



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **84/2016**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 4 de abril de 2016, 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 de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 31 de marzo de 2015, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otras, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **128/15**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 13 de junio de 2008, x, y, z presentaron un escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida al Servicio Murciano de Salud (SMS) en la que, en síntesis, expresaban lo siguiente.

El 4 de abril de 2007, x, esposo y padre, respectivamente, de las comparecientes, al sufrir vómitos y sensación de ardor, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario "*José María Morales Meseguer*" (HJMM), de Murcia. Al ingreso informó que padecía diabetes, hipertensión y arterioesclerosis, se le exploró y se emitió alta médica ese mismo día sin haber emitido un diagnóstico concreto ni determinarse cuáles eran las causas de sus dolencias. El siguiente 9 de abril volvió a dicho Servicio de Urgencias por persistencia de los vómitos, se le ingresó y el día siguiente, 10 de abril, sufrió un infarto de miocardio, siendo trasladado a la UCI del Hospital. Finalmente se emitió alta médica el 26 de abril de 2007 después de haberle colocado un implante de ocho stent.

El 17 de junio de 2007 volvió a sufrir en su domicilio un nuevo infarto, por lo que se avisó al 112, que inicialmente lo trasladó al HJMM, desde donde fue derivado al Hospital Universitario "*Virgen de la Arrixaca*" (HUVA), de Murcia, donde falleció ese mismo día.

En opinión de las reclamantes, su marido y padre no recibió un tratamiento médico adecuado en los diversos servicios médicos donde se le atendió, al no diagnosticársele inicialmente la causa de los vómitos y de la sensación de ardor que sufría y no detectársele a tiempo el problema cardiovascular que padecía. Además, consideran que después de sufrir el primer infarto, cuando se determinó que padecía problemas cardiovasculares no se le prescribió el tratamiento procedente para esa dolencia, y que tampoco fue adecuada la atención médica prestada el 17 de junio de 2007, tras sufrir el segundo infarto, que motivó su fallecimiento.

Las reclamantes señalan que en reiteradas ocasiones habían solicitado la historia clínica completa del paciente a causa de los ingresos seguidos por este proceso médico, sin que en la fecha de presentación del escrito de reclamación se les hubiera hecho entrega de forma completa. Afirman que habían solicitado la emisión de un dictamen pericial a un especialista en Medicina General y Cirugía para que determinara si se cometió una negligencia médica en la atención dispensada, resultando necesario para su elaboración disponer de la historia clínica completa del paciente, indicando que tan pronto se hubiera elaborado el dictamen encargado se incorporaría al expediente.

Por el fallecimiento de su familiar, solicitan una indemnización total de 170.000 euros: 120.000 para la viuda y 25.000 para cada una de sus dos hijas, siendo calculada dicha cantidad, según dicen, conforme con el baremo establecido en la ley 34/03.

Además de las correspondientes historias clínicas en los referidos hospitales, solicitan como prueba documental que se aporte informe de *"el Servicio de Ambulancias"*, respecto de la asistencia prestada el 17 de junio de 2007, y el *"protocolo de actuación de ese SMS para la asistencia urgente en los supuestos de infarto"*.

Adjuntan a su escrito copia del Libro de Familia acreditativo del respectivo parentesco y diversos documentos de la historia clínica del paciente.

SEGUNDO.- El 23 de junio de 2008 el Director Gerente del SMS dictó resolución de admisión a trámite de la reclamación, lo que fue notificado a los interesados.

Asimismo, en tal fecha se solicitó a los citados hospitales copia de la respectiva historia clínica e informes de los facultativos que asistieron al paciente, y a la Gerencia de Emergencias 061 de Murcia (a través del Centro de Coordinación de Emergencias 112), que emitiera informe sobre la asistencia que se prestó al paciente el día 17 de junio de 2007 por los facultativos dependientes de esa Unidad.

TERCERO.- Mediante oficios de 28 de octubre de 2008 y 29 de enero de 2009, desde el HJMM se remitió copia de la historia clínica del paciente, un documento de *"Protocolo de Unidad de dolor torácico"* y dos informes:

- Informe de 25 de julio de 2008 del Dr. x, Jefe de la Unidad de Urgencias, que expresa lo siguiente:

"El paciente acude a este Servicio el día 4-Abril-2007 a las 11:18h., siendo el motivo de consulta vómitos frecuentes en el último mes, junto con pirosis, halitosis y pérdida de 2-3 Kg. de peso. No refiriendo en ningún momento dolor torácico, ni otra clínica. En la exploración clínica presentaba constantes, auscultación cardiopulmonar y palpación abdominal normales, solo se observó gingivitis.

Ante los datos clínicos expuestos se solicitaron pruebas complementarias, que determinaron la presencia de anemia macrocítica y plaquetopenia, siendo el resto de parámetros normales. Por lo que se concluyó con el juicio clínico de Síndrome Emético a descartar reflujo gastroesofágico, anemia macrocítica y trombocitopenia.

Recomendando inicio de tratamiento con omeoprazol y metoclopramida junto a que inicie estudio por parte de Medicina Interna y que acuda de nuevo para ingreso si no mejora.

El día 9 de abril del 2007 acude de nuevo por persistencia de la sintomatología de vómitos e intolerancia oral, tampoco refería dolor torácico. La exploración no aportaba datos nuevos y en la analítica destacaba glucemia alta, 324 mg/dl, Na 128 mmol/L y leve insuficiencia renal con Creatinina de 1,35 mg/dl, siendo los marcadores de lesión miocárdica negativos, troponina 0,31 ug/l y creatina quinasa 2b 11 u. int/l.

Con los datos clínicos y analíticos se decidió ingresar al paciente con cargo a Medicina Interna con los siguientes Juicios Clínicos a estudio:

- *Sd. Emético.*
- *Sd. Constitucional*
- *Anemia y trombocitopenia.*

De los hechos relatados en el presente informe hasta ahora, y que se pueden constatar en la historia clínica del enfermo, tenemos que resaltar que el paciente fue ingresado para estudio del origen de sus vómitos y pirosis de un mes de evolución y no se detectó problema coronario porque probablemente no existía en ese momento, en este caso es preciso recordar que al paciente se le practicó analítica de marcadores de daño miocárdico que fueron negativos.

El paciente acude de nuevo el día 17-junio-2007 a las 1:30 h. refiriendo dolor epigástrico de hora y media de evolución, acompañado de vómitos, cortejo vegetativo y que había cedido parcialmente tras la administración de 2 cafinitrinas sublinguales. En la exploración destacaba palidez muco-cutánea e hipotensión. A continuación se le practicaron pruebas complementarias, ECG, analítica. A la recepción de estas destacaba la presencia de marcadores de lesión miocárdica levemente elevados (Troponina 0,56).

Dado los antecedentes del enfermo, clínica, resultados de las pruebas complementarias y ante la sospecha de estenosis de Stents por trombosis subaguda se remitió al hospital V. de la Arrixaca para revascularización en torno a las 3:15h del 17 de Junio 2007.

Considero que la actuación de este servicio de urgencias en las referidas consultas, fue adecuada en todo momento a las patologías presentadas por el enfermo".

- Informe de 1 de agosto de 2008, del Dr. x, Jefe de la Unidad de Cardiología, que expresa lo siguiente:

"Paciente de 54 años con diabetes tipo 2 de larga evolución (desde 30 años), con complicaciones macro y microvasculares importantes, (arteriopatía con claudicación intermitente y pie diabético con amputación de dedo), HTA y dislipemia.

Acude a puerta de urgencias de este centro el día 4.04.07 por tener desde un mes antes vómitos frecuentes, pirosis y halitosis con pérdida de peso de aproximadamente 2-3 Kg. Como dato destacable de su asistencia, tenía anemia macrocítica (Hto: 32%; Hb: 10,8 gr. %; VCM: 117). Fue dado de alta con tratamiento (Omeoprazol y Primperan) y se le aconsejó que si no mejoraba volviera.

El día 9.04.07 vuelve a puerta de urgencias por persistencia de clínica similar que, aunque había mejorado algo con el tratamiento, seguía incoercible (vómitos, pirosis, epigastralgia y halitosis, con pérdida de peso). Destacaba en la analítica que había empeorado la anemia, teniendo además 106000 plaquetas, creatinina de 1,35 mg/dl y se le hicieron enzimas cardíacas, que fueron normales. Ese mismo día se le hizo ECG que mostró ritmo sinusal 100 lpm, extrasistolia ventricular aislada, P y PR normales, imagen sugestiva de necrosis miocárdica inferior. Ingresa en el Hospital.

Al día siguiente por la mañana se le repitió el ECG (similar, sin extrasístoles). A media tarde, el paciente tuvo epigastralgia intensa con cortejo vegetativo e hipoTA, siendo visto por el médico internista de guardi, (Cardiólogo). Se hizo ECG (similar a los descritos, con imagen de necrosis miocárdica inferior), pero teniendo elevación de Troponina I, por lo que, con el diagnóstico de "síndrome coronario agudo con elevación del ST" con signos de insuficiencia cardíaca, fue ingresado en UCI. Estuvo ingresado 3 días en UCI, con buena evolución, desapareciendo la insuficiencia cardíaca, con normalización de enzimas y sin otros problemas.

Fue dado de alta a planta de cardiología, pero a las pocas horas fue necesario reingreso en UCI por epigastralgia intensa con sintomatología vegetativa severa y después vómito hemático que precisó trasfusión de concentrado de hemáties. Se le hizo gastroscopia que mostró atrofia astral y confirmó gastritis erosiva con signos de hemorragia reciente.

Tras 5 días de estancia en UCI, con el paciente estabilizado, pasó a la planta de Cardiología el día 17.04.07.

En Cardiología, se le hizo nuevo ecocardiograma que mostró ventrículo izquierdo con aquinesia de segmentos inferiores e hipoquinesia de los restantes, con FE disminuida (30%), insuficiencia mitral severa e hipertensión pulmonar moderada. Con el paciente ya estabilizado, se le pidió estudio coronariográfico, para el que fue trasladado al Hospital de Referencia (V. Arrixaca) el 23.04.07, viéndose lesiones múltiples y severas de C. Descendente Anterior y de Circunfleja, con una C. Derecha hipoplásica no dominante. Al día siguiente, se le hizo revascularización percutánea, siéndole implantados un total de 8 Stents TAXUS (Recubiertos de Paclitaxel); al día siguiente, fue trasladado de nuevo a nuestro Hospital (Cardiología).

Tras buena evolución, fue dado de Alta por Cardiología el día 26.04.07, llevando en su tratamiento, entre otros, la preceptiva doble antiagregación plaquetaria (Aspirina y Clopidogrel), necesaria para evitar trombosis de los Stents.

Fue asimismo citado para seguimiento en la Consulta de Prevención Secundaria (CAR-PRE) de Cardiología (día 9.07.07 a las 10 horas), donde se siguen a todos los pacientes que han ingresado por Síndromes Coronarios Agudos, con protocolo de seguimiento establecido durante 1 año.

El día 17.06.07, acudió a PU (puerta de Urgencias) por epigastralgia e hipotensión arterial, teniendo ECG con BCRDHH y alteraciones de repolarización. Con la sospecha fundada de "oclusión subaguda" de alguno de los 8 STENTS recubiertos que llevaba, fue trasladado a Hemodinámica de HUVA para coronariografías y reperusión urgente.

Sin embargo, llega a Hemodinámica en situación de Parada Cardio-Respiratoria, que no responde a las maniobras de RCP, falleciendo.

2. Comentarios a la Historia y evolución:

Ante todo, llama la atención la existencia de una sintomatología absolutamente digestiva y nada sugestiva de cardiopatía isquémica, de tipo continuo y mantenido durante varias semanas y no en episodios, como sucedería en el caso de tener origen coronario. De hecho, en la evolución hay un episodio de HDA (hemorragia digestiva alta) que podría ser la expresión de la existencia de patología gástrica (que fue confirmada por gastroscopia).

No obstante, cuando reingresó el día 9.04.07, tuvo un episodio distinto (en la tarde del día 10) que sí que pudo ser la clínica del "síndrome coronario agudo" que sufrió y que fue confirmado por la elevación enzimática (que no existía el día anterior).

Todo el curso posterior en UCI vino marcado por el tratamiento y buena evolución de cuadros agudos importantes como la HDA, la hipotensión y la insuficiencia cardíaca.

Posteriormente, se hizo estudio coronariográfico que mostró "enfermedad coronaria severa" (como cabía esperar en paciente con diabetes de larga evolución y arterioesclerosis en otros territorios), con posterior revascularización percutánea con 8 Stents recubiertos, absolutamente indicados por las características del paciente y la localización de alguna de las lesiones (P.ej: C. Descendente Anterior proximal), con riesgo alto de reestenosis en el caso de uso de Stents no recubiertos de fármaco.

El tratamiento que se dió al paciente tras la revascularización fue el adecuado y totalmente optimizado, con doble antiagregación, betabloqueante, IECA, Eplerrenona (por IAM con insuficiencia cardíaca precoz) y Estatina, que cumple todas (las) recomendaciones de las Guías de Actuación sobre tratamiento de pacientes con Síndrome Coronario Agudo (Sociedades AHA, ACC, ESC y SEC).

Un problema existente en los Stents es la posibilidad de "Trombosis", que es una complicación poco frecuente, pero con una mortalidad alta (20-40%). Esta Trombosis (llamada Subaguda Tardía cuando sucede pasado 1 mes del implante), puede manifestarse por la aparición de Muerte Súbita, Síndrome Coronario Agudo o a veces, cuando no es completa, en un nuevo estudio angiográfico. La incidencia de "Trombosis Subaguda" (De 1 mes a 1 año del implante) con el tipo de Stents que llevaba este Paciente (Stents TAXUS) está cifrada, según multitud de estudios publicados en todos los estudios, entre 0,3 y 1,6%. Entre los factores de riesgo que pueden favorecer la aparición de Trombosis Subaguda del Stent están, entre otros, la diabetes, la mala Fracción de Eyección, la complejidad y número de las lesiones y la supresión de la medicación antiagregante. (Es de suponer que, en el caso que nos ocupa, el paciente no dejó ni un solo día de tomar el Adiro 100 y el Iscover que se le indicó).

Precisamente lo que sucedió en este paciente el día 17.06.07 fue que alguno de los Stents se trombosó, cerrándose y, por tanto, dando lugar a una situación de "Infarto Agudo de Miocardio", siendo la solución la apertura urgente del vaso cerrado (Stent ocluido) lo más rápidamente posible (menos de 90 minutos) mediante cateterismo (Angioplastia Primaria), motivo por el que este paciente fue enviado con la máxima urgencia desde la Puerta de Urgencias del Hospital a Hemodinámica del Hospital "V. Arrixaca" (Único Centro de la Comunidad de Murcia donde está montado el dispositivo para la práctica de Angioplastia Primaria)".

CUARTO.- Mediante oficio de 10 de noviembre de 2008, desde el HUVA se remitió copia de la historia clínica e informe de 7 de noviembre anterior del Dr. x, Jefe de Servicio de Cardiología, que expresa lo siguiente:

"Con respecto a la angioplastia realizada por mí el día 24 de abril de 2007, el paciente presentaba lesiones en 1ª diagonal, descendente anterior media y distal, 2ª obtusa marginal, circunfleja proximal y distal, dilatando la primera lesión con balón e implantado stents recubiertos en las otras lesiones hasta un total de 8. En el informe final se cita al paciente para nuevo cateterismo terapéutico que, según la historia, o no se hace o no se cita de nuevo. Dicho procedimiento terapéutico tuvo éxito inmediato y al alta de nuestro hospital yo no he vuelto a ver al paciente, ya que normalmente se sigue en el hospital correspondiente. En la historia parece que el paciente estuvo bien desde la fecha del primer cateterismo hasta el 24 (sic, debe ser 17) de junio, por lo que hay que pensar que dicho primer cateterismo no tuvo complicaciones directas, resaltando el hecho de que el paciente tenía una arterioesclerosis severa y diseminada por todas la arterias coronarias, como lo demuestra el hecho del número de stents implantados en el paciente (8), que claramente no es habitual".

En la historia clínica remitida por el HUVA obra un informe de 17 de junio de 2007, del Dr. x, relativo a la asistencia prestada ese día, que expresa:

"Varón de 54 a, DMII, HTA y cardiopatía isquémica crónica con enfermedad difusa de 3 vasos con malos lechos, sometido a ACTP con stent en abril 07. Que acude por epigastralgia e hipotensión y ECG con BCRDHH y trastornos de la repolarización. Se envía (por el HJMM) por sospecha de oclusión aguda de un stent. El paciente llega a Hemodinámica en parada cardiorrespiratoria de la que no sale a pesar de maniobras prolongadas de RCP".

QUINTO.- Tras diversas diligencias, mediante oficio de 23 de febrero de 2009, el Director Médico de la Gerencia de Emergencias Sanitarias 061 expresa que en su día se emitió informe, dirigido a la Gerencia de Atención Primaria de Murcia, sobre las actuaciones que constaban en dicha Gerencia respecto a la asistencia prestada al paciente el 17 de junio de 2007, a cuyo fin remite un informe de 7 de noviembre de 2007, del Coordinador Médico CCU-061, que expresa lo siguiente:

"1. x de 54 años de edad y con domicilio en --, de Santa Cruz (Murcia), fue atendido el pasado 17.06.2007 por el SUAP de Santomera.

2. La llamada de petición de asistencia al 061-112 se efectuó a las 0,24 horas.

3. A las 0,29 horas, la unidad SUAP-4 de Santomera es asignada a la misión.

4. A las 1,16 horas, la unidad SUAP-4 informa que el paciente va a ser trasladado por ellos mismos.

5. A las 01,21 horas, la unidad SUAP-4 ruega que se informe a puerta de urgencias del H. José María Morales Meseguer de su llegada.

6. A las 1,36 horas, la unidad SUAP-4 reporta su llegada al hospital.

7. En la base de datos no consta la llegada de la unidad SUAP-4 al domicilio, ya que no fue debidamente comunicada".

SEXTO.- Mediante oficio de 26 de marzo de 2009, la instrucción comunica a los reclamantes que se ha recibido el informe de la Gerencia de Emergencias 061, que adjunta (el reseñado en el Antecedente Quinto), y que se reanuda el período probatorio.

SÉPTIMO.- En contestación a dicho oficio, el 21 de abril de 2009 las reclamantes presentan escrito en el que expresan que no se les comunica que se hubiera obtenido el protocolo de actuación del SMS a que se referían en su escrito inicial, lo que es contestado mediante oficio de la instrucción de 19 de mayo de 2009, en el que le comunica que dicho protocolo obra entre la documentación remitida por los centros sanitarios en que fue atendido el paciente.

OCTAVO.- Obra en el expediente, aportado por la compañía aseguradora del SMS, un dictamen médico, de 1 de junio de 2009, emitido por un especialista en Cardiología, en el que, tras analizar los hechos y realizar diversas consideraciones jurídicas, concluye lo siguiente:

"1. El paciente acudió por primera vez con síntomas digestivos, el EKG (electrocardiograma) y las enzimas cardíacas no mostraban datos de un SCA (síndrome coronario agudo); se le indicó un tratamiento acorde con la sintomatología que presentaba y se le indicó de manera correcta que sería estudiado por medicina interna.

2. Cuando volvió de nuevo al HMM (hospital "Morales Meseguer") predominaban de nuevo los síntomas digestivos y de manera correcta se le ingresó para estudio, de hecho con posterioridad se demostró con un estudio endoscópico que tenía una patología digestiva que explicaba sus síntomas y la anemia megalobástica detectada.

3. Cuando a los síntomas digestivos se le agregaron los síntomas de dolor torácico se consultó con los facultativos de la UCI; de manera correcta se le hizo un EKG y enzimas cardíacas que mostraron un IAM (infarto agudo de miocardio) inferior en evolución, estas presentaciones atípicas que pueden ocurrir en los diabéticos se tuvieron en cuenta antes, ya que siempre se le hicieron EKG y se midieron las troponinas.

4. *Durante su ingreso hubo varias complicaciones graves, como son la insuficiencia cardíaca; disfunción sistólica del ventrículo izquierdo; insuficiencia mitral, insuficiencia renal, una hemorragia digestiva (que obligó a suspender la antiagregación plaquetaria) y a transfundirle; no obstante, el tratamiento tanto en la UCI como en la sala de cardiología permitieron estabilizar al paciente y someterlo a un procedimiento de diagnóstico (coronariografía) y de revascularización con ACTP+stent con éxito inicial, lo que permitió darle de alta a su domicilio en situación de estabilidad clínica y hemodinámica.*
5. *El cuadro clínico del 17/06 se enmarca con alta probabilidad en el contexto de una oclusión de un stent, por lo que el envío a un centro como el HVR (sic, HUVA) con fines diagnósticos y terapéuticos fue correcto; lamentablemente el paciente falleció antes de la misma, un porcentaje escaso de pacientes sufre este evento que puede resultar, como en este caso, mortal a pesar de un tratamiento adecuado a la lex artis.*
6. *La atención al paciente fue en todo momento correcta y se atuó a la lex artis ad hoc".*

NOVENO.- Solicitado en su día un informe a la Inspección Médica de la Consejería consultante, fue emitido el 4 de febrero de 2014, en el que, tras analizar los hechos y realizar diversas consideraciones jurídicas, concluye lo siguiente:

"Paciente diabético con mal control glucémico. Con antecedentes de arteriopatía periférica, retinopatía y cardiopatía isquémica puede incluirse en población sospechosa de padecer isquemia miocárdica atípica. No se realiza electrocardiograma ni enzimas cardíacas, desconocemos por lo tanto si hubiese habido signos, además de clínica atípica, que pudiesen diagnosticar cardiopatía aguda más precozmente.

5 días más tarde acude de nuevo a urgencias, ampliándose durante la anamnesis los antecedentes, que en este caso incluyen dolor epigástrico. Está hipotenso, taquicárdico y pálido. Se realizó electrocardiograma, radiografía de tórax y enzimas. No se valoró el electrocardiograma de forma adecuada, no se trató la isquemia miocárdica de forma inmediata. Cuando empeoró tras el ingreso, se reevaluaron los cambios eléctricos e ingresó en UCI con buena evolución. El tratamiento incluyó la colocación de varios stents, y se fue de alta a su domicilio.

Dos meses más tarde presenta la misma clínica. Detectamos deficiente archivo de documentación del episodio y demora en el acceso a servicio adecuado para la terapéutica, teniendo en cuenta la escasa distancia kilométrica entre el domicilio del paciente y los centros implicados".

Con dicho informe se adjunta la documentación recabada directamente por la Inspección Médica, entre la que se encuentran los antecedentes sobre la asistencia prestada por la Gerencia de Emergencias 061 que obraban en sus archivos, a cuyo efecto se le remitieron a dicha Inspección dos documentos correspondientes a los ficheros informáticos "Emergencias 1-1-2 Región de Murcia", que reflejan, respectivamente, la secuencia de actuaciones realizadas el 17 de junio de 2007 por la unidad SUAP-4 (que acudió al domicilio del paciente y lo trasladó al HJMM) y la unidad UME-1 (que lo recogió del HJMM y lo trasladó al HUVA).

DÉCIMO.- Consta en el expediente que el referido informe de la Inspección Médica y la documentación adjunta al

mismo fue remitida a la compañía aseguradora del SMS, que aportó nuevo Dictamen médico, de 13 de abril de 2014, elaborado por el facultativo autor del primer dictamen, en el que reitera y amplía sus consideraciones sobre la adecuada praxis empleada por los servicios médicos del HJMM y el HUVA en sus asistencias al paciente desde el 4 de abril de 2007 (fecha de su primera asistencia al Servicio de Urgencias del HJMM) hasta el 26 de abril de 2007 (fecha de su alta tras ser intervenido de revascularización percutánea en el HUVA), así como en lo que respecta a la asistencia sanitaria del 17 de junio de 2007.

Asimismo, junto a dicho Dictamen obra un escrito en el que se relacionan una serie de cuestiones médicas, relacionadas con el proceso asistencial del paciente, que la referida compañía aseguradora consideraría conveniente someter al dictamen de un especialista independiente, para dirimir así las discrepancias existentes entre los informes de su perito y el de la Inspección Médica.

UNDÉCIMO.- Remitidos a la Inspección Médica, en solicitud de nuevo informe, el anterior Dictamen y escrito presentados por la aseguradora del SMS, fue contestado por dicha Inspección mediante informe de 24 de octubre de 2014, en el que expresa lo siguiente:

"Revisamos el Informe de Inspección de 4 de febrero de 2014 para dar respuesta a la petición de La Instrucción que remite una relación de "preguntas preparadas por -- para formular a especialistas en medicina de urgencias a fin de resolver las discrepancias existentes entre este órgano y los peritos de la compañía de seguros".

Comprobamos en el informe de Inspección que además de analizar la historia clínica hospitalaria y del 061 ya se han tenido en cuenta los informes de especialistas de cardiología y del servicio de urgencias, por lo que no es pertinente, desde nuestro punto (sic), tal relación, sin perjuicio de que la compañía de seguros aporte los informes que por su parte considere convenientes.

En la comisión de seguimiento del seguro en la que se revisó la reclamación patrimonial que citan, Inspección Médica no planteó dudas sobre las conclusiones de su propio informe, favorables a lo reclamado, cosa que podrán revisar, ya que existe registro audiovisual de la misma".

DUODÉCIMO.- Mediante oficios de 12 de noviembre de 2014 se acordó un trámite de audiencia y vista del expediente para los interesados, siendo notificado dicho trámite a las reclamantes mediante edictos, al resultar infructuosa la notificación personal, sin que conste su comparecencia ni la presentación de alegaciones.

DECIMOTERCERO.- El 17 de marzo de 2015 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación; en síntesis, por lo expresado en los dictámenes de la aseguradora del SMS sobre la adecuada praxis médica en las diferentes asistencias prestadas al paciente.

DECIMOCUARTO.- En la fecha y por el órgano expresado en el encabezamiento del presente se solicitó el preceptivo Dictamen de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente y su extracto e índice reglamentarios.

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 el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo jurídico de la Región de Murcia (LCJ), en relación con los artículos 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC) y 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RRP), aprobado por Real Decreto 429/1993 (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación y plazo para reclamar.

I. Las reclamantes se encuentran legitimada para ejercitar la acción de responsabilidad patrimonial, al reclamar indemnización por los daños morales sufridos por las mismas inherentes al fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que imputan al deficiente funcionamiento de los servicios sanitarios regionales.

En cuanto a la legitimación pasiva de la Administración regional, no existen dudas acerca de la titularidad regional del servicio público sanitario al que se imputa el daño por el que se reclama indemnización.

II. La reclamación fue interpuesta dentro del plazo de un año previsto en el artículo 142.5 LPAC, vista la fecha del fallecimiento del paciente y la de la presentación de la reclamación.

TERCERA.- Procedencia de realizar actuaciones instructoras adicionales.

A la vista de las actuaciones obrantes en el expediente remitido, se advierte la necesidad de que se realicen algunas actuaciones adicionales de instrucción para que la resolución del procedimiento pueda abordar fundadamente varias cuestiones, de carácter médico-asistencial, cuyo análisis no ha sido suficientemente abordado en los informes médicos aportados, por lo que se suscitan diversas dudas al respecto, siendo necesario, al menos, contar con un pronunciamiento adicional de la Inspección Médica sobre tales cuestiones, dada su conocida y singular posición instructora en esta clase de procedimientos, tal y como hemos razonado en numerosos Dictámenes anteriores al presente.

I. Así, por una parte, se advierte que las cuestiones relativas a la praxis médica dispensada al paciente desde su primera asistencia al Servicio de Urgencias del HJMM el 4 de abril de 2007 hasta su alta el siguiente 26, dada por

dicho hospital, previa implantación de 8 stents cardíacos el 24 anterior en el HUVA, han sido, en lo sustancial, adecuadamente abordadas en los informes médicos emitidos por la aseguradora del SMS y la Inspección Médica, cada uno con la concreción y detalle que ha considerado necesario. No obstante, en cuanto se advierte que existe contradicción entre ambos informes en algún aspecto, como el relativo a la corrección de la lectura y diagnóstico derivado del primer electrocardiograma realizado al paciente el 9 de abril de 2007, es pertinente que la Inspección Médica se pronuncie, por un lado, sobre las consideraciones que sobre esta específica cuestión se contienen en el informe ampliatorio del perito de la aseguradora del SMS, de 13 de abril de 2014 (f. 513 y 514 exp.); y, por otra parte, de mantener la Inspección su parecer de que en tal fecha *"no se valoró el electrocardiograma de forma adecuada, no se trató la isquemia miocárdica de forma adecuada"*, que determine si, a la vista de las actuaciones diagnósticas y terapéuticas posteriores, tal mala praxis implicó un retraso terapéutico de la patología de base del paciente que la hubiera agravado en una apreciable medida.

II. Sin perjuicio de lo anterior, lo más relevante a efectos de la instrucción adicional que planteamos se refiere a la asistencia prestada al paciente el 17 de junio de 2007, en concreto, en el lapso de tiempo que transcurre desde que desde el domicilio del paciente se avisa telefónicamente a la Gerencia de Emergencias 061-112 (a las 0:23 horas, según el primer fichero informático obrante en el expediente, f. 506) hasta que la UME-1 deposita al paciente en el HUVA (a las 2:28 horas, según el segundo fichero informático, f. 507), previa intervención de la SUAP-4 y el HJMM.

Así, sobre la asistencia prestada en tal fecha el informe de la Inspección apunta varias deficiencias: en primer lugar, que *"a pesar de solicitar al 061 la documentación correspondiente a los cuidados domiciliarios y en ambulancia, no se ha podido localizar ni en el 061 ni en el HJMM ni el HUVA, por lo que hay un vacío de datos"*, y, a partir de lo anterior (a la vista de los documentos obrantes en el expediente, se entiende), expresa lo siguiente:

"Del relato de los hechos se desprende que no hubo apenas demora entre la aparición de sintomatología en el paciente y la solicitud de asistencia sanitaria, también que desde que el paciente llamó al 061 se conocían sus antecedentes de cardiopatía isquémica e infarto y los factores de riesgo cardiovascular (diabetes).

Lo desconocido en este caso es el tiempo que se tardó en llegar al domicilio y si se utilizaron medios terapéuticos.

Según el programa integral de atención a la cardiopatía isquémica de la Región de Murcia, se ha de realizar la asistencia in situ con capacidad de desfibrilar en el menor tiempo posible, dentro de los primeros ocho minutos desde la llamada (la unidad SUAP-4 es una ambulancia de soporte vital básico destinado a pacientes que puedan precisar asistencia sanitaria en ruta).

Desconocemos asimismo, por la falta de documentación citada, si se activó algún otro sistema de atención específica o se preveía usar fibrinolíticos. Esto no estaría dentro de lo razonable, ya que su utilización estaría reservada para pacientes que físicamente no pudiesen acceder a un hospital adecuado en un tiempo prudencial. Lo recomendable en este caso sería el transporte rápido con personal entrenado y desfibrilador, ya que el domicilio del paciente distaba muy pocos kilómetros, tanto de su hospital, como del hospital de referencia para realización de revascularización coronaria urgente.

Podría valorarse a qué hospital se remite el paciente. Conocida su patología, la primera elección es dirigirse inmediatamente al lugar en que puedan resolver el episodio agudo. Si fuese posible trasladar al enfermo en

menos de 60-90 minutos al HUVA, debe remitirse. Siendo en este caso la periferia de Murcia, el destino adecuado sería directamente HUVA.

Es conocido que las guías de actuación en estos casos señalan que la clasificación de gravedad de los síndromes isquémicos, una vez están en el hospital, con la obtención de un primer ECG y la estratificación inicial, no debe de demorarse más de diez minutos.

Una vez que no se dirigió SUAP-4 directamente a HUVA, la falta de ajuste entre los tiempos registrados en las diferentes etapas asistenciales no permiten conocer cuál ha sido la permanencia real del paciente en el servicio de urgencias de HMM.

La unidad UME-1 se destina a soporte vital avanzado y realiza traslados interhospitalarios de enfermos críticos; sería adecuada para el traslado a HUVA y para hacer frente a cualquier contingencia que pudiese surgir.

La sospecha diagnóstica para el traslado fue trombosis de un stent; la urgencia y gravedad del problema recomiendan practicar una angioplastia en menos de 90 minutos (página 34).

Puede resumirse que desde el domicilio del paciente al HMM el tiempo transcurrido fue una hora y desde el HMM al HUVA transcurrió otra hora".

Frente a ello, el antes reseñado informe ampliatorio del perito de la aseguradora del SMS expresa lo siguiente:

"En cuanto al cuadro clínico previo a su fallecimiento, este ocurrió de manera rápida dos meses después de haber sido revascularizado (17/06). La causa más probable fue la trombosis de uno o de varios stents. Este evento se acompaña de una alta mortalidad según la bibliografía que se adjunta. No obstante, que sepamos, no se le hizo la autopsia, por lo que no se pueden excluir otras causas del dicho cuadro clínico, como son: una rotura cardíaca post infarto; una Disección Aórtica o un Tromboembolismo Pulmonar.

En la valoración hecha por la Inspección Médica, se comenta la conveniencia de haber trasladado directamente al paciente al HUVA en Murcia, para hacerle una coronariografía. Esto implica admitir que el personal de la ambulancia tenía que atenerse a un único diagnóstico (IAM por trombosis de un stent) sin excluir otras causas del cuadro clínico que sólo pueden establecerse en un hospital y que ya hemos mencionado. El traslado al HMM fue correcto y desde allí, en cuanto se valoró más a fondo el caso, se le trasladó al HUVA".

A partir de lo anterior, se considera necesario determinar varias cuestiones que, aun siendo abordadas en mayor o menor medida en dichos informes, requieren un mayor análisis y, en su caso, apoyo documental, a fin de procurar la más fundada y adecuada resolución del fondo de la reclamación:

- A la vista del protocolo aplicable a la Gerencia de Emergencias 061-112 para atender casos como el que nos ocupa, que debe aportarse, en su caso, ha de determinarse si el encargado de dar la respuesta asistencial que corresponde a dicha Gerencia disponía de información clínica del paciente en cuestión (al margen de lo comunicado por el llamante) a efectos de decidir la clase de unidad de transporte a utilizar y de comunicar tal información, en su caso, al personal sanitario de la unidad que acudiera al correspondiente domicilio, a fin de que fuera tenida en cuenta por éste para valorar las decisiones a tomar, incluyendo, entre otras, la de trasladar al paciente a un centro sanitario u otro, en nuestro caso, al HJMM o al HUVA.

- En la hipótesis de que en el domicilio del paciente obrara el informe de alta de 26 de abril de 2007 (f. 10 exp.) y los familiares del paciente lo facilitaran al personal sanitario que allí acudió, debe informarse si de su lectura, o de cualquier otra circunstancia que se estimase pertinente, se puede concluir que la decisión de la SUAP-4 de trasladar al paciente al HJMM y no directamente al HUVA fue contraria a la "*lex artis ad hoc*".

- Al margen de lo anterior, y sin tener en consideración las actuaciones domiciliarias que pudiera haber dispensado al paciente el personal sanitario de la SUAP-4 (pues no constan), ha de determinarse, con una concreta referencia y aportación de los protocolos que se consideren pertinentes, si se ajusta o no al estándar exigible de respuesta asistencial el tiempo transcurrido entre la llamada a la Gerencia de Emergencias 061-112 (las 0:23 horas) y la hora de llegada del SUAP-4 al HJMM (a la 1:36 horas, según el informe obrante en el folio 462 exp. y el fichero informático obrante al folio 506).

- Asimismo, debe indicarse si el tiempo transcurrido entre la llegada de la SUAP-4 al HJMM (1:36 horas) y la decisión del centro de llamar a una UME para el traslado del paciente al HUVA para la realización de una angioplastia urgente (a la 1:58 horas, según el fichero obrante al folio 507) rebasa o no el tiempo que es aceptable según una *praxis* conforme a la "*lex artis ad hoc*".

- Si el tiempo transcurrido entre la activación de la UME-1 a instancia del HJMM (a la 1:59 horas, según el citado fichero) y la hora en que dicha unidad depositó al paciente en el HUVA (a las 2:28 horas, según tal fichero) es conforme o no con los protocolos que se consideren pertinentes.

- Finalmente, en el supuesto de que la Inspección Médica reitere su parecer en el sentido de que existió "*demora en el acceso al servicio adecuado para la terapéutica, teniendo en cuenta la escasa distancia kilométrica entre el domicilio del paciente y los centros implicados*", debe determinar, aun con las inevitables limitaciones que a este respecto presenta la índole médica del asunto, en qué medida o alcance puede cifrarse la ausencia del tratamiento terapéutico previsto (la angioplastia) en relación con las posibilidades de supervivencia del paciente a corto y medio plazo, vistas las circunstancias del mismo.

Tras la emisión de dicho informe, que deberá solicitarse a la Inspección con carácter de urgencia vista la dilatada tramitación del procedimiento, deberá trasladarse el mismo a la compañía aseguradora del SMS y a las reclamantes, a fin de que puedan presentar las alegaciones oportunas. Tras ello y lo que en su caso procediera a la vista de las alegaciones presentadas, deberá remitirse a este Consejo Jurídico lo nuevamente actuado con la nueva propuesta de resolución, en su caso, a fin de que emita el pertinente Dictamen sobre el fondo de la reclamación.

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

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Procede realizar las actuaciones instructoras adicionales expresadas en la Consideración Tercera del presente Dictamen, en los términos y por las razones allí expresadas.

SEGUNDA.- En consecuencia, la propuesta de resolución se dictamina desfavorablemente en este momento, es decir, sin perjuicio de lo que proceda dictaminar en su momento tras la práctica de las referidas actuaciones.

No obstante, V.E. resolverá.

