningún hospital de nuestro rango ofrece".

QUINTO.- El 4 de febrero de 2020 se recibe el informe elaborado el 18 de diciembre de 2019 por el Dr. D. Q, Jefe de Sección del Servicio de Hemodinámica del HUVA, en el que ofrece un relato detallado de la asistencia que desde ese servicio se prestó al reclamante. Además, adjunta copias de los informes de cateterismo diagnóstico que se realizaron y de diversos informes de carácter clínico.

SEXTO.- El 7 de febrero se remiten copias del expediente administrativo a la Inspección Médica y a la correduría de seguros del SMS para que se puedan elaborar los informes correspondientes.

SÉPTIMO.- El 2 de julio se recibe el informe suscrito el día 11 del mes anterior, a instancia de la compañía aseguradora del SMS, por un doctor en Medicina y especialista en Cardiología y enfermedades cardiovasculares, en el que se contienen las siguientes conclusiones generales:

"1- El paciente padecía cardiopatía isquemia crónica diagnosticada desde septiembre de 2017.

2- El día 19 de marzo de 2018 se realiza cateterismo diagnóstico y angioplastia con stent en arteria bisectriz y simple en arteria primera obtusa marginal. Tanto el cateterismo como la angioplastia estaban correctamente indicadas y fueron realizadas correctamente.

3- El stent de la bisectriz sufre un fenómeno de desplazamiento, que fue correctamente identificado en el cateterismo posterior del 1 de marzo y tratado también de manera correcta mediante la revascularización quirúrgica completa del paciente.

4- El desplazamiento del stent es una complicación inherente al procedimiento y no predecible.

5- La angina que padece el paciente no tiene relación con dicha complicación sino con patología coronaria de pequeño vaso no revascularizable que tiene, por otro lado, típica de pacientes que padecen diabetes mellitus".

Asimismo, se recoge la siguiente conclusión final:

"No se observa desviación de la lex artis en este caso".

El 3 de julio de 2020 se envía una copia de este informe a la Inspección Médica.

OCTAVO.- El 13 de julio de 2020 se concede audiencia al reclamante y a la compañía aseguradora interesada para que puedan formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que estimen convenientes.

NOVENO.- El interesado presenta el 6 de octubre siguiente un escrito en el que reitera su opinión de que fue víctima de una clara negligencia médica y reitera íntegramente el contenido de su pretensión resarcitoria. Además, manifiesta su disconformidad con el contenido del informe pericial aportado por la compañía aseguradora, en el que se argumenta que las complicaciones que se produjeron eran imprevisibles.

Añade que tiene intención de aportar un informe médico pericial pero que no ha podido disponer de él hasta la fecha y, por ello, solicita que se le conceda un plazo adicional de 5 días para poder hacerlo.

DÉCIMO.- El instructor del procedimiento comunica al reclamante, el 8 de octubre de 2020, que se le concede el plazo solicitado para que pueda presentar el informe médico-pericial al que se refiere.

UNDÉCIMO.- El 28 de octubre de 2020, una abogada, actuando con la debida representación del interesado, presenta un escrito en el que explica que resulta imposible aportar el mencionado informe pericial por razones de incompatibilidad con el perito médico correspondiente.

Añade que es de obligado cumplimiento cuantificar el daño por el que se reclama y, a tal efecto, lo hace en la suma total de 134.452,26 euros, en concepto de lesiones temporales (perjuicio básico, particular y patrimonial daño emergente) y secuelas (perjuicio básico, particular y patrimonial lucro cesante).

Asimismo, reitera que la operación que se le realizó a su cliente no se ejecutó conforme a la *lex artis*, y que le obligó a someterse a otras intervenciones y a intentar con ello solucionar la negligencia cometida en la primera operación. Además, informa de que, como consecuencia de ello, se le ha reconocido una Incapacidad Permanente Total.

DUODÉCIMO.- Con fecha 25 de enero de 2021 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por no concurrir los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en este Consejo Jurídico el 4 de febrero de 2021.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en los artículos 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), y 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

SEGUNDA.- Legitimación y procedimiento seguido.

I. La reclamación ha sido interpuesta por una persona interesada que es quien sufre los daños físicos por los que solicita que se le reconozca el derecho a percibir una indemnización.

La Administración regional está legitimada pasivamente por dirigirse contra ella la solicitud de indemnización e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos. No obstante, se aprecia que se ha sobrepasado en exceso el plazo de tramitación de seis meses al que se refiere el artículo 91.3 LPACAP.

Por otro lado, interesa señalar que la decisión del órgano instructor de continuar con los trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial, una vez transcurrido el plazo máximo de tres meses previsto para la emisión de informe por parte de la Inspección Médica, aparece justificada en la existencia de elementos suficientes de juicio para resolver el procedimiento, de acuerdo con lo señalado en nuestro Dictamen núm. 193/2012. Así, la decisión que se contiene en la propuesta de resolución elevada asume las consideraciones médicas que se exponen en el informe pericial que remitió la compañía aseguradora del SMS. Además, puede entenderse que dichos elementos de juicio resultan suficientes desde el momento en que el reclamante no ha presentado ningún informe pericial que le permita sostener la realidad de su imputación.

TERCERA.- Acerca de la prescripción de la acción resarcitoria interpuesta.

Como dispone el artículo 67.1 LPACAP, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

En la propuesta de resolución que aquí se analiza (Considerando cuarto) se hace corresponder el inicio del cómputo del plazo de prescripción (*dies a quo*) con la fecha de la última sesión de la rehabilitación cardiaca a la que se sometió el reclamante, según se dice, el 18 de febrero de 2019. De acuerdo con ello, la acción de resarcimiento se habría interpuesto el 31 de julio de 2019 dentro del plazo establecido y, por ello, de forma temporal.

Antes de avanzar en este razonamiento se debe reiterar el hecho de que, para concretar el *dies a quo*, este

Órgano consultivo sí que ha tenido en cuenta, en numerosos supuestos, cuando las lesiones llevan aparejados períodos de tiempo para su curación o estabilización, el proceso de rehabilitación al que se haya podido someter un reclamante siempre -y esto es lo que debe destacarse y lo que sirve de elemento de diferenciación en este caso- que eso permita determinar el alcance de una secuela por la que luego se pueda solicitar una indemnización.

Y, en el mismo sentido, también ha explicado que rige en este ámbito el principio de la *actio nata* (*actio nondum nata non praescribitur*) recogido en el artículo 1969 del Código Civil, en cuya virtud el plazo de prescripción sólo comienza a transcurrir desde que la acción puede ejercitarse, es decir, cuando se dispone de los elementos que permiten su ejercicio, esencialmente el conocimiento del daño y de su ilegitimidad, y sobre todo de su alcance y extensión.

Sin embargo, este Consejo Jurídico no puede compartir la apreciación expuesta acerca del cómputo del plazo de prescripción porque considera que, en este caso particular, dicho tratamiento rehabilitador posterior sólo tenía por objeto procurar al enfermo una mejor calidad de vida, mejorar su estado general de salud o evitar complicaciones o empeoramientos de la enfermedad coronaria que padece. Y que no servía, de ninguna forma, para avanzar en la recuperación funcional del enfermo y, una vez estabilizada alguna posible secuela, concretar su alcance definitivo. Algo además que, como se explicará seguidamente, tampoco se ha producido en este caso.

Basta para entender eso con leer la *Autorización para reentrenamiento al esfuerzo (Rehabilitación cardíaca/respiratoria)* que se contiene en la documentación del Servicio de Rehabilitación, que obra en la copia de la historia clínica remitida por el HMM.

Ahí se explica que el tratamiento se denomina *Reentrenamiento al esfuerzo* y consigue el fortalecimiento global a través del ejercicio físico. También se señala que sirve para ayudar a la recuperación funcional de las personas con enfermedad del corazón (tras un infarto de miocardio, valvulopatía operada, insuficiencia cardíaca o trasplante), enfermedad del pulmón o del aparato circulatorio.

Y se expone que mediante ese reentrenamiento al esfuerzo y la continuidad de la práctica de ejercicio físico de forma regular se disminuye la sensación de ahogo y cansancio y se retarda la aparición de dolor torácico y arritmias y se reduce la incidencia de la enfermedad cardiovascular y sus complicaciones (mejora la función del corazón y de los vasos sanguíneos, reduce la progresión de lesiones coronarias, reduce el riesgo de trombosis, mejora la circulación colateral y disminuye el riesgo de arritmias). En definitiva, como se señala expresamente, tan sólo "*se consigue una mejora del estado físico global y por tanto de su calidad de vida*".

Por lo tanto, la rehabilitación cardíaca que se siguió en este caso -y su finalización, de modo particular- no sirve para fijar el *dies a quo* del plazo establecido para que se pueda plantear la reclamación.

De manera contraria, resulta evidente que, desde el momento en que recibió el alta de la segunda intervención, el reclamante era conocedor del alcance del daño que alega (dolores cardíacos no curados) y estaba en perfectas condiciones, en virtud del principio de la *actio nata* ya citado, de promover el ejercicio de la acción de resarcimiento si es que consideraba que la operación se había llevado a cabo con infracción de la *lex artis* y era la causa directa de esos padecimientos.

Por esta razón, este Consejo Jurídico entiende que la acción formulada estaba prescrita cuando se interpuso el 31 de julio de 2019, dado que el *dies a quo* debe situarse en el momento en el que el interesado recibió el alta por parte del Servicio de Cirugía Cardiovascular tras la segunda intervención que se practicó -el 29 de junio de 2018, de conformidad con la información que se contiene en el folio 51 del expediente administrativo- y que permitió corregir el efecto provocado por el desplazamiento del muelle, y así debe declararse expresamente en la resolución que ponga término al procedimiento de responsabilidad patrimonial.

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

A lo que se ha explicado con anterioridad se debe añadir lo que se expone, asimismo, en los informes médicos que se han aportado al procedimiento y, de modo principal, en el pericial presentado por la aseguradora del SMS (Antecedente séptimo de este Dictamen) y en el elaborado por el Dr. D. Z (Antecedente cuarto). De sus lecturas se deduce que la reclamación se debería desestimar, asimismo y, en cualquier caso, en lo que se refiere al fondo de la pretensión resarcitoria.

Así, en el primero de dichos informes se detalla que el interesado padecía una cardiopatía isquémica, así como diabetes mellitus y dislipemia y que experimentaba, asimismo, episodios de dolor torácico. También se expone que resultó necesario practicarle un cateterismo coronario y una angioplastia para implantar un muelle (*stent*) en la arteria bisectriz y para tratar la lesión que existía en la arteria primera obtusa marginal. No cabe duda de que esos procedimientos fueron correctamente indicados y ejecutados.

Pese a ello, también se sabe que el *stent* de la bisectriz sufrió un desplazamiento (como se comprobó en el cateterismo que se realizó el 1 de marzo de 2018) y que ello obligó, como opción más preferible y prudente, a realizar una revascularización completa al reclamante de forma quirúrgica. Es conocido que dicha operación se realizó de manera satisfactoria. Por tanto, se puede concluir que la complicación provocada por el desplazamiento inicial del *stent* se identificó y se trató de forma adecuada.

A continuación, se plantea un "*punto importante*", como se denomina en el informe pericial (folio 42 del expediente), porque de acuerdo con los informes clínicos, la revascularización quirúrgica que se le realizó al interesado fue completa, de modo que todos los vasos principales fueron irrigados por su baipás correspondiente. Por tanto -señala el perito- "*debería haberse quedado sin dolores torácicos al tener todos los territorios de su miocardio con flujo sanguíneo asegurado*".

Sin embargo, el reclamante se queja de que sufre dichos dolores torácicos frecuentes y, aunque no lo manifiesta así expresamente, parece que es la secuela a la que se refiere en su solicitud de indemnización.

Pues bien, el perito explica en su informe que "*el paciente sigue con dolores torácicos tipo angina de pecho, incluso ha ido a consulta de rehabilitación cardíaca. En el caso de que esto fuera secundario al problema derivado del *stent* de la bisectriz, la sintomatología habría desaparecido al realizarse la revascularización quirúrgica completa. Es decir, al haber puesto los puentes, la angina tendría que haber desaparecido porque precisamente esos puentes lo que hacen es evitar el flujo que pasa por el *stent*.*"

*Dado que el paciente, continua con sintomatología de angina, es comprensible por tanto entender que el paciente la padece porque tiene compromiso de flujo en arterias más pequeñas que NO se pueden revascularizar, como es su arteria obtusa marginal (menor a 2 mm) y por tanto que tanto la angina que presentaba previamente a la revascularización, como la que tiene ahora NO TIENEN relación con la complicación, por otro lado, solventada, del desplazamiento del *stent*".*

Y por esa razón concluye (5ª) que la angina que padece el paciente no tiene relación con dicha complicación sino con una patología coronaria de pequeño vaso no revascularizable que tiene, por otro lado, una expresión típica en pacientes que padecen diabetes mellitus.

De igual forma, el Dr. Z coincide con la apreciación de que los dolores que sufre el interesado no guardan relación alguna con la angioplastia que se le realizó -a la que él se refiere como la primera intervención- y que tuvo que repetirse porque se había desplazado el *stent* que se le colocó.

Según explica dicho facultativo en su informe "*En lo que respecta a los dolores y otros síntomas que ha presentado tras la intervención, en ningún caso se ha constatado que tengan un origen cardíaco (tras estudio en urgencias e incluso un nuevo ingreso), estando en relación con molestias de tipo mecánico y en alguna ocasión con su patología hepatobiliar (de la que se intervino mediante técnica de ERCP el 6 de Junio de 2018). Igualmente ha presentado algún desvanecimiento relacionado con la tensión baja*". Además, destaca de forma significativamente que "*Se han realizado test de isquemia coronaria tras la intervención en los que no se ha demostrado falta de irrigación en el miocardio tras la intervención*".

Estas consideraciones permiten alcanzar dos conclusiones distintas que resultan, sin embargo, perfectamente compatibles entre sí:

a) La primera es que, como se ha explicado, si la mala colocación inicial del muelle hubiese sido la causa de los dolores torácicos que padece el interesado la implantación de un baipás y la revascularización total subsecuente debería haber permitido solucionarlo. Como no ha sido así, es evidente que esa segunda intervención no corrigió el problema, y mucho menos podía hacerlo la rehabilitación cardíaca posterior que, como se viene explicando, no permite obtener una rehabilitación funcional cardíaca del paciente, sino que sólo persigue mejorar su estado físico general y, de ese modo, su calidad de vida.

b) Pero es que, en segundo lugar, y a mayor abundamiento, las argumentaciones anteriores también hubieran conducido a la desestimación de la solicitud de indemnización planteada por los siguientes motivos: En primer lugar, porque no se ha acreditado un daño real y efectivo que deba ser objeto de resarcimiento, ya que el reclamante padecía esos dolores antes de la primera angioplastia y los sigue padeciendo con la misma intensidad -ni tan siquiera agravada- después de que se le hubiera realizado una segunda de carácter correctivo. Luego es evidente que la causa que los provoca debe ser otra, y así se alude a una patología coronaria de pequeño vaso no revascularizable, a molestias de tipo mecánico o a una patología hepatobiliar, según apuntan el perito y el facultativo que lo atendió.

Y, en cualquier caso, el interesado no ha explicado cual fue la infracción de la *lex artis ad hoc* que se pudo haber cometido con ocasión de la primera angioplastia ni ha aportado un elemento de prueba de carácter pericial (ex artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil) que permita avalar esa imputación, a pesar de que anunció que lo haría.

La circunstancia de que el muelle se desplazara de su ubicación inicial no permite entender, por si sola, que se hubiera incurrido en una mala práctica profesional. Como explica el perito médico (Conclusión 4ª de su informe), dicho desplazamiento es una complicación inherente al procedimiento y no predecible, e inevitable, cabe añadir. Y que, no denota, se debe insistir, que se hubiera actuado de manera contraria a la normopraxis exigible.

Estas apreciaciones hubieran justificado, asimismo, como ya se ha anticipado, la desestimación de la solicitud de indemnización en lo que al fondo de la pretensión resarcitoria se refiere.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Se dictamina desfavorablemente la propuesta de resolución ya que en la resolución del procedimiento deberá declararse, previa y expresamente, la prescripción de la acción de resarcimiento interpuesta de acuerdo con lo que se explica en la Consideración tercera de este Dictamen.

SEGUNDA.- En cualquier caso, según se pone de manifiesto en la propuesta de resolución, hubiera procedido la desestimación de la solicitud de indemnización por no haberse acreditado ni la existencia de un daño real y efectivo que deba ser objeto de resarcimiento ni una relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento del servicio sanitario regional y el daño citado, cuya antijuridicidad tampoco se ha demostrado.

No obstante, V.E. resolverá.