

Dictamen n<sup>o</sup>: **91/15**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **04.03.15**

**DICTAMEN** de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad en su sesión de 4 de marzo de 2015, 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 P.M.B., sobre los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada en el Hospital Universitario Puerta de Hierro.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Con fecha 19 de febrero de 2014, la reclamante presentó en el Servicio Madrileño de Salud, un escrito por el que solicitaba la declaración de la existencia de responsabilidad patrimonial de la Comunidad de Madrid, en relación con los daños y perjuicios ocasionados por la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario Puerta de Hierro (HUPH), como consecuencia del retraso en el diagnóstico del infarto agudo de miocardio que padecía.

Manifestaba, que el 15 de diciembre de 2012, sobre las 14:30 horas, acudió al HUPH, por intensos dolores en el pecho, espalda y brazos, además de diversos síntomas de malestar general, como mareos, y vómitos, y que tras una larga espera, a las 23:15 horas del mismo día, tras su exploración, fue diagnosticada de dorsalgia por artrosis, recibiendo alta médica con tratamiento analgésico.

Destacaba que, cuatro días después, el 19 de diciembre de 2012, por no remitir la sintomatología, acudió al centro de salud Monterrozas, dónde se le diagnosticó un infarto agudo de miocardio evolucionado Killip III (insuficiencia cardíaca grave con edema agudo de pulmón). Desde entonces, y hasta el 29 de diciembre de 2012 (día en que recibió el alta hospitalaria), permaneció ingresada en la Unidad de Cardiopatía Isquémica del HUPH debido a la gravedad de la situación. Es en estas fechas cuando se le instaura un “*DA Stent farmacológico*” con el objeto de paliar las deficiencias cardiológicas sufridas, quedando en lista de espera de cirugía para la implantación de un desfibrilador automático implantable (DAI), que finalmente fue llevada a cabo el 4 de marzo de 2013.

El 14 de junio de 2013, y tras haber acudido en multitud de ocasiones a consulta con el objeto de dar seguimiento a las lesiones cardiológicas sufridas, ingresó de nuevo en el HUPH debido al empeoramiento de las secuelas, para la realización de una nueva revascularización coronaria, esta vez mediante un triple by pass. La intervención fue llevada a cabo el 24 de junio de 2013, recibiendo el alta hospitalaria el 5 de julio de 2013.

Tras continuas revisiones y seguimiento, el 20 de noviembre de 2013, acudió a consultas externas del HUPH, y tras ser sometida a diversas pruebas diagnósticas, se objetivó: la persistencia del aneurisma anteroapical; la disfunción diastólica; la contractilidad, que se encontraba moderadamente deprimida; y la necrosis latente, similar a la de anteriores visitas.

Señalaba encontrarse impedida para la realización de cualquier ocupación o actividad debido a las secuelas ocasionadas como consecuencia del diagnóstico tardío, producido por una mala praxis médica, y motivado igualmente por la escasísima experiencia del facultativo que le atendió, ya que se trataba de un médico residente de cortísima experiencia.

Acompañaba a su escrito de reclamación diversa documentación médica así como un informe pericial médico-legal, realizado por facultativo

especialista en valoración del daño corporal. En dicho dictamen se concluye que se ha producido un incumplimiento de los protocolos científicos diagnósticos de la dorsalgia y del dolor torácico, ya que se trataba de un caso de dolor de espalda con irradiación hacia ambos brazos, sin que se aplicasen los protocolos de diagnóstico diferencial de las dorsalgias.

Por todo ello solicitaba por ello una indemnización por importe total de doscientos cincuenta y un mil seiscientos setenta y nueve euros con setenta y un céntimos de euro (251.679,71 €), con el siguiente desglose:

- 20.301,71 euros en concepto de incapacidad temporal.
- 58.854 euros en concepto de secuelas.
- 172.524 euros en concepto de incapacidad permanente absoluta.

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

La reclamante, de 69 años edad, fue atendida en el Servicio de Urgencias del HUPH el 15 de diciembre de 2012, por dolor de espalda con irradiación a ambos brazos, sin relación con esfuerzo ni traumatismo, que mejoraba con Paracetamol, Ibuprofeno y Tramadol, no refiriendo en ningún momento dolor torácico. En la exploración física, la reclamante se encontraba eupnéica (respiración normal), sin ingurgitación yugular, solo afectada por el dolor.

Se realizó radiografía de columna en la que se objetivaron datos de espondiloartrosis, siendo el diagnóstico final de dorsalgia. Fue dada de alta con indicación de acudir nuevamente a Urgencias en caso de empeoramiento o aparición de nuevos síntomas.

El 19 de diciembre fue remitida desde el Centro de Salud Monterrozas al Servicio de Urgencias del HUPH, con el diagnóstico de infarto agudo de

miocardio anterolateral extenso e inferior en evolución en situación Killip III.

El 22 de diciembre de 2012 se efectuó estudio coronariográfico en el que se objetivó una lesión de tronco principal izquierdo del 60% y una lesión crítica de la arteria descendente anterior, sobre la que se procedió a realizar angioplastia e implantación de Stent Boost. Presentó pericarditis metainfarto, quedando en lista de espera para implantación de DAI (desfibrilador automático implantable).

La implantación del DAI fue llevada a cabo en marzo de 2013 en el contexto de función de ventrículo izquierdo deprimida y aneurisma apical.

Ingresó nuevamente en el HUPH entre el 16 de junio y el 5 de julio de 2013 por angina inestable. Se realizó coronariografía en la que se objetivó: tronco izquierdo con estenosis ostial significativa; descendente anterior con progresión de la enfermedad con respecto al estudio previo y estenosis severa proximal que se consideró responsable del cuadro, previa al stent que siguió permeable; circunfleja y coronaria derecha sin estenosis significativas; y disfunción ventricular severa.

El 24 de junio de 2013 se efectuó revascularización coronaria mediante triple bypass. Consta que en octubre de 2013 padece una disfunción moderada-severa de VI.

**TERCERO.-** A causa de la referida reclamación se ha instruido un procedimiento de responsabilidad patrimonial de conformidad con lo dispuesto en el artículo 142 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).

Se ha incorporado al expediente el coordinador de Urgencias del HUPH, de 5 de marzo de 2014, en el que manifestaba que:

*«Dña. (...) consultó por un episodio de dorsalgia “dolor de espalda generalizado” con irradiación hacia ambos brazos, no relacionado con el esfuerzo, y que había mejorado con la toma de antiinflamatorios no esteroideos. No refería en ese momento dolor torácico ni vómitos, y en la exploración física que se detalla no se apreció ningún signo de insuficiencia cardíaca. Es cierto que en urgencias presentó un episodio de náuseas, tal y como quedó reseñado en su historia y en el informe de alta, pero se produjo tras la administración de tramadol parenteral, siendo las náuseas un efecto secundario frecuente de esta medicación.*

*Por todo lo expuesto, creo que en el momento de consultar en urgencias, las características del dolor (dorsalgia) junto con la ausencia de signos de alteraciones cardiovasculares, en una paciente sin factores de riesgo para cardiopatía isquémica, no podían hacer sospechar el diagnóstico final. La asistencia prestada a Dña. (...) en urgencias se practicó de acuerdo a la *lex artis*, con la diligencia debida, y con adecuación de medios, asegurándole además la continuidad asistencial al reseñar claramente en el informe de alta que en el caso de empeoramiento o aparición de nuevos síntomas debía volver a urgencias».*

Igualmente, se ha incorporado al expediente el informe emitido por el jefe de Servicio de Cardiología, sin fechar, en el que recogía los antecedentes de las actuaciones clínicas realizadas en dicho Servicio.

Por su parte, la Inspección Médica emitió informe, no fechado, en el que, tras exponer los hechos del caso, concluía que la asistencia sanitaria se realizó conforme la *lex artis*, ya que no se objetivaron signos de alarma que hicieran sospechar alguna enfermedad grave.

Consta notificada por los servicios postales, con fecha 18 de septiembre de 2014, la apertura del trámite de audiencia a la reclamante.

En uso de dicho trámite, la interesada presentó el 6 de octubre, un escrito de alegaciones en el que insistía en que sus síntomas en el Servicio de Urgencias podían ser sugerentes de la patología coronaria que luego se diagnosticó, y consideraba que todos los dolores dorsales irradiados a ambos brazos, suponen un síntoma de alarma para pensar que quien lo sufre, está padeciendo lo que comúnmente se conoce como infarto; deducía por ello que en el caso de la dorsalgia, se exige la realización de un electrocardiograma que permita identificar el origen del dolor, artrosis o enfermedad visceral, máxime por el hecho de ser una persona de 69 años y fumadora, lo que hubiese obligado al Servicio de Urgencias a actuar con mayor diligencia.

Insiste en su escrito en la escasa experiencia del facultativo que atendió a la interesada, asistencia que vulneró el Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada y cuyo artículo 15, exige una supervisión de presencia física de los residentes de primer año, así como la necesidad de visar sus altas por escrito, aspectos que no se respetaron en el presente caso por estar inmersa la sanidad madrileña en una huelga.

Transcurrido el trámite de audiencia, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria formuló propuesta de resolución, de 26 de enero de 2015, en el sentido de desestimar la reclamación patrimonial al no observarse relación de causalidad entre la actuación sanitaria y el daño existente.

**CUARTO.-** El consejero de Sanidad, mediante Orden de 30 de enero de 2015, que ha tenido entrada en el registro del Consejo Consultivo el 4 de febrero siguiente, solicita la emisión del preceptivo dictamen, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección VI

presidida por la Excm. Sra. Dña. Beatriz Grande Pesquero, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en su sesión de 4 de marzo de 2015.

La solicitud del dictamen fue acompañada de la documentación que, numerada y foliada, se consideró suficiente.

A la vista de estos antecedentes, formulamos las siguientes

## **CONSIDERACIONES DE DERECHO**

**PRIMERA.-** El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 13.1.f).1º de su Ley reguladora, 6/2007, de 21 de diciembre (LCC), al ser la reclamación de cuantía superior a 15.000 € y a solicitud de un órgano legitimado para ello, el consejero de Sanidad, según el artículo 14.1 LCC.

El presente dictamen ha sido evacuado dentro del plazo ordinario establecido en el artículo 16.1 LCC.

**SEGUNDA.-** La reclamante está legitimada activamente para formular la reclamación de daños por responsabilidad patrimonial al amparo del artículo 139 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), por ser la persona afectada supuestamente por una deficiente asistencia sanitaria.

Por lo que se refiere a la legitimación pasiva, corresponde a la Comunidad de Madrid a pertenecer el centro hospitalario implicado, a su red sanitaria pública.

En cuanto al plazo para reclamar, el artículo 142.5 de la LRJ-PAC establece que prescribe al año de producirse el hecho lesivo y en el caso de daños físicos o psíquicos desde la curación o la determinación de las secuelas.

Como venimos considerando, rige en este ámbito el principio de la *actio nata*, de modo que el plazo de prescripción comienza a correr desde que la acción pudo ejercitarse, es decir cuando se conocieron los elementos que permitían su ejercicio, esencialmente el conocimiento del daño y de su ilegitimidad (dictámenes 156/11, 608/13, 164/14 ó 432/14, y abundante jurisprudencia, Sentencia del Tribunal Supremo de 10 de julio de 2012, recurso 2962/2010, entre otras muchas).

En el presente caso, la reclamante fue sometida a la última cirugía el 5 de julio de 2013, por lo que al haberse presentado la reclamación el 19 de febrero de 2014, no cabe duda que fue interpuesta dentro del plazo legal, con independencia de la estabilización o curación de las secuelas.

En otro orden de cosas, los procedimientos de responsabilidad patrimonial han de tramitarse de acuerdo con lo dispuesto 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).

A estos efectos el centro sanitario implicado ha emitido informe sobre la asistencia que se prestó, conforme establece el artículo 10 RPRP y se ha concedido trámite de audiencia a la interesada, de acuerdo con los artículos 84 de la LRJ-PAC y 11 RPRP. Igualmente, se ha aportado informe del Servicio de Inspección Sanitaria.

Sin embargo, debemos detenernos en este punto, habida cuenta que existe una circunstancia que nos impide realizar un pronunciamiento sobre el fondo planteado.



Las funciones que ejerce este Consejo, en el ámbito de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, requieren, si cabe con mayor rigor, dada la especial situación de los ciudadanos que se ven afectados por una supuesta asistencia sanitaria indebida, un cabal y completo conocimiento de las circunstancias concurrentes.

En este sentido, la reclamante, en su escrito de alegaciones en trámite de audiencia, pone énfasis en lo que ya mencionó en su reclamación inicial, respecto de la escasa experiencia de la facultativa que le atendió en el Servicio de Urgencias; así concretaba en dichas alegaciones que se trataba de una médico interna residente con menos de un año de experiencia.

Toda vez que tal dato no consta en el expediente administrativo, resulta necesario, sin prejuzgar la resolución de la cuestión planteada, que se confirme la veracidad de tal afirmación.

Por todo lo expuesto el Consejo Consultivo formula la siguiente

## CONCLUSIÓN

Procede retrotraer el procedimiento, a fin de que el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Puerta de Hierro, informe sobre si la facultativo que atendió a la reclamante en dicho Servicio el 15 de diciembre de 2012, era o no, una médico interna residente de primer año, y en su caso si se encontraba en ese momento tutelada conforme la normativa aplicable.

Una vez aportados los datos precitados, deberá recabarse nuevo informe de la Inspección Sanitaria sobre la asistencia prestada, con carácter previo a la remisión del expediente a este Consejo para la emisión de su Dictamen.

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, 4 de marzo de 2015

