



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **306/2018**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 19 de noviembre de 2018, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 7 de septiembre de 2017, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **257/17**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 15 de abril de 2015 tuvo entrada en el Registro de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por don X, por los daños habidos a consecuencia del infarto agudo de miocardio sufrido el día 7 de abril de 2014, por el que fue ingresado en la UCI del Hospital Virgen de la Arrixaca (HUVA), siendo alta el siguiente día 15 de abril de 2014. Al preguntar sobre la explicación de por qué había sufrido un infarto cuando el día 9 de febrero de 2014 se le había practicado un cateterismo en el Hospital Santa Lucía de Cartagena (HSL), en el que había ingresado por un síndrome coronario agudo y del que se le había dado el alta el 12 de febrero de 2014, según indica en su reclamación *"se me dijo por el cardiólogo que firmó el alta que no había seguido el tratamiento protocolario tras la inserción de un stent, que es necesario seguir un tratamiento con antiagregantes durante al menos un año, sin que quisieran darme mayor explicación"*. Por tal motivo exigió que constara en el informe de alta la opinión que verbalmente le transmitían, a lo que accedió su redactor, incluyendo la frase *"se detecta en Ágora que el paciente no ha cumplido tratamiento con Clodiprogel en el último mes"*. El reclamante hace constar que el tratamiento seguido fue el que se le indicó en el momento del alta en el HSL de Cartagena (Folio 10). En el informe de alta de cardiología suscrito por la doctora doña Y, firmado el 12 de febrero de 2014, se aprecia una tachadura sobre lo que inicialmente se escribió y, a mano, figura encima la palabra "mes", con lo que la lectura con la corrección incluida sería ahora la siguiente *"Duoplatin 1 comprimido en comida durante un mes después cambiar por adiro Adiro 100 mg un comprimido en comida de forma indefinida"*. Según el interesado eso es lo que había hecho y por lo que entiende que es la causa determinante de la producción del infarto origen de los daños por los que reclama una indemnización de CINCUENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y NUEVE EUROS CON SESENTA Y TRES CÉNTIMOS de euro (58.469,63 €) cantidad a la que asciende la suma de 17.263,06 € correspondientes a los días para estabilización de las lesiones, más 25.620,30 € por las secuelas padecidas, más 9.586,27 € por la incapacidad parcial sufrida, y 6.000 € por el resarcimiento del daño moral. Por todo lo expuesto concluye solicitando que se tenga por interpuesta la reclamación y, previos los trámites pertinentes, se dicte resolución por la que se acuerde el reconocimiento a la indemnización antes dicha debido a las lesiones causadas a consecuencia de la defectuosa asistencia sanitaria. Junto a la reclamación se presentan 12 documentos.

SEGUNDO.- Entre los documentos que se adjuntó a la reclamación inicial merece especial atención el informe pericial (folios 36 a 43), firmado el día 6 de abril de 2015 por el doctor don Z, de la empresa "PERIMED,

peritaciones médicas" que hace un detallado análisis de los hechos acaecidos, los tratamientos seguidos y tras un juicio clínico y consideraciones médico legales formuló las nueve conclusiones siguientes:

PRIMERA. Que D. X con DNI número NN sufrió el 07.04.2014 un infarto agudo de miocardio, motivo por el que fue ingresado en el Hospital Sta. Lucía de Cartagena con el diagnóstico de "Síndrome coronario agudo con elevación del ST. Infarto agudo de miocardio antero-lateral".

SEGUNDA. Que antes de dicho infarto el 09.02.2014 el paciente ingresó por "Síndrome coronario sin elevación del ST (SCASET) con cambios dinámicos tipo angina inestable" y se le implantó un stent fármaco activo. Al alta se le indicó la toma de un doble antiagregante "Duoplavin®: Clodiprogel+Ácido acetilsalicílico) durante un mes y después continuar con un solo antiagregante (Adiro®: Ácido acetilsalicílico).

TERCERA. Que según los protocolos tras un SCASET se debe seguir tratamiento farmacológico con doble antiagregante durante un año.

CUARTA. Que el paciente sólo siguió tratamiento con doble antiagregante durante sólo un mes por indicación facultativa. Dicha suspensión favoreció la trombosis de la rama coronaria Descendente Anterior, provocando el infarto agudo de miocardio.

QUINTA. Que como consecuencia de dicho infarto de miocardio el paciente presenta una sintomatología secundaria a la afectación cardíaca, objetivada mediante ecocardiografía, que indica una fracción de eyección del 47%.

SEXTA. Que como efecto secundario de esa afectación cardíaca el paciente presenta un trastorno adaptativo con reacción depresiva prolongada al nuevo evento cardíaco.

SÉPTIMA. Que el proceso cardíaco se considera estabilizado tras la finalización de la rehabilitación cardíaca (tiempo de estabilización: 265 días). El paciente presenta limitación para sus actividades habituales, incluidas las laborales, por lo que se consideran días improductivos. Durante este tiempo el paciente ha precisado dos ingresos hospitalarios (13 días hospitalarios: tres días en UCI).

OCTAVA. Que el paciente presenta como secuelas derivadas del infarto agudo de miocardio las abajo indicadas, de las que aplicando la tabla VI del Baremo de la ley 34/2003 de 4 de noviembre de 2003, y según mi leal saber y entender, deben atribuirse las siguientes puntuaciones:

31011 Insuficiencia Cardíaca: grado II: Disnea de moderados esfuerzos (F. E.: 50-40%): 17 puntos.

11370 Agravación o desestabilización de otros trastornos mentales (trastorno depresivo reactivo): 5 puntos

Estas puntuaciones, combinadas mediante la fórmula de Balthazard, se evalúan como un total de 22 puntos.

NOVENA. Que el estado actual del paciente le supone una limitación parcial para aquellas actividades cotidianas que suponga la realización de un esfuerzo moderado.

TERCERO.- El 7 de mayo de 2015, el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (SMS) dictó resolución admitiendo a trámite la reclamación interpuesta y designando al Servicio Jurídico del SMS órgano encargado de la instrucción. La resolución se notificó al interesado el día 19 de mayo de 2015. Igualmente se remitió copia de dicha resolución a la Gerencia del Área de Salud II, HSL, en demanda de la copia compulsada y foliada de la historia clínica de don X así como los informes de los profesionales implicados en el proceso asistencial. El mismo requerimiento se formuló a la Gerencia del Área de Salud I, Hospital "Virgen de la Arrixaca" (HUVA) y a la Gerencia del Hospital Psiquiátrico "Román Alberca", todo ello mediante sendos escritos del 7 de mayo de 2015. Por último, se remitió el escrito de reclamación a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la Correduría de seguros "Aón Gil y Carvajal" para su traslado a la compañía aseguradora.

CUARTO.- El Director Gerente HUVA contestó el requerimiento el 2 de junio de 2015 remitiendo la información solicitada en la que se encontraba incluido el informe del doctor W, facultativo jefe del servicio de cardiología, de fecha de 1 de junio de 2015. En dicho informe relata cómo hizo un cateterismo urgente el día 8 de marzo de 2014 [es un error, fue el 8 de abril de 2014 según consta en la historia clínica] a don X que había sido remitido desde el HSL para realizar una coronariografía urgente y una angioplastia de rescate, ante la falta de respuesta inicial al tratamiento fibrinolítico, siendo el tratamiento recomendado en estos casos y aceptado por protocolo a pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio de menos de dos horas de evolución en particular en aquel caso en el que se sospechó una trombosis aguda del stent. La coronariografía no evidenció ninguna lesión ni resto de trombo. A pesar de ello el diagnóstico más probable seguía siendo la presencia de una trombosis intrastent, ante la imposibilidad de objetivar restos del trombo, inhabitual en tales casos, se pensó en un diagnóstico alternativo (Síndrome de Tako Tsubo). Tras finalizar el cateterismo el paciente fue de nuevo trasladado a su hospital de referencia. Indica en su informe que *"En el síndrome de Tako Subo se produce una elevación de ST como en un infarto y se produce una paralización de una zona de músculo cardíaco (habitualmente la punta). A diferencia del infarto, no se consigue identificar ninguna lesión ni trombo. El desencadenante de este síndrome suele ser una situación estresante intensa (que al parecer se daba en este caso) y la resolución suele ser completa en unos días o semanas. Desconozco la progresión posterior del caso y no estoy en condición (por no ser el cardiólogo responsable del caso) de informar sobre el diagnóstico definitivo"*.

QUINTO.- La historia clínica reclamada al Hospital Psiquiátrico Román Alberca fue remitida por el Coordinador del Centro de Salud Mental de Cartagena mediante escrito del 8 de junio de 2015, y la correspondiente al HSL se envió por el Director Gerente del mismo mediante escrito del 10 de agosto de 2015, quedando pendiente de envío el informe de los profesionales implicados en el proceso asistencial. Entre los documentos integrantes de la historia clínica del HSL figura el informe de alta de cardiología, firmado por la doctora doña Y el día 12 de febrero de 2014, en el que en el apartado "Tratamiento al alta" figura la frase que, según el reclamante, fue modificada por la propia doctora, pero en este caso, no hay tachadura alguna pudiendo leerse lo siguiente: *"Duoplavín 1 comprimido en comida durante un año, después cambiar por adiro Adiro 100 mg un comprimido en comida de forma indefinida"* (Folio 133).

El día 14 de septiembre de 2015 el Director Gerente del Área de Salud II remitió el informe del Jefe de Servicio de Urgencias relativo a la asistencia prestada al paciente, y el día 18 de septiembre de 2015 lo hizo respecto del informe clínico elaborado el doctor Ñ, médico adjunto de cardiología en el que se puede leer: *"En segundo lugar, y*

según objetivamos en los informes clínicos del paciente se le prescribió al alta doble antiagregación durante UN AÑO, tal y como indican las guías de prácticas clínicas. Por otra parte, objetivamos que en su posterior ingreso en abril el paciente seguía tratamiento únicamente con Adiro (habiendo suspendido la doble antiagregación) sin haber documento que indique la suspensión de dicha medicación. Posteriormente al alta de su segundo ingreso en abril/14 continuó con la indicación doble anti agregación (Adiro+Ticagrelor) en función de las características y antecedentes del paciente, siguiendo las indicaciones de la guías prácticas clínicas".

SEXTO.- Mediante sendos escritos del día 1 de octubre de 2015, se comunicó al interesado y a la compañía aseguradora que se habían estimado pertinentes las pruebas propuestas, así como que ya se habían incorporado al expediente las historias clínicas y los informes solicitados. Por último, se les hacía saber que el expediente se remitía al Servicio de Inspección de Prestaciones Asistenciales de la Consejería de Sanidad para su valoración.

SÉPTIMO.- Consta al folio 176 la diligencia extendida el 13 de octubre de 2015 de la comparecencia de un representante del interesado en la que solicitó copia de determinados documentos que le fueron entregados.

OCTAVO.- La instrucción, en virtud de escrito del 27 de noviembre de 2015, remitió copia de la reclamación presentada y de la documentación aportada por el reclamante a la doctora doña Y para que formulara las alegaciones que estimase pertinentes respecto a la imputación que el reclamante hacía sobre la duración del tratamiento con antiagregantes que ella había prescrito.

NOVENO.- Mediante nota interior recibida el 28 de noviembre de 2016, se comunicaba a la Secretaría General Técnica del SMS el decreto dictado por la Sala de lo Contencioso Administrativo del TSJ de Murcia en el procedimiento ordinario 56/2016, seguido instancias de don X, a fin de que se remitiera al juzgado correspondiente, y copia a la Dirección los Servicios Jurídicos de la Comunidad Autónoma, de cuantos antecedentes obrasen en la Secretaría sobre el citado procedimiento. A dicha solicitud se dio cumplimiento mediante escrito del 21 de diciembre de 2016 dirigido al Servicio Común de Ordenación del Procedimiento del Tribunal Superior de Justicia y, mediante otro escrito de 21 de diciembre del mismo año, se comunicó a la compañía de seguros el referido decreto para que pudiera comparecer y personarse ante la Sala en el plazo de nueve días, adjuntándole copia del expediente y del propio decreto. Posteriormente por escrito de 9 de enero de 2017, se comunicó al Servicio Común de Ordenación del Procedimiento que se había efectuado la notificación a "Mapfre, seguros de empresas".

DÉCIMO.- Con escrito del 27 de febrero de 2017 se remitió al órgano instructor el informe de la Inspección de Servicios Sanitarios que había sido emitido el 31 de enero anterior.

DECIMOPRIMERO.- Mediante nota interior de 21 de marzo de 2017 se solicitó a la Secretaría General Técnica SMS que diera cumplimiento a la diligencia de ordenación dictada por la Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Primera, de Murcia, en el procedimiento ordinario 56/2016, a cuyo tenor habría de completarse el expediente administrativo con la documentación interesada por el letrado de la Comunidad Autónoma de Murcia. En concreto se trataba de incorporar al expediente el informe de la Inspección Médica. A la petición se contestó por la instrucción mediante escrito de 28 de marzo de 2017.

DECIMOSEGUNDO.- El día 6 de abril de 2017 se comunicó al interesado la apertura del trámite de audiencia, y en esa misma fecha a la compañía de seguros, sin que conste que se formularan alegaciones por ninguna de

ambas partes.

DECIMOTERCERO.- La instrucción formuló su propuesta de resolución, de 9 de agosto de 2017, en el sentido de desestimar la reclamación patrimonial interpuesta por no concurrir los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial.

DECIMOCUARTO.- En la fecha y por el órgano indicado 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, en relación con el 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 el 12 del RD 429/93, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP), vista la fecha de iniciación del procedimiento.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. El reclamante tiene legitimación para formular la pretensión indemnizatoria objeto del presente procedimiento, por haber sufrido en su persona los daños que imputa al anormal funcionamiento de los servicios sanitarios del SMS, pudiendo ejercer su pretensión indemnizatoria a tenor de lo previsto por el artículo 139.1 (LPAC), en relación con el 4.1 (RRP), de aplicación en atención a la fecha en la que ocurrieron los hechos de acuerdo con lo establecido en la disposición transitoria tercera de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

Por su parte, la Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse los daños al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. En cuanto a la temporaneidad de la acción, a ejercer en el plazo de un año previsto en el artículo 142.5 LPAC, no hay reparo que oponer, vista la fecha de los hechos y la de la presentación de la reclamación.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial administrativa en materia sanitaria. Consideraciones generales.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: "los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos". Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce "el derecho a la protección de la salud", desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.
- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.
- Ausencia de fuerza mayor.
- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los razonablemente posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación de éste ha de regirse por la denominada "lex artis ad hoc", o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03, entre muchos otros, de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la "lex artis ad hoc" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. La "lex artis", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Así, la STS, Sala 3ª, de 22 de diciembre de 2001, afirma: *"ciertamente que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente"*.

Asimismo, la STS, Sala 3ª, de 23 de marzo de 2011, expresa que *"la actividad sanitaria no permite exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, ya que su función ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria, utilizando al efecto los medios y conocimientos que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir en todo caso la curación del paciente"*.

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1ª, de 24 de mayo de 1999, entiende que *"los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) y ello supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida"*.

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la "lex artis" responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la *praxis* médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la "lex artis"; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la

apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 1 de marzo de 1999).

En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervinientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la sanidad pública, lo que le otorga un singular valor a efectos de prueba.

CUARTA.- Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que reclama indemnización. Falta de acreditación.

1. De la reclamación reseñada en el Antecedente Primero se desprende que se imputa a la Administración regional una errónea actuación al determinar la duración del tratamiento a seguir después de la asistencia prestada en el HSL cuando se hizo figurar en el informe de alta de 12 de abril de 2014, que se le entregó corregido a mano, que el paciente debía *"Añadir a Bisoprolol-Duoplavín 1 comprimido en comida durante un mes, después cambiar por adiro Adiro 100mg un comprimido en comida de forma indefinida[...]"*.

Sin embargo, en el informe de alta integrado en la historia clínica del Sr. X que obra en los archivos del HUCA la prescripción no está corregida a mano y figura el plazo de un año para la toma de Duoplavín. Esa divergencia debió aclararse durante la tramitación del procedimiento mediante la práctica de cuantas pruebas hubieran sido precisas. La instrucción dirigió un escrito el 27 de noviembre de 2015 a su autora, la doctora D.^a Y, sin obtener respuesta. No consta en el expediente ni la acreditación de su envío ni tan siquiera si fue o no recibido, impidiendo formular consideración alguna sobre la afirmación hecha por el reclamante. Ahora bien, el informe emitido por el doctor Ñ el 17 de septiembre de 2015 (folio 169) se basa en que la duración prescrita según el parte de alta fue de un año, por lo que se atiene al documento obrante en la historia clínica del hospital. La aclaración de este extremo habría servido para poner fin a la alegación del reclamante de que la causa de los daños sufridos por él en abril de 2014 fue el error en la prescripción durante un mes, y no un año, del tratamiento de doble antiagregación.

2. Lo anterior obliga a analizar si el tratamiento realmente seguido, fue o no ajustado a la *lex artis*. Y, a tal fin, antes que nada, ha de partirse de que el paciente siguió el prescrito, pues de no ser así, no cabría achacarle el resultado que finalmente se produjo. Como parece ser que la causa de los daños se debió al hecho de haber suspendido al mes la toma de "Duoplavín" -su principio activo es el coplidogrel- es necesario comprobar que así fue.

Así parece deducirse de la consulta que los facultativos hacen en "Ágora", una aplicación de la que dispone el SMS por la que, desde un determinado centro de asistencia, se puede acceder a las aplicaciones informáticas de otros centros, tanto hospitales como centros de salud, permitiendo un conocimiento global de la asistencia que a un determinado paciente se le ha dispensado. Entre tales aplicaciones se encuentra la utilizada para gestionar la

prestación farmacéutica en los centros de atención primaria. Fue a través de su consulta como se confirmó que no se le había recetado el Duoplavin en el mes anterior a su ingreso por lo que en el informe de alta del Servicio de Medicina Intensiva del HSL, de 10 de abril de 2014 (folio 138), se anotó que "[...] no tomaba colpidogrel en el último mes". Admitiendo que la no dispensación de la receta de dicho medicamento ha quedado acreditada, se puede deducir que el paciente no lo tomó en ese período, lo que vendría a demostrar que siguió fielmente el tratamiento que se le había ordenado. Sentado lo anterior ya puede pasar a examinarse si el tratamiento se ajustó o no a la *lex artis*.

3. En este punto, ya en Antecedentes se han hecho constar las conclusiones a que llega el informe pericial que la parte interesada aportó junto a la reclamación inicial, de las que la tercera es *"Que según los protocolos tras un SCASET se debe seguir tratamiento farmacológico con doble antiagregante durante un año"* por lo que en la siguiente se afirma *"Que el paciente sólo siguió tratamiento con doble antiagregante durante sólo un mes por indicación facultativa. Dicha suspensión favoreció la trombosis de la rama coronaria Descendente Anterior, provocando el infarto agudo de miocardio"*.

4. Esas aseveraciones son contradichas por el informe de la Inspección Médica, de 31 de enero de 2017. En este último (folio 216), con apoyo en la literatura científica que cita, se formulan las siguientes conclusiones:

I. La doble antiagregación durante los primeros seis meses aparece como una pauta habitualmente seguida por los distintos especialistas tras la colocación de los implantes fármacoactivos intracoronarios.

II. Algunos especialistas mantienen esa doble antiagregación incluso hasta el primer año tras la colocación de un implante fármacoactivo.

III. La pauta de la doble antiagregación durante el primer mes post implante fármacoactivo reabsorbible, para continuar posteriormente con la antiagregación con un solo fármaco, también se plantea como una nueva opción terapéutica y así se recoge actualmente en la bibliografía médica en relación a los implantes de plataforma reabsorbible fármacoactivo.

IV. En este paciente se siguió la pauta de tratamiento de un mes con doble antiagregación y posteriormente la antiagregación con un solo fármaco; dicha pauta como ya se ha dicho es también una opción terapéutica que se recoge en la bibliografía médica.

V. El nuevo evento cardíaco ocurrido el día 07/03/2014 pudo ser debido a un Sdr. de Tako Tsubo, el cual produce un SCASET sin alteraciones significativas de las arterias coronarias.

VI. En el estudio que se realizó a continuación de las arterias coronarias no se apreciaron alteraciones significativas de dichas arterias coronarias ni tampoco la existencia de coágulos en el estén fármacoactivo que le fue implantado con anterioridad en el mes de febrero. Así se desprende del informe emitido por el Dr. D. W, y al que anteriormente se ha hecho referencia, y que fue el facultativo especialista que realizó dicho estudio médico.

VII. A la vista de la documentación médica aportada y en un análisis a posteriori, y desde el punto de vista médico no se aprecian actuaciones sanitarias contrarias a la Lex Artis en el tratamiento de este paciente en relación a los episodios de SCA que padeció en febrero y abril de 2014. Aunque obviamente sí que es posible plantearse en este caso médico y en relación a la duración del tratamiento con doble

antiagregación, si ésta debía haberse mantenido más allá del primer mes tras la colocación del stent farmacoactivo reabsorbible que le fue implantado al paciente en febrero de 2014.

- a. *Este criterio, el de mantener la doble antiagregación al menos durante seis meses tras la colocación del implante fármaco activo e incluso hacerlo extensivo hasta el primer año, aunque es el criterio que actualmente siguen muchos especialistas en cardiología, no es el la única pauta de tratamiento que se sigue por toda la comunidad médica en relación a estos pacientes actualmente.*
- b. *Ya que también existen otros estudios publicados que consideran suficiente el tratamiento con doble antiagregación durante un mes post implante fármacoactivo reabsorbible (implante de plataforma reabsorbible fármacoactiva), para continuar posteriormente con un régimen de antiagregación con un solo fármaco sobre todo cuando existe un alto riesgo de sangrado".*

Como se observa, el informe de la Inspección Médica reconoce como tratamiento seguido por muchos cardiólogos la prolongación durante seis meses de la doble antiagregación, pero también que el seguido por el paciente cuenta con el debido respaldo científico, permitiendo así considerarlo como adecuado a la *lex artis ad hoc*, sobre todo en este caso en el que, los efectos advertidos tras el episodio sufrido por el paciente en el mes de abril permiten incluso dudar sobre su diagnóstico al poderse tratar de un síndrome de Tako Tsubo, a tenor del informe del doctor don W, síndrome que tiene como desencadenante situaciones de stress, y esa situación fue detectada en la consulta de salud mental tal como consta en el informe clínico, evacuado a solicitud del interesado, por el psicólogo clínico don V el 21 de mayo de 2015 (folio 102).

Así pues, no se considera acreditado que el tratamiento seguido por el Sr. X fuera contrario a la *lex artis ad hoc* y, por tanto, no cabe apreciar relación de causalidad entre los daños que sufrió y el funcionamiento del servicio sanitario.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución formulada en el sentido de desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no apreciarse la concurrencia de los requisitos exigidos legalmente para poder exigirla.

No obstante, V.E. resolverá.