

Dictamen nº **73/14**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **12.02.14**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 12 de febrero de 2014, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1 de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, en el asunto promovido por A.M.V., M.J.M.O. y M.M.O., sobre responsabilidad patrimonial de la Administración por el fallecimiento de su cónyuge y madre, respectivamente, J.O.A., que atribuyen a la asistencia sanitaria dispensada por el Hospital del Tajo de Aranjuez, que consideran deficiente.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado en el Servicio de Correos el día 31 de octubre de 2012, las hijas de la fallecida formulan reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración por los daños y perjuicios ocasionados por el fallecimiento de su madre, que atribuyen a la que consideran deficiente actuación por parte del Hospital del Tajo de Aranjuez que no intervino con la diligencia precisa para derivar a la paciente a un hospital donde pudieran realizarle un cateterismo, una vez conocido el rechazo por parte del hospital de Toledo, hospital de referencia de la paciente, y la falta de control y tratamiento tensional adecuado.

Exponen las interesadas en su reclamación, que el día 11 de junio de 2012, su madre comenzó a encontrarse mal *“mareo con giro de objetos, vómitos y tensión arterial elevada”* y acudieron al centro de salud de Yepes (Toledo) donde fue tratada de cólico biliar con buscapina, como no mejoraba decidieron ir al Hospital del Tajo, de Aranjuez (Madrid). Las pruebas indicaron un posible vértigo paroxístico periférico y el electrocardiograma *“Síndrome coronario agudo con factores de riesgo cardiovascular, con elevación de troponinas e insuficiencia renal leve”*.

Se pautan medidas terapéuticas y médicas y se solicita una UVI móvil para trasladarla a su hospital de referencia en Toledo, donde pudiera ser sometida a un cateterismo. El traslado fue rechazado *“aduciendo el Hospital de Toledo su sobrecarga”*. La mala evolución de la paciente y la imposibilidad de trasladarla a su hospital de referencia llevan a remitirla el 14 de junio al Hospital 12 de Octubre de Madrid, donde a pesar de la atención y la intervención quirúrgica a la que fue sometida fallece al día siguiente.

Desde su punto de vista, el Hospital del Tajo no estaba preparado para tratar la patología que padecía la paciente y reprochan al hospital madrileño que no se actuara con mayor urgencia cuando se conoció el diagnóstico, además, el inadecuado control de la tensión arterial y no haber practicado el cateterismo que la patología cardíaca precisaba, devino en una hemorragia cerebral que le causó la muerte. Añaden que:

“Es evidente, que en el caso que nos ocupa ha existido una vulneración de la Lex Artis ad hoc en cuanto a que se mantuvo a una paciente, de la cual se conocía perfectamente la patología de la que debía ser tratada, durante tres días en el box de urgencias del Hospital del Tajo esperando a que el Hospital de Toledo finalmente la admitiera cosa que no sucedió, denegando así su derecho de asistencia y siendo tratada de manera completamente ineficaz las

crisis hipertensivas que presentó, agravando hasta tal punto su situación que la llevó a su fallecimiento”.

Solicitan ser indemnizadas “*en cantidad suficiente para cubrir los daños y perjuicios ocasionados por el fallecimiento de su madre*” en el Hospital del Tajo.

Acompaña al escrito copia del Libro de Familia para acreditar la relación de las reclamantes con la fallecida y copia de diversos documentos médicos. A efecto de notificaciones designan un despacho de abogados.

SEGUNDO.- De la historia clínica y la documentación obrante en el expediente se extraen los siguientes hechos:

La paciente, de 63 años de edad y antecedentes médicos personales de trasplante de médula ósea por leucemia aguda hace 22 años, litiasis biliar y en tratamiento por hipertensión arterial y diabetes mellitus, el día 11 de junio de 2012, a las 12:30 horas es tratada en su domicilio por su médico de atención primaria de su centro de salud en Yepes (Toledo), por dolor abdominal agudo, vómitos e hipertensión arterial (HTA). El médico trata la HTA con captopril 50 sublingual y seguril, para los vómitos prescribe primperán y para el dolor abdominal buscapina. A las 13:00 horas realiza segunda visita para control y observa que persiste el cuadro de dolor en hipocondrio derecho. Pauta analgesia y ordena derivación a Urgencias del hospital de referencia de la paciente por posible cuadro de colelitiasis (folio 25).

A las 23:16 horas acude al Servicio de Urgencias del Hospital del Tajo, de Aranjuez, donde ingresa. Las pruebas y exploraciones realizadas indican posible vértigo paroxístico periférico (VPP). La exploración neurológica es normal. La tensión arterial está en 181/94 con frecuencia cardíaca de 92 lpm.

El 12 de junio se hace electrocardiograma que informa de ritmo sinusal sin alteraciones sugestivas de isquemia. Ante un resultado de troponina elevado (0,43), el facultativo solicita nueva bioquímica porque *“no me cuadra, no ha tenido dolor torácico, solo epigastralgia que impresiona de dispéptica”*, se pauta neuroléptico y un protector gástrico.

La paciente se encuentra mejor clínicamente, menos mareo, sin nauseas, vómitos y epigastralgia. Se mantiene asintomática salvo dolor en la espalda a nivel lumbar.

En nuevo electrocardiograma *“con las segundas troponinas de 0,60 se aprecian cambios del ST e inversión de onda T V4, V5 y V6. En primer EKG creo apreciar descenso del ST en cada inferior”*.

Con el juicio clínico de SCASEST (Síndrome coronario agudo sin elevación del ST), se inicia tratamiento con doble antiagregación y anticoagulación y control de los factores de riesgo evolutivo: hipertensión arterial, diabetes e insuficiencia renal leve. La tensión arterial es de 156/78 con frecuencia cardíaca de 85 lpm.

A las 14:21 horas la enferma se encuentra hemodinámicamente estable y con la tensión arterial controlada, con el juicio clínico de síndrome coronario agudo en paciente con factores de riesgo cardiovascular, con elevación de troponinas (en descenso en el momento actual) e insuficiencia renal leve. Se pauta Adiro, enoxaparina, control de glucemia y para la HTA enalapril.

Se pide ambulancia tipo UVI móvil para traslado a su hospital de referencia, el Hospital de Toledo. El traslado no se lleva a cabo porque el centro sanitario de destino aduce sobrecarga. La incidencia se pone en conocimiento de la jefa del hospital.

El 13 de junio, dado que la paciente lleva cuarenta y ocho horas en el Servicio de Urgencias y no hay noticias de Toledo, se procede a cursar el ingreso a cargo de Medicina Interna.

A las 21:21 horas presenta un episodio de emergencia hipertensiva con cefalea intensa, tensión arterial 216/110, se instauro tratamiento. Refiere mucho dolor de cabeza y náuseas, queda monitorizada con tomas de tensión cada cinco minutos. A las 21:49 horas, tras la cena presenta 200/90. Se pauta Labetalol con resultado fugaz.

La tensión arterial no se controla a pesar de la perfusión de nitroglicerina. La paciente comienza con clínica de encefalopatía. Se hace una tomografía axial computarizada que evidencia hemorragia intraparenquimatosa e ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Se gestiona el traslado de la enferma a su hospital de referencia, se admite por UCI del Hospital Virgen de la Salud de Toledo, mientras se inician medidas antiedema. Sufrir deterioro neurológico con profundización de la somnolencia y desviación de la mirada conjugada a la izquierda, se procede a intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica. Ante la imposibilidad de traslado al hospital de referencia por falta de transporte urgente, se gestiona el traslado al Hospital 12 de Octubre de Madrid, donde es aceptada y trasladada a las 22:30 horas del 13 de junio de 2012, con el juicio clínico de hemorragia intraparenquimatosa en paciente antiagregada y anticoagulada.

La paciente llega al box vital de la Urgencia del Hospital Universitario 12 de Octubre a la 1:45 horas, se procede a monitorización hemodinámica, conexión a ventilación mecánica, extracción de analítica y grupo sanguíneo. No se administra inicialmente sedación para no interferir en la exploración neurológica. Las pruebas realizadas indican hematoma en vermis cerebeloso que produce colapso del cuarto ventrículo e hidrocefalia supratentorial con edema cerebral difuso y herniación

trasntentorial y uncal izquierda. Valorado por el neurocirujano, se indica intervención quirúrgica urgente para evacuación del hematoma.

Tras la operación pasa a la UCI, donde presenta bradicardia extrema y evolución desfavorable

A las 20:00 horas del 14 de junio se retira la sedación. El 15 de junio de 2012 presenta muerte encefálica, situación confirmada por las diversas pruebas llevadas a cabo a las 13:15 horas.

TERCERO.- Por dichos hechos se ha instruido el procedimiento de responsabilidad patrimonial, cuyo inicio se comunica a las interesadas por escrito de 14 de noviembre de 2012, en el que se solicita que concreten la cuantía económica solicitada y aporten el nombre del centro de salud donde fue atendida la enferma y en el caso de que no sea de titularidad de la Comunidad de Madrid, presenten la historia clínica.

Por la letrada designada en el escrito de reclamación se da cumplimiento a los interesados por escrito presentado en el Servicio de Correos el 23 de noviembre de 2012, indican que la cuantía indemnizatoria para subsanar los daños y perjuicios ocasionados, *“la cantidad que prudencialmente podría cubrirlos serían 180.000 euros”*. Indica la dirección del centro de salud donde fue atendida, centro que se encuentra en Yepes (Toledo) y comunican que la historia clínica obrante en el SESCAM se presentará cuando se encuentre en su poder. Al mismo tiempo manifiesta que por error no se incluyó en la reclamación al marido de la perjudicada, subsanando la falta en este escrito.

Se ha incorporado al expediente la historia clínica de la paciente incluida la correspondiente al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), remitida por la parte interesada el 9 de enero de 2013, y los informes de los servicios que atendieron a la enferma en el Hospital del Tajo, de Aranjuez (Madrid).

La coordinadora del Servicio de Urgencias, tras revisar la historia clínica de la paciente concluye:

“Se ha realizado en todo momento una correcta historia clínica, exploración física y tratamiento orientado en función de la sospecha diagnóstica.

En las pruebas descritas en los informes del Servicio de Urgencias se incluían las exploraciones complementarias necesarias en cada caso para llegar a los diagnósticos emitidos.

Tras las primeras horas y conseguida su estabilización, se solicitó traslado en recurso medicalizado a su hospital de referencia para completar estudio y tratamiento, el cual no se llevó a cabo por motivos ajenos a nuestro centro.

Señalar finalmente que se trata de una paciente que por sus antecedentes tiene elevado riesgo cardiovascular, y por tanto más proclive a eventos cardiovasculares tanto coronarios como cerebrovasculares”.

El Servicio de Medicina Intensiva, refiere las actuaciones llevadas a cabo durante la permanencia de la enferma en su servicio, desde el 13 de junio de 2012, donde fue derivada desde Urgencias tras cuarenta y ocho horas ingresada y ante la negativa del Hospital de Toledo de atender a la paciente por sobrecarga, y el día que fue trasladada al Hospital 12 de Octubre de Madrid, 14 de junio, ante la imposibilidad de ingreso en su hospital de referencia por carecer de medios de transporte para llevar a cabo su traslado. Adjunta copia electrónica de TAC craneal y resultados analíticos.

Asimismo, se ha incorporado al expediente el informe de la Inspección Sanitaria de 14 de junio de 2013, entre otras consideraciones médicas expone que:

“puesto que su hospital de referencia estaría en Toledo, no se cual fue el criterio que se siguió para acudir a urgencias del Hospital del Tajo y varias horas después de la valoración por el médico del CS Yepes”.

Respecto de que no se realizara a la paciente cateterismo, como reprochan las reclamantes explica que

“- La coronariografía en urgencias estaría indicada en el SCACEST (cuadro CON elevación del segmento ST e SCG) para la realización de perfusión urgente mediante liberación de la luz de coronarias obstruidas en los casos en que exista un clínica doloras típica y en las primeras 72 horas desde el inicio del cuadro.

- Pero NO está indicada en el SCASET/Infarto no Q, que es el cuadro que presentaba la paciente.

- En caso de infarto de miocardio no Q o SCASET con factores de riesgo cardiovascular añadidos como HTA y diabetes mellitus (DM) estaría incluso contraindicada de forma urgente, siendo su consideración en un segundo tiempo y una vez estabilizados todos sus factores de riesgo y clínica cardiológica.

- En el SCACEST y IM no Q se indica aliviar el dolor de isquemia, el tratamiento antiagregante y antitrombótico y el tratamiento sintomático de eventuales complicaciones evolutivas del propio cuadro clínica (shock cardigénico, arritmias, problemas mecánicos) así como de los factores de riesgo cardiovascular previo, de otras patologías previas que pudieran desestabilizarse y de los efectos del tratamiento instaurado.

- En este caso concreto se constata durante la estancia en espera del traslado, en las hojas clínicas de enfermería, el control de cifras

tensionales y su diabetes, así como estabilidad clínica en cuanto al dolor y ECG.

- Valoradas las posibilidades y tratamiento de Urgencias, en su caso, se aconseja ingreso en la unidad coronaria de su hospital de referencia (Toledo), como aconsejan todas las guías de urgencias para este cuadro (SCASET) y así se informa a la familia. La demora en el traslado, por sobrecarga asistencial (según consta en los IM emitidos) se le informó también a la familia según la historia clínica aportada.

- Como consta en la historia clínica aportada, en cuanto se produce complicación de su situación clínica (crisis hipertensiva) se toman las medidas de tratamiento y revaloración de las circunstancias de traslado y gestión de derivación oportunas para cada momento de la rápida evolución sufrida”.

Y concluye que:

“Se siguieron las directrices de las guías diagnósticas y protocolos estandarizados en cuanto a la indicación de las técnicas diagnósticas pertinentes en cada momento. Por ello la asistencia prestada ha sido correcta y adecuada a la lex artis ad hoc”.

Con fecha 3 de septiembre de 2013, se remite copia del expediente a los interesados por correo con acuse de recibo firmado el día 6 del mismo mes a fin de que pueda formular las alegaciones que estime pertinentes.

Mediante escrito de alegaciones presentado por las hijas y el marido de la fallecida el 19 de septiembre se ratifican en lo expuesto en su reclamación y muestran su desacuerdo con el informe de la Inspección Sanitaria argumentando que la bibliografía médica consultada por su parte contradice a la citada por la médica inspectora y prevé que la realización de una coronariografía y una revascularización “precoz” son la base del

tratamiento del síndrome coronario sin elevación del segmento ST (SESCASET).

El 18 de diciembre de 2013 la secretaria general del Servicio Madrileño de Salud (por delegación de firma de la viceconsejera de Asistencia Sanitaria en virtud de Resolución 26/2010, de 28 de julio) elevó propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial realizada por los interesados.

CUARTO.- Por el consejero de Sanidad, mediante escrito de 8 de enero de 2014, registrado de entrada el día 13 del mismo mes y que ha recibido el número de expediente 23/14, se formula preceptiva consulta a este Consejo Consultivo por trámite ordinario, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección VI, presidida por el Excmo. Sr. D. Pedro Sabando Suárez, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo en su sesión de 12 de febrero de 2014.

El escrito solicitando el dictamen fue acompañado de la documentación, en soporte CD, que se consideró suficiente y de la que se ha dejado constancia en los anteriores antecedentes de hecho.

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 13.1f) 1º de su Ley Reguladora, 6/2007, de 21 de diciembre (LRCC), y a solicitud de un órgano legitimado para ello, según el artículo 14.1 LRCC.

El dictamen ha sido evacuado dentro del plazo ordinario establecido en el artículo 16.1 LRCC, cuyo término se fijó el 17 de febrero de 2014.

SEGUNDA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se encuentra regulada en el artículo 106.2 de la Constitución, a cuyo tenor: *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido en los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC) y en el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (RPRP).

Las hijas de la fallecida están legitimadas activamente para formular la reclamación de daños por responsabilidad patrimonial en nombre propio, al amparo del artículo 139 de la LRJ-PAC, por cuanto que han sufrido el daño moral ocasionado por el fallecimiento de su madre.

El viudo también tendría legitimación activa, pero no ha formulado la reclamación por sí mismo sino mediante letrada que dice actuar en su nombre pero sin acreditar la representación, lo que no es conforme con lo establecido en el artículo 32 LRJ-PAC. El artículo 70 LRJ-PAC exige a la Administración requerir la subsanación de los defectos que presenten las solicitudes, lo que ha sido incumplido en este caso. Sin perjuicio de ello, la suscripción por parte de este interesado del escrito de alegaciones podría considerarse como una subsanación del citado defecto de representación.

Se cumple igualmente la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, titular del centro sanitario al que se imputa el daño.

El artículo 142.5 de la LRJ-PAC dispone que *“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 determinación del alcance de las secuelas”*.

Las hijas de la paciente presentaron la reclamación el 31 de octubre de 2012 y el fallecimiento se produjo el 15 de junio de 2012, por lo que se ha formulado dentro del plazo establecido. El marido de la reclamante se incorpora al expediente el 23 de noviembre de 2012, por lo tanto, también dentro del plazo de un año desde el fallecimiento.

El procedimiento se ha iniciado a instancia de parte y se ha instruido cumpliendo los trámites preceptivos previstos. No obstante, procede destacar que se ha sobrepasado el plazo de seis meses para resolver que establece el artículo 13 RPRP.

TERCERA.- Para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente 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.

En el caso objeto de dictamen los reclamantes efectúan dos reproches a la Administración sanitaria madrileña: en primer lugar, la insuficiente aplicación de medios puesto que consideran que debía haberse realizado un cateterismo a la paciente y, en segundo término, un retraso excesivo en

el traslado a otro centro lo que, a su juicio hubiera evitado el accidente cerebrovascular que ocasionó el fallecimiento de la enferma.

Respecto de la primera cuestión, hemos de recordar que la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (sección 10ª) de 17 de mayo de 2013 afirma que las alegaciones sobre negligencia médica deben probarse con “*medios probatorios idóneos*” y tras exponer la doctrina de la carga de la prueba en los términos que acabamos de exponer, concluye afirmando que “*En consecuencia, es a la parte demandante a quien corresponde, en principio, la carga de la prueba sobre las cuestiones de hecho determinantes de la existencia, de la antijuridicidad, del alcance y de la valoración económica de la lesión, así como del sustrato fáctico de la relación de causalidad que permita la imputación de la responsabilidad a la Administración*”, confirmando así la sentencia lo recogido en el Dictamen 407/11, de 20 de julio, dictado en el supuesto de hecho enjuiciado por la Sala.

En el presente caso los reclamantes se limitan a afirmar que a la paciente se le debió practicar un cateterismo, pero no aportan prueba alguna, por ejemplo un dictamen médico pericial que acredite que dicho tratamiento era adecuado que el prescrito, más allá de sus afirmaciones que pretenden fundamentar en una bibliografía médica que ni siquiera citan y que, supuestamente, podría contradecir lo manifestado en el informe de la Inspección Sanitaria.

Por el contrario, la médico inspectora sí explica que el tratamiento con arteriografía no es el indicado para el tipo de infarto sufrido por la paciente.

En todo caso, aún cuando a efectos meramente dialécticos se diera crédito a la afirmación, no sustentada documentalmente, de que una areteriografía y una revascularización “*precoz*” hubieran estado indicadas, hemos de subrayar que dicho tratamiento “*precoz*” no hubiera podido

llevarse cabo en ningún caso ya que desde que el médico de atención primaria de la paciente que la atendió en su casa da Yepes (Toledo) pautó la derivación a Urgencias por hipertensión y dolor abdominal a las 13:00 horas hasta que la paciente ingresó en el Hospital del Tajo a las 23:16 horas, pasaron más de diez horas, circunstancia que por sí sola impide cualquier tratamiento “*precoz*”, sin que pueda existir responsabilidad alguna por parte del Hospital del Tajo en este retraso.

En cuanto al reproche de retraso para el traslado de la paciente, afirmando que en el Hospital del Tajo se la “*mantuvo*” en un box a la espera del traslado a su hospital en Toledo no se ajusta a la realidad que pone de manifiesto la historia clínica y que evidencia que la enferma recibió tratamiento adecuado a su patología hipertensiva en todo momento y con un seguimiento monitorizado de la misma, a pesar de lo cual, desgraciadamente, no pudo evitarse el accidente cerebrovascular que ocasionó la muerte de la enferma.

Por otro lado, el traslado al Hospital 12 de Octubre no se produjo por no poder tratar la hipertensión en el Hospital del Tajo, como sugieren las interesadas, sino para tratar por Neurocirugía el derrame cerebral después de que este se produjo y después de haber sido admitida ya en el Hospital Virgen de la Salud de Toledo.

Esta actitud muestra que se pusieron todos los medios disponibles para tratar de recuperar a la paciente: tratamiento para su patología coronaria en el Hospital del Tajo ante la negativa de recibirla por su hospital de referencia en Toledo y en lo que se resolvía dicha circunstancia y, posteriormente, traslado al hospital 12 de Octubre para ser tratada por Neurocirugía de forma urgente y a pesar de haber sido admitida ya en su hospital de Toledo procurando un tratamiento más temprano.

Sin perjuicio de las medidas adoptadas la paciente falleció, sin que pueda considerarse que se haya producido una vulneración de la *lex artis*

ad hoc, como concluye categóricamente el informe de la Inspección Sanitaria.

En mérito a lo expuesto el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración al no haber quedado acreditado que la actuación médica fuera contraria a la *lex artis*.

A la vista de 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 de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 12 de febrero de 2014