

Dictamen nº **179/14**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **30.04.14**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 30 de abril de 2014, emitido ante la consulta formulada por el Excmo. Sr. consejero de Sanidad al amparo del artículo 13.1 de la Ley Reguladora 6/2007, de 21 de diciembre, en relación con la reclamación formulada por E.C.L.K., N.M.P. y C.L.M. (en adelante, "*los reclamantes*"), por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada a A.M.L.M.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 6 de noviembre de 2012, los reclamantes presentaron, a través de una oficina de Correos, una reclamación de responsabilidad patrimonial, en relación con los daños y perjuicios derivados de la atención sanitaria recibida por A.M.L.M. (en adelante, "*la paciente*") por parte del SUMMA 112 que consideran deficiente.

Manifiestan que el día 6 de febrero de 2010 la paciente comenzó a presentar súbitamente un cuadro de fuertes dolores abdominales irradiados a la zona lumbar que con el paso de las horas comenzaron a resultar insoportables.

Ante esta situación, sus familiares llamaron al servicio de emergencias 112 explicando la situación en la que se encontraba la paciente, solicitando

la asistencia de una ambulancia al domicilio para trasladarla al centro hospitalario más cercano.

La primera llamada telefónica fue realizada sobre las 22.00 horas. En ella desde el 112 se les indicó que acudiesen al centro de salud más cercano por sus propios medios y, al manifestar que no disponían en ese momento de vehículo, se les apuntó que se trasladasen en taxi. Según los reclamantes el centro de salud más cercano estaba bastante retirado del domicilio.

Continúan los reclamantes manifestando que, dado que la situación de la paciente se agravaba, fue esta quien telefoneó de nuevo para explicar de manera más detallada que sufría unos dolores tan fuertes que le impedían caminar, por lo que les informó que necesitaba de manera urgente que enviaran una ambulancia. En esta segunda llamada, se volvió a indicar que efectuase ella misma el traslado por sus propios medios.

Señalan que, finalmente, acudió al Centro de Salud de Collado Villalba trasladada por su hermano que acudió al domicilio. En el referido centro, fue asistida por los facultativos que, ante la gravedad del estado de la paciente, solicitaron una ambulancia urgente. Dado que no llegaba y el estado de la paciente seguía agravándose, con episodios de agitación e inconsciencia, los facultativos solicitaron de manera urgente una UVI móvil.

Señalaban los reclamantes que tanto la ambulancia como la UVI, las cuales llegaron a la vez, tardaron 40 minutos.

El SUMMA 112 encontró a la paciente con midriasis bilateral reactiva, con el abdomen distendido y duro, en tabla, no le palpaban pulsos radiales ni pudieron tomarle la tensión arterial. Pudieron comprobar que la paciente había convulsionado, se había mordido la lengua, había sufrido relajación de esfínter vesical y estaba padeciendo mucho dolor. Ante dicha situación, la

paciente fue trasladada al Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda.

Una vez en el Servicio de Urgencias del centro hospitalario, fue trasladada a quirófano ya en shock hipovolémico, intubada, conectada a ventilación mecánica, sin pulsos periféricos y livideces. Se continuaron medidas de reanimación cardiopulmonar y se llevó a cabo por los facultativos laparotomía exploradora ante, según afirman, la sospecha de embarazo ectópico roto.

En la laparotomía encontraron la arteria iliaca izquierda completamente seccionada y casi completamente seccionada la arteria derecha a nivel de la bifurcación. Se procedió a clampar la arteria e intentaron colocar una prótesis.

Finalmente la paciente falleció el día 7 de febrero de 2010.

Consideran los reclamantes que la causa de la defunción fue debida a la falta de atención y el retraso en el traslado de la paciente a un servicio hospitalario. Entienden que el SUMMA no actuó conforme sus protocolos internos de actuación de tal manera que hubo una demora de dos horas en la atención, siendo especialmente grave la demora de 40 minutos en la llegada de una ambulancia al Centro de Salud pese a las llamadas de los facultativos de dicho Centro.

Solicitan por todo lo anterior una indemnización económica por importe de ciento noventa y cinco mil euros (195.000 €).

SEGUNDO.- En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo, incluida la historia clínica, ha puesto de manifiesto los siguientes hechos.

El 6 de febrero de 2010 la paciente, de 22 años de edad, comenzó a presentar de forma súbita fuertes dolores abdominales irradiados a la zona lumbar que se incrementaron con el paso del tiempo.

A las 21:56 horas, los reclamantes dieron aviso al servicio 112 de emergencias, dándose traslado de la llamada al SUMMA.

El padre de la paciente indicó al SUMMA que “*(...) a mi hija le duele fuerte la espalda*”. Por el SUMMA se le señaló que disponían de un Centro de Salud en la calle de los Madroños, nº 5 donde podría ser atendida por un médico.

El padre de la paciente contestó que “*momentáneamente no dispongo de coche para llevarla*”. En ese momento el operador del SUMMA transfiere la llamada a un médico.

Al facultativo el padre le describe la situación diciendo que a la paciente “*le duele la espalda y la tripa y mucho y ha vomitado*”. A preguntas del facultativo contesta que el dolor es a la altura de cuando tiene la regla pero que pasó ésta la semana anterior.

Se señala al padre que debe llevar a la paciente al Centro de Urgencias pero responde que no dispone de coche ya que se lo llevó su hija.

El facultativo le indica que deben acudir a un Centro de Salud o al Hospital para descartar que no sea un cólico o una infección, ya que “*pueden ser varias cosas*”, indicando “*coja un taxi y llévela allí ¿de acuerdo?*” A lo que el padre responde: “*Bueno, gracias, hasta luego*”.

Consta a las 22.06 una llamada de la propia paciente indicando al facultativo del SUMMA que “*estoy mal, me duele mucho, los riñones, la tripa, no me puedo mover, estoy en mi cama y no me puedo mover del dolor*”, añade que tiene dolor desde hace varias horas (2-3) y ha vomitado. A preguntas del médico le responde que está sana (“*yo no tengo nada*”).

Por el médico se le indica que debe acudir a un ambulatorio a lo que la reclamante responde que no tienen coche y que han llamado dos veces a los taxis sin éxito. Cuando el médico le indica que su cuadro ha de verse en un ambulatorio y no en el domicilio, la paciente le indica que no puede moverse, a lo que el médico responde “*con la patología que usted tiene, cualquier persona sana de 22 años puede moverse, no ir corriendo pero puede moverse*”.

La paciente pregunta por qué no se puede mandar una ambulancia, a lo que el médico responde “*porque no hay ninguna indicación aquí de mandar ambulancia ni médico a domicilio, esto está indicado para que el paciente se acerque al ambulatorio de urgencias*”. La paciente le contesta diciendo que está muy mal, a lo que el médico responde “*Sí, necesita un médico que está en la calle Madroños, 5, ¿Vale? Buenas noches*”.

A continuación la paciente dice algo que no consta en la transcripción de llamadas obrante en el expediente a lo que el médico contesta: “*Sí, está grabado todo, es verdad, todo se graba aquí, venga, hasta luego*”.

Según la reclamación el hermano de la paciente llegó al domicilio y con la ayuda de los familiares presentes trasladó a la paciente en su vehículo al Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Collado Villalba (SUAP-30).

Consta la hoja de asistencia médica de dicho centro en la que se indica que la paciente ingresa con dolor en espalda que se ha extendido al abdomen habiendo vomitado dos veces y perdido el conocimiento, “*motivo x el que la traen al centro*”. Presenta una tensión arterial 60/30, abdomen doloroso con defensa, Blumberg positivo. Durante la espera la paciente convulsiona dos veces. Se avisa a UVI (folio 54).

En el informe de enfermería se hace constar como hora de entrada las “*22:47:29*”. Se anotan sus constantes: “*glucemia capilar 191 mg/dl*;

frecuencia cardiaca 140 y saturación O2 96%". Como actuaciones de enfermería se hace constar la administración de 500 c.c SSF + 1000 c.c. Ringer lactato + 500 c.c. Voluvent + 1 ampolla Adolonta. (folio 55).

Consta en la transcripción de llamadas una realizada a las 22.49 horas por el SUAP -30 al SUMMA solicitando una ambulancia urgente. Desde el SUMMA se indica que se envía dicho recurso.

A las 23.00 horas consta una nueva llamada del SUAP-30 indicando que han pedido una ambulancia urgente y que cambian la solicitud por una UVI. Se les indica que se envía dicho recurso.

A las 23.12 horas el SUAP solicita información sobre el itinerario de la UVI. Se les indica que está en camino. Se reitera la llamada a las 23.14 horas.

El SUAP realiza una nueva llamada a las 23.19 horas y se les indica que la ambulancia está de camino pero que han tenido un golpe en el trayecto.

Vuelven a llamar a las 23.26 horas preguntando por la UVI ya que “*se nos va a parar (...) se nos va a chocar el paciente*”.

La UVI móvil llegó al Centro sobre las 23:20 horas (sic) según la hoja de asistencia (folios 56-57). Se hace constar que presentaba dolor abdominal intenso alternando episodios de agitación con otros de inconsciencia. Como tratamiento consta dopamina, Fentanest, Midazolam, Voluvent, Ringer y fisiológico. Se traslada a Urgencias del Hospital Puerta de Hierro con impresión de gravedad.

La paciente ingresó en el referido hospital a las 00:17 horas del 7 de febrero (folio 49). Se clasifica como crítica. A su entrada se mostraba arreactiva, pulsos distales débiles, palidez mucocutánea y frialdad extremas. En la auscultación cardiaca y pulmonar presentaba tonos débiles e

hipofonesis generalizada, interferida por ambú. El abdomen aprecia duro y patológico, no se palpaban masas ni megalias.

En cuanto a los miembros inferiores se encontraban hipoperfundidos sin pulsos femorales con varios hematomas de diámetro variable en tanto que en los miembros superiores existía un hematoma en flexuras debido a que se arrancó la vía durante su traslado en la ambulancia.

Se avisa a UVI y a los radiólogos para realizar Ecofast. Con el diagnóstico de líquido libre intraabdominal se avisa a Cirugía para laparotomía exploradora urgente. Los intensivistas diagnostican la existencia de un abdomen agudo y shock hipovolémico.

Durante la realización de la laparotomía se aprecia un hemoperitoneo masivo y gran hematoma retroperitoneal. A la apertura del retroperitoneo, existía salida de abundantes coágulos y sangrado activo arterial. Se efectuó clampaje de aorta infradiafragmática y se objetivó estallido de aorta abdominal a nivel de bifurcación aorta-iliaca.

Se avisó a Cirugía Cardiovascular de guardia, que procedió a intentar la reparación aórtica con prótesis de dacrón (folio 48).

A las 2:36 horas, durante la intervención, la paciente falleció.

Se realizó autopsia judicial (folios 42-43 y 72-96), que recoge como causa de la muerte un shock hipovolémico. Se han aportado resultados de toxicología, anatomía patológica y otros estudios realizados en el Instituto Anatómico Forense de Madrid.

Consta en el expediente la existencia de las Diligencias Previas 156/2010, que fueron archivadas mediante Auto de 8 de octubre de 2012 (folios 28-29) del Juzgado de Instrucción nº 2 de Majadahonda al considerar que no ha quedado acreditada la perpetración del delito ya que, en virtud del “*principio de intervención mínima del derecho penal*”, no se

ha demostrado la infracción de la *lex artis* por el SUMMA 112 al no enviar una ambulancia sino que procedió a “*derivarla a su Centro Médico de Urgencia, en aplicación de los procedimientos de optimización de recursos y equidad*”. Por ello se acuerda el sobreseimiento provisional “*dejando expedita la vía contencioso-administrativa a los perjudicados*”.

TERCERO.- A raíz de la formulación del escrito de reclamación se ha instruido procedimiento de responsabilidad patrimonial y se han solicitado los informes que se consideraron pertinentes, de los que se destacan los siguientes particulares.

Solicitado informe al SUMMA 112 se remitió por la Directora Médico el informe enviado en su día a un Juzgado de Instrucción (folio 51) firmado el 9 de junio de 2011 por el subdirector de Enfermería responsable de Atención al Usuario del SUMMA 112 en el que relata la asistencia prestada, indicando que la UVI remitida al Centro de Salud sufrió a las 23.19 horas un golpe de otro vehículo que les rompió el espejo en la M-600. Según indica “*no nos consta la hora de llegada de la UVI móvil*” (sic), añade que la ambulancia urgente llegó al centro a las 23.34 horas (folios 52-53).

Igualmente, se ha incorporado al expediente la transcripción de las llamadas realizadas al SUMMA 112 el 6 de febrero de 2010 (folios 58-64).

La Inspección Sanitaria solicita información sobre los “*tiempos de respuesta de una ambulancia urgente y de una UVI móvil que tengan asignados o protocolizados*” (folio 66).

A dicha petición responde la directora médica del SUMMA 112, el 1 de abril de 2013 en los siguientes términos:

“En contestación a la solicitud de informe respecto a los tiempos de respuesta para ambulancia urgente o UVI móvil, asignados o protocolizados, le informo que:

No existe legislación al respecto.

Para control interno y como Indicador de Calidad en el SUMMA - 112, los tiempos de respuesta que manejamos, son independientes del tipo de recurso y zona geográfica midiéndose sólo según la prioridad del incidente y así:

- Incidente prioridad 2 (no urgente).

60 ± 10 minutos.

- Incidente prioridad 1 (urgente)

30 ± 10 minutos.

- Incidente prioridad 0 (emergencia)

15 ± 5 minutos”.

Con fecha 19 de abril de 2013, se requirió a los reclamantes para que aportasen la autopsia judicial. Cumplimentan esa petición mediante escrito presentado ese mismo día en una oficina de Correos.

La Inspección Sanitaria emite, el 24 de mayo de 2013, un minucioso informe en el que se relata detalladamente la asistencia prestada.

Entiende que, pese a lo consignado en la reclamación, se cumplió el protocolo de actuación del Servicio de Emergencias 112 ya que las llamadas fueron transferidas a médicos para que hablasen directamente con las personas que requerían la asistencia sanitaria.

Destaca que los dos médicos del SUMMA coincidieron en que la paciente debía desplazarse a la Urgencia del Centro de Salud Villalba o al Hospital para descartar varios procesos médicos pero por sus propios medios en aplicación de la optimización de los recursos y que esta decisión no fue incorrecta a tenor de la sintomatología que aquejaba la paciente en ese momento, a lo que se añade el que fuera una paciente joven, sana y con ausencia de antecedentes o enfermedades previas de interés.

Tras poner de manifiesto que después de estas llamadas la situación de la paciente se agravó rápidamente, analiza la respuesta del SUMMA al enviar una ambulancia en los siguientes términos.

“7.4. La UVI móvil tardó en llegar al SUAP-30 entre 26 minutos como mínimo (considerando los registros del SUMMA y las anotaciones de los profesionales de dicha UVI) y 34 minutos (considerando los datos del Reclamante y los registros del SUMMA), y fue avisada para atender una emergencia (incidente de prioridad 0), por lo que tardó al menos entre 6 y 14 minutos mas de lo estipulado por el propio SUMMA como tiempo máximo de respuesta en este tipo de incidente, dada la ausencia de legislación al respecto. Sin embargo, hay que considerar que dicha UVI sufrió un accidente durante su trayecto al SUAP, lo que sin duda contribuyó a retrasar su llegada al SUAP, por lo que su tiempo de respuesta podría calificarse de aceptable.

La ambulancia urgente solicitada en un primer momento por el SUAP-30 tardó 45 minutos en llegar a dicho SUAP, es decir, 5 minutos mas de lo estipulado por el propio SUMMA como tiempo máximo de respuesta para un incidente de prioridad urgente, pero no fue necesaria su intervención, puesto que la asumió la UVI móvil. Igualmente, hay que considerar que no se anuló la petición de dicha ambulancia a pesar de haberse movilizado un recurso mas especializado

como era la UVI, asegurando la asistencia sanitaria a la paciente de una u otra manera.

7.5. Desgraciadamente la rotura aguda de la aorta abdominal infrarrenal que sufrió la paciente es una entidad rara, con una sintomatología abdominal poco específica que dificulta su diagnóstico, con un corto espacio de tiempo entre el inicio de los síntomas y el necesario tratamiento y con una alta mortalidad, y por tanto supone una catástrofe. Además, en el caso de la paciente no se daba ninguna circunstancia que hiciera pensar a priori en un diagnóstico tan fatal, ya que es excepcional que se produzca dicha rotura de la aorta en una paciente de su edad, su sexo y con una ausencia total de factores de riesgo.

7.6. La actuación sanitaria por parte de los distintos equipos sanitarios implicados en la asistencia a la paciente, que incluyen el SUAP-30, la UVI móvil y los profesionales sanitarios del Hospital Puerta de Hierro ha sido correcta, por cuanto asistieron adecuadamente a la paciente y utilizaron los medios pertinentes para su tratamiento, en base a la sintomatología que en cada momento presentaba la paciente y los recursos disponibles tanto en un Servicio de Urgencias no Hospitalario (SUAP-30 y UVI móvil) como después en el propio Hospital Puerta de Hierro. Gracias a la asistencia sanitaria y los tratamientos instaurados tanto en el SUAP-30 como en la UVI móvil la paciente llegó viva al Hospital. Y una vez en dicho Hospital, no se escatimaron recursos materiales ni humanos en el empeño por salvar la vida de la paciente, actuando con absoluta rapidez, tal y como procede en casos de extrema gravedad.

7.7. En cualquier caso, el pronóstico por sí mismo era de "muy grave", y el tratamiento realizado fue correcto: asegurar las funciones vitales, control de la hemorragia y tratamiento del shock (aporte de líquidos, expansores del plasma y sangre con objeto de estabilizar

hemodinámicamente al paciente), además de cirugía abierta con máxima urgencia, con ánimo de reparar la rotura”.

Consta notificada la apertura del trámite de audiencia por medio de acuerdo del 12 de julio de 2013 (folio 132).

En uso de dicho trámite, con fecha 28 de julio de 2013, los reclamantes presentaron escrito de alegaciones en el que consideran que, si bien en la primera llamada no era evidente la necesidad de mandar una ambulancia, sí lo era en la segunda llamada efectuada por la paciente.

Consideran que hay contradicciones en los tiempos de llegada de la UVI recogidos en distintos documentos del expediente. Destacan que no es posible que la UVI llegara a las 23.20 si en el registro de llamadas del SUMMA hay una del Centro de Salud a las 23.26 preguntando por la ambulancia.

No consideran factible la explicación ofrecida por la Inspección (distintos relojes). Entienden que hay lagunas en la transcripción de llamadas del SUMMA (intervención de la paciente antes de la respuesta final del médico y última llamada del Centro de Salud al SUMMA que considera que no está completa). Entienden que la Inspección debería haber reclamado las grabaciones.

Destacan que la ambulancia urgente requerida a las 22.49 horas tardó más de 40 minutos en llegar.

Si bien consideran que quizás la paciente habría fallecido de todas formas, ponen de relieve que el propio informe de la Inspección indica que en estos casos las posibilidades de supervivencia del paciente dependen de la rapidez de su traslado a quirófano.

Concluyen solicitando únicamente que se estime la reclamación en los términos planteados en su día.

Cumplimentado el trámite de audiencia, la viceconsejera de Asistencia Sanitaria formuló propuesta de resolución, de 19 de septiembre de 2013, en que propone al órgano competente para resolver la desestimación de la reclamación administrativa.

Considera que la actuación de los facultativos del SUMMA fue correcta teniendo en cuenta los síntomas que relataron la paciente y su padre y que la remisión de una ambulancia requiere en todo caso prescripción facultativa. Respecto a los tiempos de respuesta de las ambulancias solicitadas desde el Centro de Salud entiende que son correctos habida cuenta de las circunstancias: tiempo de respuesta normal, zona rural (sic) y accidente de la UVI.

En este estado del procedimiento, el expediente fue remitido a este Consejo Consultivo el 30 de septiembre de 2013 para su preceptivo informe, siendo objeto del Dictamen 534/13, de 6 de noviembre de 2013, en el que se concluía la necesidad de retrotraer el procedimiento, a los efectos de obtener un nuevo informe del SUMMA 112, con posterior concesión de trámite de audiencia.

A la vista del anterior Dictamen, se solicitó nuevo informe de la directora médica del SUMMA 112 en el que puso de manifiesto:

“(...) Las llamadas codificadas con síntoma clave o principal "dolor abdominal", deben tener como resolución de llamada la valoración clínica por parte de personal médico, bien en un Centro Sanitario o en el propio lugar donde se encuentre el paciente, siendo esta última opción la óptima en los casos de pacientes encamados, enfermedad crónica evolucionada, dificultad de movilidad, etc. Sólo en situaciones muy concretas, en las llamadas con motivo de consulta principal "dolor abdominal", se prescribe Transporte Sanitario (TS) para traslado del paciente a un Hospital directamente desde el SCU, por ejemplo en los casos que por los síntomas

acompañantes o antecedentes se prevea el requerimiento de pruebas complementarias no disponibles en el medio extrahospitalario, por ejemplo: Cirugía reciente, enfermedad digestiva diagnosticada con síntomas de mala evolución, embarazos de alto riesgo o que se acompañen de metrorragia leve, etc. Pero en general, atendiendo al Real Decreto 1030/2006 de 15 de Septiembre, no se debe prescribir TS en sustitución de la ausencia de medios propios.

El grado de urgencia con el que se debe de evaluar clínicamente un dolor abdominal, depende además de su intensidad, de otros síntomas que se presenten y así puede llegar a constituir una emergencia cuando se acompañe de síntomas de shock: sudoración, palidez, frialdad, disminución del nivel de conciencia, mareo persistente, disnea, ... en cuyo caso siempre la resolución de la llamada debe ser la coordinación de una unidad de Soporte Vital Avanzado (SVA), refiriéndose a UVI móvil o VIR, al lugar donde se encuentre el paciente independientemente de la edad, situación basal, antecedentes personales o cualquier otro factor.

En cualquier caso, la gran diversidad de causas que producen dolor abdominal y la evolución rápida de algunas enfermedades que se presentan con dolor abdominal, aconseja que cualquier dolor abdominal sea valorado clínicamente cuanto antes.

En el caso que nos ocupa, en ninguna de las dos llamadas se presentaban síntomas por los que la paciente no pudiera ser correctamente valorada a priori por un Centro de Urgencias, incluso en la segunda llamada, donde el alertante fue la propia paciente, se refirieron, y el único impedimento para seguir las instrucciones del médico coordinador fue la ausencia en ese momento de disponer de vehículo propio.

La siguiente atención sanitaria que se presta a la paciente con un recurso del SUMMA es en el Centro de Urgencias extrahospitalario sito

en la Localidad de Collado Villalba (SUAP 30). La paciente está registrada en dicho Centro con hora de entrada a las 22:47, es decir alrededor de 40 minutos después de la última llamada al SCU, tiempo muy adecuado para valorar un dolor abdominal que minutos antes, aunque se refería como intenso, no presentaba síntomas de shock.

En este Centro, tras la primera valoración de la paciente, se solicitó al SCU una ambulancia con carácter urgente a las 22:49 horas y posteriormente a las 23:00 horas se solicitó una UVI móvil y conforme reflejan los informes clínicos se inició tratamiento de soporte circulatorio y analgesia.

El tercer recurso del SUMMA interviniente fue una UVI móvil. Tras la solicitud de la misma por el SUAP, se transmitió el aviso a la unidad de UVI móvil a las 23:02 horas. La UVI asignada fue la más cercana al SUAP 30, que estaba disponible y cuya base sita en el Hospital de El Escorial (UVI 15).

En la fecha del caso de este expediente, los distintos tiempos de actuación de los recursos móviles (estatus), eran aportados al sistema de forma manual por parte del personal de dichos recursos, y lamentablemente en este caso, el estatus de intervención (hora de llegada al lugar) no está registrado. Actualmente, en aras de la fiabilidad de los datos, todos los recursos móviles del SUMMA tienen localizador por GPS por lo que tanto el recorrido que realizan, como los tiempos de actuación, están automatizados y grabados a tiempo real.

Se puede hacer una estimación teórica del tiempo de respuesta de la UVI 15: la isocrona (distancia de recorrido medido en tiempo) desde la base de la UVI 15 hasta el SUAP 30 se sitúa en 18-20 minutos a los que hay que añadir 2 minutos de la grabación de la llamada de solicitud y la movilización de la unidad más óptima en el SCU y otros 2-3 minutos

de acceso del personal desde las instalaciones hasta el vehículo, es decir el tiempo de respuesta teórico máximo en este caso sería entre 22-24 minutos. Hay que tener en cuenta que los cálculos teóricos de isocronas y tiempos de respuesta son mayores que los reales a expensas fundamentalmente de la reducción del tiempo de recorrido, aun así en el medio rural, las isocronas son largas pues los tipos de vías no son vías rápidas o autovías.

Por otra parte, la última llamada del SUAP al SCU solicitando información sobre la UVI se realiza a las 23:26 y a las 23:50 se tiene registrada la hora de salida de la UVI del SUAP con la enferma ya en la UVI de camino al Hospital, las actuaciones de soporte circulatorio y sedación en el Centro por parte del personal de la UVI referidas en el informe clínico requieren un tiempo, tanto en su preparación y administración como en la respuesta farmacológica para asegurar la estabilidad del paciente durante el camino al Hospital, y además hay que tener en cuenta otros minutos para el traslado de la enferma desde el SUAP hasta la camilla de la UVI y nueva toma de constantes. Por todo esto, podemos considerar que la UVI no debió llegar al SUAP después de las 23:30h. Si además tenemos en cuenta el accidente sufrido por la UVI móvil referido como incidencia, que aunque bien es cierto no debió suponer demasiado tiempo, si unos minutos en parar, asegurar que la UVI podía continuar y comunicar al SCU el problema ya que el coche contrario se había dado a la fuga y fue requerida Policía para su correspondiente localización.

En definitiva, la transmisión del aviso a la UVI se realizó a las 23:02h, como máximo a las 23:30h estaba en el SUAP y hubo unos 5 minutos de demora por el accidente, es decir se puede considerar un tiempo de respuesta de unos 23 minutos en este aviso.

En relación a las dudas o posibles contradicciones que específicamente se refieren en el escrito sobre el tiempo de respuesta de la ambulancia, la hora que aparece en el informe clínico de la UVI móvil, la posibilidad de que el SUAP supiera la hora exacta de llegada de la UVI y sobre la transcripción de alguna llamada, le informo que:

-. Tiempo de respuesta de la ambulancia: La ambulancia fue solicitada con una prioridad 1 (no emergencia) con lo que estos tiempos son mayores. Lo habitual es que al solicitarse un recurso de mayor prioridad, el previo se anule para quedar disponible para otros avisos, en este caso no se hizo, en bien de que podría suponer un soporte de ayuda a la UVI para el traslado de la enferma al Hospital, pero en ningún caso si hubiese llegado antes que la UVI, hubiera trasladado a la enferma en las condiciones de inestabilidad que se encontraba. Tanto los recursos humanos como técnicos de las ambulancias que no son de SVA, no permiten el traslado de este tipo de pacientes sin un gran riesgo durante el camino, por lo que la actuación de la ambulancia en este caso, a consideración de esta Dirección, no es influyente en el expediente.

-. Hora que aparece en el informe clínico de la UVI móvil, 23:20h: todos los datos que aparecen en el primer encabezado del informe clínico, son los correspondientes a los datos de transmisión del aviso desde el SCU a los recursos asistenciales, y así esta hora debe expresar la hora de transmisión del aviso. Todos estos ítems, en la fecha del incidente, se aportaban por voz y se recogían a "mano", y en el caso que nos ocupa es un dato incorrecto. Este ítem de "hora" en el informe clínico, no expresa ni la hora de llegada al lugar, ni la de emisión del informe. En la actualidad los datos de transmisión desde el SCU a las unidades móviles se establecen a través de una red de datos que asegura la correcta comunicación de la información y en el informe clínico actual la hora que

aparece es la hora de elaboración del informe clínico. Se adjunta Instrucción Técnica al respecto vigente en el año 2010.

- .Registro de la hora de llegada de la UVI en el SUAP: En los SUAPs, se recoge la hora de entrada de los pacientes, no de los recursos móviles solicitados. No parece adecuado a fecha actual solicitar informe testimonial al personal que en su momento estuvo de guardia por si recordasen la hora de llegada de la UVI, además en cualquier caso sería aproximada o perceptiva puesto que el registro de este dato no se realiza.

- .Transcripción de los audios: Habitualmente los puntos suspensivos indican que algún texto o palabra no es entendible por el transcriptor, también se utilizan para las pausas que se pueden establecer en una conversación, se ha vuelto a evaluar los audios y así en la llamada aaa los puntos suspensivos que aparecen a nivel de la conversación del operador corresponden a ciertas palabras que se sobreponen entre ambos operadores y no fácilmente entendibles, en la revisión realizada la transcripción correspondiente sería:

Ope. 112: Un fijo que tenéis, 91, 6, perdona, bbb

Ope SUMMA: Dime, ah que le tenemos ya

Ope 112: Si, si

Ope SUMMA: Umm, pues abierto no, cerrado en Collado Villalba, Urbanización A nº ccc.

En la misma llamada aaa a nivel de la conversación con el médico, los puntos suspensivos se corresponden a que la alertante no habla, parece que desde lejos alguien hablara pero no es audible.

En relación a la llamada ddd, los primeros puntos suspensivos, se corresponden a una pausa de 4 segundos. Esta llamada está completa,

cuando los SUAP solicitan un recurso móvil de traslado, acceden directamente al operador del SUMMA y no se requiere Regulación Médica por parte de los médicos del SCU, sólo los datos de localización, identificación del paciente, tipo de recurso solicitado y prioridad”.

Finaliza el informe destacando que, si en cualquiera de las dos llamadas se hubiera comunicado cualquier otro síntoma además del dolor abdominal intenso, se habría activado no una mera ambulancia sino un SVA pero lo insólito del caso clínico en una paciente tan joven y sin antecedentes clínicos previos no permitían prever la evolución y el desenlace final.

Considera, en suma, que no hubo falta de procedimiento, demoras significativas ni falta de profesionalidad en la actuación de ese servicio.

Con fecha 7 de febrero de 2014 fue conferido nuevo trámite de audiencia a los reclamantes.

En uso de dicho trámite, con fecha 12 de febrero de 2012, los reclamantes presentaron escrito de alegaciones en el que ratificaban lo expuesto en su escrito de reclamación, y aducían que no les fueron entregadas las grabaciones de las llamadas realizadas al SUMMA 112.

Consideran que ya en las llamadas efectuadas desde el domicilio debió remitirse una ambulancia toda vez que en los actuales protocolos de actuación del SUMMA obrantes en el expediente (folio 218) el síndrome de abdomen agudo se considera una urgencia vital.

Igualmente considera que hubo retraso y descoordinación en el envío de una ambulancia y una UVI móvil al SUAP. Entienden que la información remitida por el SUMMA está incompleta y que no es posible que la UVO saliera del SUAP a las 23.50 horas y llegase al Hospital Puerta de Hierro a las 2.09 horas (dos horas y diecinueve minutos) si bien reconoce que la

hora de entrada puede ser un error bien del SUMMA o del informe forense de donde se extrae ese dato.

Formalizado el trámite de audiencia, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria formuló propuesta de resolución, de 17 de marzo de 2014, en el sentido de desestimar la reclamación patrimonial al considerar que se actuó conforme la *lex artis*.

CUARTO.- El consejero de Sanidad, mediante oficio de 19 de marzo de 2014 que ha tenido entrada en el registro del Consejo Consultivo el día 25 de marzo, formula preceptiva consulta por el trámite ordinario, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección III, presidida por el Excmo. Sr. D. Javier María Casas Estévez, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en su sesión de 30 de abril 2014.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 13.1.f).1 o de su Ley Reguladora 6/2007, de 21 de diciembre (LCC), por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 € y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 14.1 LCC.

SEGUNDA.- Los reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 139.1 de la Ley 30/92, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico

y Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), en su condición de familiares de la paciente fallecida.

Como ya indicamos en nuestro Dictamen 534/13, de 6 de noviembre, acreditan esa condición mediante diversos documentos del Registro Civil de la República Bolivariana de Venezuela de los que resulta el matrimonio y la filiación de los reclamantes pero no respecto de la paciente. En cuanto a esta, figuran en el expediente unos documentos cortados, al parecer extractos de certificaciones del Registro Civil de la República Federal de Alemania, en los que parece leerse la filiación de la paciente. No obstante una interpretación flexible y la existencia de datos en el expediente en los que consta la filiación de la paciente permiten tener por acreditado el parentesco de los reclamantes.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, a quien corresponde la titularidad del servicio público de urgencias sanitarias que ejerce a través del SUMMA 112.

Por lo que se refiere al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, a tenor del artículo 142.5 LRJ-PA C, que se contarán, en caso de daños de carácter físico o psíquico, desde que el hecho aconteció, o desde la curación o determinación del alcance de las secuelas.

El fallecimiento tuvo lugar el día 7 de febrero de 2010, fecha inicial del cómputo del plazo de prescripción. Hay que tener en cuenta que dicho plazo estuvo interrumpido, por la existencia de actuaciones penales hasta el 8 de octubre de 2012, fecha del Auto del Juzgado de Instrucción nº 2 de Majadahonda acordando el sobreseimiento provisional.

Aun cuando se desconoce la fecha de notificación de ese Auto, la reclamación presentada el 8 de noviembre del mismo año, ha de entenderse dentro del plazo legal.

Se ha solicitado el informe del servicio causante del daño conforme exige el artículo 10 RPRP.

A este respecto, a raíz de lo recogido en nuestro Dictamen 534/13, se acordó la retroacción de las actuaciones y el nuevo informe emitido por el SUMMA112 sí se pronuncia expresamente sobre las cuestiones planteadas por los reclamantes acompañando los protocolos de actuación de dicho servicio.

Puesto que el nuevo informe no altera sustancialmente los hechos sobre los que versa la reclamación no se considera necesario un nuevo informe de la Inspección Sanitaria.

TERCERA.- Debemos partir de la consideración de que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración, que tiene su fundamento en el artículo 106.2 de la Constitución, y su desarrollo en los artículos 139 y siguientes de la LRJP-PAC, supone la concurrencia de los siguientes requisitos, según una constante y reiterada jurisprudencia, de la que puede destacarse la sentencia del Tribunal Supremo de 15 de marzo de 2011 (recurso 3261/2009):

- a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicoamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.
- c) Ausencia de fuerza mayor.
- d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta.

Igualmente recoge dicha Sentencia que: *“La jurisprudencia de esta Sala (por todas la STS de 1 de julio de 2009, recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) insiste en que “no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”.*

CUARTA.- En el ámbito sanitario, la jurisprudencia ha utilizado como criterio para determinar el carácter antijurídico del daño la llamada *lex artis*, definida en la sentencia de 19 de junio de 2008 (recurso 2364/2004), indicando (FJ 4º), que *“según jurisprudencia constante de esta Sala, un acto médico respeta la lex artis cuando se ajusta al estado de conocimientos de la comunidad médica en ese momento y, así, realiza lo que generalmente se considera correcto en el tipo de situación de que se trate”*.

Por ello, la Administración no causa un daño antijurídico si su actuación no ha sido efectiva, pese a haberse aportado los medios necesarios actuando conforme la *lex artis* tal y como afirma la sentencia del Tribunal Supremo de 24 de mayo de 2011 (recurso 2192/2010). En similares términos se pronuncia la jurisprudencia civil así la sentencia del Tribunal Supremo (Sala 1ª) de 15 de febrero de 2006 (recurso 2626/1999), en la que el presupuesto de la responsabilidad civil por actos médicos es idéntico, ya que, como afirma la sentencia, *“(...) es lo cierto que un defectuoso diagnóstico o error médico no es por sí mismo causa de responsabilidad si se acredita que se emplearon los medios ordinarios y se actuó con la debida diligencia para cerciorarse del diagnóstico”*.

La carga de la prueba corresponde al reclamante de la responsabilidad patrimonial conforme el artículo 217 LEC. No obstante, en ocasiones en la

materia sanitaria la jurisprudencia ha invertido la carga de la prueba, considerando la mayor facilidad probatoria de la Administración sanitaria. En este sentido, la sentencia del Tribunal Supremo de 3 de diciembre de 2010 (recurso 3339/2006).

QUINTA.- En el caso que nos ocupa, los reclamantes efectúan dos reproches claramente diferenciados, de un lado, consideran que debió remitirse una ambulancia al domicilio de la paciente ante los síntomas que se describían por teléfono al médico del SUMMA 112 y, de otro, una excesiva tardanza en la remisión de una UVI móvil tras el requerimiento efectuado desde el SUAP-30.

En cuanto a lo primero, los reclamantes afirman que debía haberse enviado algún tipo de recurso (ambulancia, UVI móvil) ante la situación de abdomen agudo de la paciente tal y como establecen los actuales protocolos de actuación del SUMMA 112.

Debemos partir de lo dispuesto en el Real Decreto 1030/2006, de 165 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, cuyo Anexo IV recoge que la prestación de atención de urgencia comprende

“2.1. La atención telefónica, a través de los centros coordinadores de urgencias sanitarias, que incluye la regulación médica de la demanda asistencial asignando la respuesta más adecuada a cada urgencia sanitaria; la información y la orientación o consejo sanitario.

2.2. La evaluación inicial e inmediata de los pacientes para determinar los riesgos para su salud y su vida y, en caso de ser necesaria, la clasificación de los mismos para priorizar la asistencia sanitaria que precisen. La evaluación puede completarse derivando a los pacientes a un centro asistencial si fuera necesario, para la realización de las exploraciones y procedimientos diagnósticos precisos para establecer la

naturaleza y el alcance del proceso y determinar las actuaciones inmediatas a seguir para atender la situación de urgencia (...).

2.5. El transporte sanitario, terrestre, aéreo o marítimo, asistido o no asistido, según lo requiera la situación clínica de los pacientes, en los casos en que sea preciso para su adecuado traslado al centro sanitario que pueda atender de forma óptima la situación de urgencia”.

Este Consejo no puede sino compartir el criterio de la Inspección Sanitaria cuando afirma que, de la información suministrada telefónicamente al SUMMA, ha de considerarse que la actuación de los dos médicos que atendieron las llamadas fue correcta al indicar que acudiera a un centro sanitario para su adecuada valoración, al tratarse de una persona joven sin antecedentes que hicieran sospechar una urgencia vital y mucho menos la grave patología que posteriormente se diagnosticó.

En su segundo escrito de alegaciones los reclamantes consideran que debió mandarse una ambulancia al presentar la paciente un cuadro de abdomen agudo, basándose en el protocolo de actuación del SUMMA 112. Sin embargo dicho protocolo, a propósito del “*dolor abdominal*,” distingue los casos en los que “*no existe sospecha de signos de gravedad ni de abdomen agudo*” en cuyo caso procede la derivación a un centro (estableciendo que se hará por sus propios medios) o la asignación de un médico “M2” (que en horario de atención primaria equivale a un médico de atención primaria).

Sólo en los casos de signos de gravedad o sospecha de abdomen agudo se mandará una ambulancia con prioridad A1 (no demorable) o una UVI en caso de shock.

Teniendo en cuenta que el análisis de la asistencia prestada debe respetar la llamada prohibición de regreso (dictámenes 52/13, de 20 de febrero y 365/13, de 11 de septiembre y sentencia del Tribunal Superior de Justicia

de Madrid de 24 de enero de 2013 (recurso 458/2010)) , esto es, enjuiciar esa actuación teniendo en cuenta la evolución posterior del paciente, no puede entenderse que, de los datos suministrados a los médicos del SUMMA, éstos pudieran inferir que la paciente podía padecer un abdomen agudo.

No podemos sino destacar que el Diccionario de Términos Médicos de la Real Academia de Medicina (Panamericana, Madrid, 2011, pág. 2) recoge que el abdomen agudo “*exige una exploración física y un diagnóstico diferencial rápido por parte del médico y suele precisar tratamiento quirúrgico urgente*” por lo que la mera presencia de un dolor intenso y un vómito no permite determinar, sin más, la sospecha de un abdomen agudo.

En definitiva la Inspección considera que los médicos del SUMMA no actuaron de forma incorrecta ya que de la información que se les suministró no podía sospecharse un cuadro de tal gravedad que hiciese necesaria la movilización de una ambulancia, debiendo recordarse el especial valor que tanto este Consejo (Dictamen 447/13, de 9 de septiembre, entre otros muchos) como el Tribunal Superior de Justicia de Madrid (sentencia de 10 de abril de 2013 (recurso 583/2011) conceden al informe de la Inspección Sanitaria.

SEXTA.- En cuanto al retraso en la remisión de una ambulancia/UVI al SUAP-30 debe destacarse que, en este centro, solicitaron a las 22.49 horas una ambulancia urgente por presentar la paciente dolor abdominal (no se menciona la existencia de abdomen agudo) y a las 23.00 horas se reconvierte la petición por una UVI (seguramente por cuanto en la espera la paciente convulsionó varias veces).

La existencia o no de un retraso que pudiese dar lugar a la responsabilidad patrimonial de la Administración ha de determinarse en

función de los tiempos medios de respuesta y las circunstancias particulares que concurrieron en el presente caso.

Las llamadas se recibieron en el SUMMA 112 a las 22.49 y a las 23.00 horas y se reiteran a las 23.12, 23.14, 23.19 y 23.26 horas. Es cierto que no se puede determinar la hora exacta a la que llegó la UVI puesto que la hora que figura en el parte de asistencia (23.20) es un error reconocido por el propio SUMMA en su segundo informe. Por lógica debió llegar no mucho después de las 23.26 horas ya que no vuelve a haber más llamadas del SUAP-30 (las anteriores se producían cada pocos minutos) y a las 00.17 horas ingresaba en el Hospital (folio 49).

A este respecto ha de indicarse que lo alegado por los reclamantes en cuanto a que la hora de ingreso fueron las 2.09 horas, basándose en el informe forense (folios 73 y 268), se ve rebatido por las anotaciones de la historia clínica del Hospital Puerta de Hierro en las que consta como hora de ingreso las 00.17 horas (folio 49) y a las 00.18 fueron avisados los especialistas de Medicina Intensiva que diagnostican el síndrome de abdomen agudo (folio 44).

Según el informe del SUMMA, la UVI móvil salió del SUAP en dirección al Hospital Puerta de Hierro a las 23.50 lo cual cuadra con una llegada a dicho centro en torno a las 0.17 horas.

Teniendo en cuenta que el personal de la UVI realizó diversas actuaciones para preparar el traslado de la paciente al Hospital puede estimarse que la UVI móvil llegó en torno a las 23.30.

El SUMMA afirma que el aviso de la llamada de las 23.00 horas a la UVI se produjo a las 23.02 y ésta tardó unos 2-3 minutos en ponerse en marcha, por lo que el tiempo de respuesta sería de unos 25 minutos.

Con independencia de las formas de computar dicho tiempo, lo cierto es que la UVI tardó en torno a una media hora cuando el tiempo de respuesta adecuado según los parámetros que el propio SUMMA maneja sería de 1.5 ± 5 minutos.

Por tanto la cuestión a determinar es si el retraso de unos diez minutos puede considerarse que no cumple la *lex artis* o, más bien en este caso, los estándares de actuación razonables.

En el propio Auto del Juzgado de Instrucción nº 2 de Majadahonda se alude, sin explicar la razón de su cita en una resolución de sobreseimiento provisional conforme el artículo 637 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, a la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 16 de diciembre de 2010 (recurso 736/2007), en la que se estima una reclamación por retraso en la llegada de una ambulancia en la que concurren diversas circunstancias radicalmente diferentes a las del presente caso, como son la insuficiente explicación del SUMMA sobre los motivos de un retraso quedando acreditado que hubo una insuficiente atención telefónica, el que el paciente fuera remitido de un servicio a otro y, cuando una hora y media después del primer aviso acudió un médico al domicilio del reclamante y solicitó una ambulancia urgente, esta no llegase hasta más de una hora después, circunstancias todas ellas que motivaron que la Inspección Sanitaria apreciase un mal funcionamiento del servicio.

Hecha esta precisión debe destacarse que el propio Tribunal Superior de Justicia de Madrid afirma que en esta materia debe estarse a las específicas circunstancias de cada caso. Así en la sentencia de 28 de octubre de 2010 (recurso 745/2008) indica que, en estos casos, ha de estarse a la hora de movilización del recurso y añade “(...) al respecto esta Sala en anteriores resoluciones siempre poniendo de manifiesto la necesidad de que la asistencia se preste en el menor tiempo posible no ha considerado

irrazonable un período de tiempo como el que acontece en este caso atendiendo a las circunstancias de distancia, tráfico, etc.”.

Por ello, en el caso objeto del presente dictamen, no puede decirse que un retraso de unos diez minutos sobre los tiempos adecuados de respuesta fijados por el SUMMA permita entender que se sobrepasaron los estándares adecuados de actuación, máxime teniendo en cuenta que se produjo un leve accidente de tráfico que, forzosamente, motivó la parada de la UVI aunque solo fuese para que el conductor apreciase los daños sufridos por el vehículo y determinase si podía continuar el servicio o era preciso movilizar otra UVI.

Debe tenerse en cuenta que tampoco se ha establecido que ese supuesto retraso afectase directamente a la evolución posterior de la paciente que llegó viva al Hospital donde, pese a recibir una asistencia inmediata, falleció unas dos horas después cuando estaba siendo intervenida de urgencia.

En suma, se trata de un cúmulo de circunstancias que determinaron el lamentable e inesperado fallecimiento de la paciente pero no puede establecerse que las mismas se debieran a una actuación incorrecta o una falta de medios de los servicios sanitarios, por lo que no procede reconocer la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración.

En atención a lo expuesto, el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la presente responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado la infracción de la *lex artis*.

A la vista de lo todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3. 7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo.

Madrid, 30 de abril de 2014

