

En Logroño, a 6 de julio de 2015, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros D. José María Cid Monreal, D. Enrique de la Iglesia Palacios, D. José Luis Jiménez Losantos y D. Pedro María Prusén de Blas, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Pedro María Prusén de Blas, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

34/15

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios Sociales en relación con la *reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada por D. J.M.S.G, por daños y perjuicios que entiende causados al ser atendido, con retraso, en el SERIS, de una miocardiopatía no compactada; y que valora en 600.000 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

La citada representante, mediante escrito fechado el 13 de febrero de 2014, cumplimentado en modelo normalizado y registrado en el Servicio de Atención al Paciente del Hospital *San Pedro* el 7 de marzo de 2014, formula reclamación administrativa por responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos (Servicio Sanitario).

En fechas 1 y 9 de abril de 2014, se requiere a la expresada representante para que acredite la representación de su hijo. No se realiza tal subsanación, sino que es el propio hijo (en lo sucesivo, el paciente) quien, mediante escrito de fecha 15 de abril de 2015, ratifica la reclamación presentada por su madre, por lo que se considera interpuesta la reclamación por el citado paciente.

Los hechos en que se fundamenta la reclamación son los siguientes:

“El 25 de mayo de 2013, estando en la huerta (el paciente) sufrió un desmayo y cayó al suelo. Unas Srtas. que estaban en una Casa Rural que hay junto a la huerta me llamaron (a la madre antes expresada) y me dijeron; ‘Sra., su hijo se ha caído, llame al 112 que es muy grave, que nosotras somos Enfermeras; díganos cómo podemos ayudarle’. Salió a la calle y que no se moviera. Llamé al 112 y tardaron 90 minutos en prestarle ayuda; yo llamé varias veces al 112, y les decía que, por favor, mandaran una ambulancia, que mi hijo repetía que me ahogo; estaba tirado en el suelo. No podíamos moverlo. Lo que pasó él, y nosotros los padres, y un tío que quería llevarlo en su coche al Hospital, que decía que no se dejaba morir a su sobrino, que porqué no le prestaban ayuda. Las Enfermeras decían que no lo moviéramos. Yo repetía la llamada al 112, y les decía ‘pero no hay una ambulancia para que llevara a mi hijo al Hospital’. Saben Ustedes que dolor más grande que veas a un hijo así. Nosotros los padres y los hermanos no podemos olvidar ese día. Yo salgo soñando con ese día, que ha dejado a mi hijo con el corazón muy mal. Mi hijo dice que no puede hacer nada, que se ahoga. Ha tenido que dejar la huerta. Así dice mi hijo que no puede vivir. Últimamente, se encuentra mal. Yo, como madre, no puedo dormir, lloro desesperada, pensando lo malito que está. Dios mío que se muera mi hijo. Sólo en pensar que si lo hubieran atendido antes no hubiera sido tan grave.

A continuación, la madre del paciente hizo constar lo siguiente: *“no hay dinero que pueda pagar su vida; pido que el tiempo que le quede pueda vivir bien”*, si bien, en el apartado de la reclamación relativo a la solicitud, concreta su petición indemnizatoria en la cantidad de 600.000 euros, en concepto de daños y perjuicios.

Segundo

En fecha 16 de abril de 2014, se dicta Resolución por la que se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial y se nombra Instructora del mismo.

Por escrito de 2 de junio de 2014, la Instructora comunica a los interesados la iniciación del expediente y les informa de los extremos exigidos por el artículo 42.4 de la Ley 30/1992. Asimismo, se remite, a través de la entidad AON, una copia de la reclamación presentada a la Compañía de Seguros W.R.B.E.Ltd., Suc. en España, Aseguradora del SERIS.

Tercero

Mediante comunicación interna de 24 de abril de 2014, la Instructora se dirige a la Dirección del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro* solicitando cuantos antecedentes, datos e informes estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada al paciente por los Servicios de Emergencias Médicas 061, de Urgencias y de Cardiología; una copia de la historia clínica, relativa a la asistencia reclamada; e informes

emitidos por los Facultativos intervinientes acerca de la asistencia prestada y situación actual del reclamante.

Cuarto

Con fecha 9 de mayo de 2014, la Directora del Área de Salud remite, a la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud (Servicio de Asesoramiento y Normativa), la documentación solicitada por la Instructora, incluyendo la historia clínica y los informes emitidos por los Dres. Coordinadores de los Servicios antes citados (de Emergencias Médicas 061, de Urgencias y de Cardiología).

1. El informe del Coordinador del Servicio de Emergencias Médicas 061, de 24 de abril de 2014, expresa lo siguiente:

“En relación a la solicitud de información efectuada con motivo de la asistencia prestada por el 061 a (al paciente) el día 25 de mayo de 2013 tras llamada al Centro de Coordinación Operativa SOS Rioja 112 (CECOP), le comunicamos los siguientes hechos, recogidos de los sistemas de información del Servicio:

-A las 15:31 horas del día mencionado, se recibió en el CECOP la llamada de una persona, que se identificó como la madre (del paciente), solicitando asistencia sanitaria para su hijo, que, mientras estaba trabajando en una huerta en la población de Villarejo (La Rioja), se había encontrado mal. En esa misma comunicación, la Médico regulador (MR) habló telefónicamente con el propio paciente. Al parecer, se había mareado, se había caído al suelo, pero no había perdido el conocimiento. No había vomitado. Preguntado por la presencia de dolor torácico, el paciente refirió que lo tenía algo ‘preto’, pero desde hacía tiempo, lo que atribuía a que estaba dejando de fumar. En el momento de la conversación, se encontraba mejor. Refirió que, en el mes de enero, le había sucedido algo similar.

-La MR le indicó que iba a activar a un Médico para que acudiera al lugar. Se procedió a activar al Médico de guardia en la zona (CS de Nájera) a las 15:37 horas, en prioridad M2 (urgencias que permite demora).

-A las 15:59 h, se recibió una segunda llamada de la madre, reclamando al Médico, que aún no había llegado; pero, al intentar pasar la llamada al MR, se interrumpió la comunicación.

-A las 16:00 h, se recibió una tercera llamada desde el lugar, en la que una joven comunicaba que (el paciente) se seguía encontrando mareado y sudoroso. Informaba la persona que llamaba que le habían tumbado y que, al preguntarle, le había dicho que, desde esa mañana tenía algo de dolor en la espalda; pero, en ese momento, no tenía dolor en el pecho ni en brazos. Ante la pregunta de la MR, indicaron que tenía el pulso algo bradicárdico y débil. La MR indicó que el Médico estaba en camino, que venía desde Nájera y que no debería tardar en llegar.

-A las 16:13 h, se volvió a recibir otra llamada desde el lugar, efectuada por que se identificó nuevamente como la madre del paciente. En ella, refirió que su hijo se estaba ahogando, lo que la MR interpretó como un nuevo síntoma. Se le indicó que se iba a movilizar al lugar una

ambulancia de soporte vital avanzado (SVA). En un estado de ansiedad importante, la madre pasó el teléfono a una persona que estaban junto al paciente, supuestamente la joven interlocutora de la llamada anterior, que parece ser era Enfermera. Refirió que, mientras el paciente estaba tumbado, comenzó a tener inquietud y dificultad para respirar, algo que, ante las preguntas de la MR, definió como 'taquipnea tampoco; de esto que tienes que esforzarte para que entre el aire'. Al incorporarse, se había encontrado mejor. Indicó que antes no había estado así y que, en ese momento, estaba pálido y mareado. La MR le indicó que el Médico debía estar a punto de llegar y que, además, se había movilizado una ambulancia de SVA al lugar. Consecuencia de esta llamada, se volvió a contactar telefónicamente con el CS de Nájera para confirmar la activación y salida del Médico hacia el lugar, que ya se había efectuado hacía un tiempo. En esa conversación, se cambió la prioridad a M1 (urgencia).

-A las 16:14 h, se activó la Unidad de Soporte Vital Avanzado (USVA) del 061 de Haro.

-A las 16:31 h, le fue transferida a la MR una llamada efectuada por la Médico de guardia en el lugar, en la que informaba que el paciente presentaba disnea, hipotensión arterial (refirió una tensión sistólica de 7,5 mm Hg) y sudoración, no presentaba dolor torácico, aunque sí un dolor abdominal. Le habían colocado una vía venosa periférica y la MR le aconsejó que le cogieran una segunda vía. La MR le indicó que la ambulancia de SVA se encontraba a la altura de Santo Domingo de la Calzada. Acto continuo, procedió también a informar al Médico que viajaba en dicha ambulancia.

-La ambulancia de SVA llegó donde estaba el paciente a las 16:39 horas y, según consta en el informe clínico de la Médico del 061 que la atendió (el cual se adjunta), el paciente presentaba taquicardia ventricular, con compromiso hemodinámico, por lo que se realizó una cardioversión eléctrica sincronizada, que finalizó en la reversión de la actividad eléctrica a ritmo sinusal, con descenso de ST generalizado (con posterior tendencia a normalización) y mejoría clínica importante. El diagnóstico de presunción fue de 'taquicardia ventricular; posible síndrome coronario agudo'.

-El Médico regulador se puso en contacto con el Médico intensivista de guardia en el Hospital San Pedro, sugiriendo ingreso directo en este Servicio; pero finalmente fue trasladado por la USVA del 061 al Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro de Logroño, habiendo efectuado la prealerta de llegada inminente del paciente. La ambulancia llegó a este Servicio a las 17:43 h.

-El paciente ha sido diagnosticado de padecer una miocardiopatía no compactada por el Servicio de Cardiología del Hospital San Pedro.

-Con posterioridad a esta asistencia, se han producido varias intervenciones en el CECOP para la asistencia (del paciente):

-12 de septiembre de 2013, el Médico de guardia en el CS de Santo Domingo de la Calzada solicitó ambulancia para traslado al hospital porque se había activado el desfibrilador interno implantado que lleva el paciente. Fue trasladado en ambulancia de soporte vital básico.

-23 de diciembre de 2013, se recibió una llamada en relación a una arritmia. Fue atendido por la ambulancia de soporte vital avanzado de Haro y trasladado al Hospital San Pedro por una ambulancia de soporte vital básico.

-4 de febrero de 2014, el médico del OS de Santo Domingo de la Calzada solicita traslado al Hospital San Pedro porque le ha saltado el desfibrilador implantado. Se traslada en ambulancia de soporte vital básico.

Conocemos que la miocardiopatía no compactada es una patología con un componente genético y expresión en la morfología cardíaca desde temprana edad, aunque, quizás, profesionales Especialistas en Cardiología puedan aportar datos más precisos que los que nosotros podamos aportar en este momento. Las alteraciones morfológicas congénitas cardíacas mencionadas conducen a una expresión clínica de dicha patología; puede suceder en la infancia o en la edad adulta, y las series clínicas reportan la insuficiencia cardíaca, las arritmias cardíacas (incluidas arritmias malignas generadoras de muerte súbita) y los fenómenos tromboembólicos como sucesos más frecuentes. Después del diagnóstico, la enfermedad se asocia a una elevada morbimortalidad. Existen numerosas publicaciones científicas que revisan esta patología y, por incorporar a este documento una muestra, se adjunta una revisión UpToDate y una publicación de la Revista Cardiovasc Diagn Ther 2013; 3(3):170-17T.

En el caso del que hemos informado, y en base a su diagnóstico, atribuir la evolución posterior del paciente a la asistencia que se le proporcionó el día 25 de mayo de 2013, parece una conclusión que no se atiene a la lógica. Por el contrario, la presencia de un equipo de soporte vital avanzado en el lugar, al cabo de los 25 minutos después que el Médico regulador detectase una clínica susceptible de gravedad, la disnea comunicada a las 16:13 h, salvando la distancia de 32 kms, facilitó y agilizó una asistencia y satisfactorio tratamiento precoz extrahospitalario en una situación de gravedad vital como es una taquicardia ventricular con repercusión hemodinámica.

Se estima que la movilización de los recursos sanitarios fue ajustada a la situación clínica del paciente que el Médico regulador percibió en cada momento”.

2. Por su parte, en el informe de 16 de abril de 2014, del Coordinador del Servicio Urgencias del Hospital *San Pedro* de Logroño, se hace constar:

“Se trata de un paciente diagnosticado de miocardiopatía no compactada, con disfunción ventricular sistólica severa, con coronarias normales, que sufrió un episodio sincopal secundario a taquicardia ventricular sostenida, del que fue tratado por el Servicio de Emergencias Médicas 061.

Tanto el episodio de taquicardia ventricular como la evolución posterior del paciente no están, según la información de que dispongo, en relación con la atención médica del (Servicio de Emergencias Médicas) 061 ni con una mayor o menor precocidad en la misma, sino con una patología preexistente que se puso de manifiesto con una taquicardia ventricular. El hecho de llevar implantado un desfibrilador automático implantable (DAI) protege al paciente frente a futuras arritmias, que pudieran llegar a comprometer su vida, siendo las descargas que el aparato produce salvadoras para él”.

3. El informe de 5 de mayo de 2014, suscrito por los Dres. del Servicio de Cardiología del precitado Hospital que atendieron al paciente, consigna lo siguiente:

“Paciente de 50 años que fue ingresado en este Hospital el día 25 de mayo de 2013, primero en la UMI y posteriormente en nuestro Servicio, por presentar una taquicardia ventricular. Fue

estudiado mediante ecocardiografía, coronariografía y cardiorresonancia llegándose al diagnóstico de miocardiopatía no compactada, con disfunción ventricular severa. Se le implantó un DAI como prevención secundaria (ver informe de alta de Cardiología del 26 de junio de 2013). Posteriormente, ha sido seguido en consulta externa y en consulta de seguimiento de marcapasos (tanto presencial como en seguimiento remoto).

El paciente ha acudido en tres ocasiones (al Servicio de) Urgencias por descargas del DAI, todas ellas apropiadas (12 de septiembre de 2013 (una descarga), 23 de diciembre de 2013 (dos descargas) y 4 de febrero de 2014 (una descarga). Además de las descargas, ha presentado 24 episodios de taquicardia ventricular, que se han revertido mediante ATP (estimulación antitaquicardia), la última el 18 de abril de 2014. En todos estos episodios, el dispositivo ha funcionado correctamente, evitando una posible muerte súbita.

La miocardiopatía no compactada es una enfermedad genética que cursa con dilatación de la cavidad ventricular y disfunción progresiva, pudiendo aparecer en su evolución episodios de arritmias ventriculares-muerte súbita, embolismos y de insuficiencia cardiaca. Los episodios arrítmicos que está presentando el paciente son debidos a su enfermedad y no tienen nada que ver con que se atendiera más o menos precozmente en el episodio que provocó su ingreso”.

Quinto

Consta unido al expediente un informe médico pericial de 28 de agosto de 2014, realizado por una Dra. Especialista en Cardiología, a instancia de la Compañía Aseguradora del SERIS, con el fin de valorar la atención sanitaria dispensada al paciente el día 25 de mayo de 2013 por parte del Servicio de Emergencias Médicas 061, así como su posible relación con su patología cardiaca. En el apartado relativo a los hechos que han dado lugar a la confección del informe se consigna lo siguiente:

“Varón de 49 años con antecedentes de dislipemia y tabaquismo activo (3-4 cigarrillos; hasta hacía 2 meses fumador de 20 cigarrillos/día), esquizofrenia. En tratamiento con hipolipemiente y Zyprexa.

-A las 15:31 h. del 25 de mayo de 2013, la madre del paciente se puso en contacto telefónico, por primera vez, en ese día, para solicitar asistencia sanitaria al Servicio de Emergencias 112 para su hijo. El propio Médico regulador del Centro de Coordinación Operativa SOS Rioja 112 (CECOP) habló directamente con el paciente. El suceso tuvo lugar en Villarejo, en La Rioja. El paciente se encontraba previamente bien. Refería que, mientras trabajaba en la huerta, había presentado mareo sin pérdida de conocimiento, y dolor torácico ‘desde hacía tiempo’ y que el paciente atribuía a ‘que estaba dejando de fumar’. Durante la conversación, había notado mejoría. Refería episodio similar varios meses antes (enero 2013, por el que consultó, y según se refiere en uno de los informes, el ECG -electrocardiograma- parece que fue etiquetado de normal).

-A las 15:37 h, el Médico regulador activó al Médico de guardia de la zona (Centro de Salud de Nájera) (prioridad M2: urgencias que permiten demora).

-A las 15:59 h, se recibe una segunda llamada por parte de un familiar, reclamando que no había llegado el Médico.



-A las 16:00 h, una tercera llamada comunicando que el paciente se encontraba mareado y sudoroso, sin dolor torácico en aquel momento (aunque sí dolor en la espalda aquella mañana) y pulso bradicárdico y débil. No se realizan cambios en la activación de emergencias.

-A las 16:13 h, se recibe una cuarta llamada refiriendo que el paciente 'se estaba ahogando' (disnea); se interpretó como un nuevo síntoma. Seguía mareado y estaba pálido. A pesar de que el Médico del CS de Nájera estaba de camino hacia el lugar (como pudo confirmar el Médico regulador), se cambió a prioridad MI (urgencia), activando una Unidad de Soporte Vital Avanzado (SVA) (16:14h).

-A las 16:31 h, ya había llegado el Médico del CS Nájera al lugar de los hechos (Nájera está a 19 Km de Villarejo, a unos 27 min.). Constató que el paciente presentaba disnea, hipotensión arterial, sudoración y dolor abdominal. Informó al Médico regulador y al Médico de la ambulancia de SVA que estaba a menos de la mitad de camino.

-A las 16:39 h, llegó la ambulancia de SVA. El Médico que atendió al paciente confirmó la presencia de taquicardia de QRS ancho a 225 lpm, etiquetado de taquicardia ventricular (taquicardia ventricular) con compromiso hemodinámico y realizó cardioversión eléctrica sincronizada que revirtió la actividad eléctrica a ritmo sinusal, tras 1 choque sincrónico de 100 Julios, y con tendencia inicial a bradicardia (30 lpm) y extrasistolia frecuente y posteriormente ritmo sinusal (66 lpm) con descenso generalizado del ST (excepto en aVR). Se inicia tratamiento con Amiodarona iv en perfusión.

-El paciente fue trasladado al Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro de Logroño, donde llegó a las 17:43h (Logroño está a una distancia de 47 km desde Villarejo, es decir a unos 43 min.).

-El paciente ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos de dicho hospital con ECG postcardioversión, que mostraba descenso importante (hasta 5 mm) del ST en cara inferolateral. Estaba consciente, orientado y sin dolor. Se administró Acetilsalicilato de lisina (Inyesprin) y heparina de bajo peso molecular (clexane). La Amiodarona tuvo que suspenderse por tendencia a bradicardia sinusal. La exploración física era normal. La saturación de O₂ era normal (98%), con frecuencia respiratoria de 20 rmp (respiraciones por minuto). Un ECG posterior fue informado como 'ritmo sinusal a 75 lpm, hemibloqueo anterior izquierdo, elevación del punto J de 1 mm en V2-V3, ST-T negativo lateral'. En la analítica, destacaba la elevación de elevación de troponina T (cifra pico de 2515); de triglicéridos (niveles de 244), descenso de HDL colesterol (34), con cifras normales de colesterol total (153) y de colesterol LDL (70). La radiografía de tórax era normal. Se realizó cateterismo cardiaco, que mostraba arterias coronarias sin lesiones significativas.

-El 28 de mayo de 2013, es dado de alta de la UCI y pasa al Servicio de Cardiología, donde se continúa el estudio. No constan datos de insuficiencia cardiaca en el informe, y el paciente estuvo afebril y hemodinámicamente estable. Se repitió la analítica (sistemático de sangre, coagulación, bioquímica, hormonas tiroideas), sin hallazgos relevantes.

-En el ecocardiograma transtorácico, se informó de ventrículo izquierdo (VI) dilatado, con función sistólica severamente deprimida de forma global (FEVI 30%), hipertrabeculación de los segmentos apicales y resto sin hallazgos relevantes.

-La cardioRNM confirmaba los hallazgos: VI ligeramente dilatado, con severa disfunción sistólica (FEVI 27%); e hipertrabeculación de la cara lateral, con criterios de miocardiopatía no compactada. Áreas de fibrosis en cara inferolateral, músculo papilar anterior y unión interventricular inferior.

Todo ello es sugestivo de miocardiopatía no compactada, con áreas de fibrosis; a valorar, según clínica, la posibilidad de miocarditis.

-El 25 de junio de 2013, se implantó un desfibrilador automático (DAI) monocameral (VR) sin incidencias. En el informe de alta, de fecha de 26 de junio de 2013, con los diagnósticos de: 1) miocardiopatía no compactada; 2) taquicardia ventricular sostenida; 3) disfunción ventricular izquierda sistólica severa; 4) arterias coronarias sin lesiones significativas; 5) implantación de DAI; 6) probable miocarditis.

-Al alta el tratamiento fue el siguiente: No fumar. Sintrom para INR entre 2 y 3 (acenocumarol-anticoagulante oral-), Carvedilol, Enalapril, Atorvastatina, Lansoprazol, Clexane, Dilutol, Zyprexa (olanzapina-antipsicótico).

-El paciente fue atendido en (el Servicio de) Urgencias el 12 de septiembre de 2013, por mareo y descarga apropiada y eficaz del DAI (TVMS-TV monomorfa sostenida-). Analítica sin hallazgos de interés, salvo nivel de anticoagulación (INR) infraterapéutico (1,25); ECG en ritmo sinusal con hemibloqueo anterior izquierdo; RX tórax, sin datos de condensaciones; exploración, sin hallazgos de interés.

-El 4 de octubre de 2013, se revisa en consultas externas (del Servicio de) Cardiología: el paciente refería disnea de mínimos esfuerzos que achacaba a aumento de peso; había dejado de fumar. El ECG estaba en ritmo sinusal con FC normal; PA ligeramente elevada (130/90) y ausencia de signos de insuficiencia cardiaca en la exploración. Se pidió seguimiento en (el Servicio de) Cardiología 3-4 meses después; se aumentó la dosis de IECA. El 14 de noviembre de 2013, se realizó ECG en el que el paciente estaba en ritmo sinusal a 77 Ipm, con HAI, alteraciones inespecíficas de la repolarización (T negativa-aplanada) en derivaciones de los miembros y en V5-V6, R altas en V1 a V6, y 1 EV interpolado entre 2 QRS, QTc 416ms (normal); se solicitó ecocardiograma para valorar FEVI.

-El 23 de diciembre de 2013, el (Servicio de Emergencias Médicas) 061 lo remite nuevamente a urgencias por 2 descargas del DAI. Llegó asintomático y así estuvo según el informe aportado. Se aumentó tratamiento b-bloqueante (carvedilol).

-El 4 de febrero de 2013, su Médico lo remite a (al Servicio de) Urgencias del Hospital por mareo y descarga del DAI. El paciente no refería dolor torácico ni disnea ni otra sintomatología. La exploración era normal. La analítica y la RX tórax era normal. ECG sin hallazgos agudos relevantes (RS a 75Ipm, EV, sin alteraciones agudas de la repolarización, QTC 434ms). Se chequea el dispositivo, objetivando descarga apropiada del DAI en ventana de fibrilación ventricular (FV), y múltiples episodios de TV/FV que habían cedido con ATP (ATP = estimulación antitaquicardia) (2 de ellos durante la estancia en Urgencias). Se reprogramó el DAI, se aumentó la dosis del b-bloqueante (Carvedilol) y se inició Annioclarona. Se citó para revisión del DAI (consulta de marcapasos) 1 mes después. Consta en el informe que el paciente conducía automóviles, lo que requería revaloración por la importante carga arrítmica”.

En el indicado informe se obtienen las siguientes conclusiones médico-periciales:

“1ª El Médico regulador movilizó los recursos sanitarios en cada momento de forma que se ajustaba a la percepción que tenía de la situación clínica del paciente.

2ª Cuando llegó la Unidad de SVA, el sujeto presentaba una arritmia ventricular grave que fue tratada de forma eficaz.

3ª El paciente fue diagnosticado de miocardiopatía no compactada, afectando a ventrículo izquierdo.

4ª La miocardiopatía no compactada es una enfermedad de causa genética, asociada a elevada morbimortalidad en el curso evolutivo. El paciente presentaba varios criterios de mal pronóstico en el momento de su diagnóstico: disfunción ventricular, áreas de fibrosis, y arritmias ventriculares.

5ª El paciente recibió tratamiento farmacológico apropiado para su enfermedad, siguiendo las recomendaciones de las Guías vigentes en cada momento de la atención médica.

6ª Además, se le implantó un desfibrilador automático. El paciente presentó múltiples episodios de taquiarritmias ventriculares, tratados correctamente por el dispositivo, lo que le ha salvado en numerosas ocasiones de la muerte súbita.

7ª Desde la llamada de la madre del paciente al Servicio de Emergencias hasta la atención por el Médico de SVA pasó poco más de una hora, tiempo insuficiente de por sí para que la taquicardia ventricular pudiera explicar la disfunción ventricular y su consiguiente clínica de disnea de esfuerzo presente en el curso evolutivo. Llamaba, sin embargo, la atención la ausencia de signos de insuficiencia cardiaca en la exploración, y la no interferencia de la clínica sobre la conducción de automóviles por parte del paciente. Por tanto, esta clínica de disnea podría estar suficientemente justificada por su enfermedad de base, una enfermedad genética con elevada morbimortalidad, y que puede evolucionar a empeoramiento de la clase funcional, como se ha descrito anteriormente, asociado al aumento de peso también que refería el paciente.

8ª No se objetiva un incumplimiento de la lex artis”.

Sexto

El día 14 de mayo de 2014, la Instructora da traslado del expediente a la Dirección General de Asistencia, Prestaciones y Farmacia para que, por el Médico inspector que corresponda, se elabore informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación.

En el informe de la Inspección médico, que es emitido el día 21 de octubre de 2014, se determinan los siguientes hechos:

“El pasado 25.05.13, (el paciente), sin antecedentes personales de interés en cuanto al proceso actual, comienza a notar sensación de inestabilidad/mareo, dolor torácico, disnea, sudoración profusa,... por lo que su madre se pone en contacto con el 112, Centro de Coordinación Operativa SOS Rioja (CECOP) solicitando asistencia médica.

El Médico Regulador del CECOP habló personalmente con el paciente, quien le describe un cuadro de malestar general, mareo, por el que se cae al suelo, sin pérdida de conocimiento y con sensación de opresión a nivel torácico pero que arrastra desde hace tiempo coincidiendo con dejar de fumar, en el momento de esa conversación refiere encontrarse algo mejor por lo que se le adjudica una prioridad M2 (urgencia que permite demora) y se pasa aviso al Médico de Guardia.

La situación clínica del paciente fue empeorando, con mayor dificultad respiratoria y deterioro de su estado general, nuevamente contactan con el CECOP, cambiando la prioridad a MI (urgencia) y se activó la unidad de soporte vital avanzado (USVA). Cuando el Médico de guardia llega al lugar, el paciente presenta disnea, hipotensión arterial, sudoración, no dolor torácico pero sí abdominal, y le colocan vía venosa periférica. Al llegar la USVA, se encuentra en taquicardia ventricular con compromiso hemodinámico, por lo que le realizan cardioversión eléctrica, con normalización de la actividad eléctrica ventricular y mejoría clínica importante, procediendo tras ello, a su traslado a centro hospitalario.

Permaneció ingresado en los Servicios de UCI y Cardiología y, tras las exploraciones complementarias realizadas, se descarta origen isquémico del proceso (coronariografía normal) y se llega al diagnóstico definitivo de "Miocardiopatía no Compactada (cumple criterios por resonancia magnética); taquicardia ventricular sostenida y disfunción ventricular izq. sistólica severa", procediendo a la implantación de un DAI (desfibrilador automático implantable), como prevención secundaria.

Tras este episodio inicial, ha solicitado asistencia en varias ocasiones, siendo trasladado al Servicio de Urgencias por descargas del DAI secundarias a taquicardia ventricular, descargas todas ellas apropiadas y eficaces".

En dicho informe se alcanzan las siguientes conclusiones:

1ª.- Aun pudiendo entender los momentos de angustia vividos por el paciente y su familia, es difícil determinar, dada la sucesión de los hechos y circunstancias referidas, que existiera demora en la asistencia prestada. Lo que sí parece evidente es que el tratamiento realizado por la USVA fue adecuado y efectivo.

2ª.- De cualquier forma, lo importante en este caso es determinar si existen consecuencias posteriores (daño o perjuicio evaluable), secundarias a estas actuaciones, y que puedan ser subsidiarias de responsabilidad patrimonial, y el hecho real, es que no existe daño, el paciente debuta en taquicardia ventricular como sintomatología de su enfermedad de base y las manifestaciones posteriores de la misma son independientes del tiempo transcurrido para esa primera asistencia; luego, no procede derecho a responsabilidad patrimonial, puesto que no se ha derivado perjuicio médico de las actuaciones sanitarias descritas".

Séptimo

Notificado al reclamante (mediante escrito de 20 de noviembre de 2014) la apertura del trámite de audiencia, por parte del interesado no se ha presentado alegación alguna.

Octavo

Con fecha 20 de mayo de 2015, la Instructora del expediente emite Propuesta de Resolución en la que plantea *"que se desestime la reclamación que por responsabilidad patrimonial de esta Administración, por no ser imputable el perjuicio alegado, al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios"*.

Noveno

El Secretario General Técnico, el día 25 de mayo de 2015, remite a la Letrada de la Dirección de los Servicios Jurídicos en la Consejería de Salud el expediente de responsabilidad patrimonial para su preceptivo informe, que es emitido favorablemente el 29 de mayo de 2015, conforme con la referida Propuesta de resolución.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 2 de junio de 2015, registrado de entrada en este Consejo el día 4 de junio de 2015, el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja remitió al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el día 4 de junio de 2015, procedió, en nombre de dicho Consejo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asignada la ponencia al Consejero señalado en el encabezamiento, la misma quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad del Dictamen del Consejo Consultivo

El artículo 12.1 del Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, dispone que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma, cuando dicho

dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una propuesta de resolución.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el artículo 11.g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la Ley 7/2011, de 22 de diciembre, remite a la normativa reguladora de los procedimientos de responsabilidad patrimonial, legislación estatal, para la determinación del carácter preceptivo de los dictámenes. Por aplicación de dicha normativa, el dictamen será preceptivo cuando la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros, a partir de la entrada en vigor de la citada Ley 7/2011. Por lo tanto y reclamándose una cantidad de 600.000 euros, nuestro dictamen resulta ser preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, éste, a tenor del art. 12.2 del citado Real Decreto 429/1993, ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen jurídico de las Administraciones públicas y del procedimiento administrativo común (LPAC).

Segundo

Sobre la responsabilidad patrimonial de la Comunidad Autónoma de La Rioja

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución y 139.1 y 2 141.1 LPAC), reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados de 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 normal o anormal de los servicios públicos, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado; y debiendo existir una relación de causa a efecto, directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración; así, como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo, no constituye una suerte de “seguro a todo riesgo” para los particulares que, de cualquier modo, se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier

eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones públicas.

Lo anterior es también predicable para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien en estos casos la obligación del profesional médico y la Administración sanitaria es una obligación *de medios y no de resultado*, de manera que, en principio, cuando se actúe de acuerdo con la *lex artis*, los daños no le pueden ser imputados a la Administración, o lo que es lo mismo, no tendrían la condición de antijurídicos, so pena de incurrir en el despropósito que supondría el exigir a la Administración que garantice siempre la curación de los pacientes.

Como venimos indicando con reiteración al dictaminar sobre responsabilidad patrimonial de la Administración, cualquiera que sea el ámbito de su actividad en que ésta se manifieste, lo primero que inexcusablemente debe analizarse es lo que hemos llamado la relación de causalidad en sentido estricto, esto es, la determinación, libre de conceptos jurídicos, de cuáles son las causas que objetivamente explican que un concreto resultado dañoso haya tenido lugar. Para detectar tales causas, el criterio por el que hay que guiarse no puede ser otro que el de la *condicio sine qua non*, conforme al cual un determinado hecho o conducta ha de ser considerado causa de un resultado dañoso cuando, suprimido mentalmente tal hecho o conducta, se alcance la conclusión de que dicho resultado, en su configuración concreta, no habría tenido lugar.

Sólo una vez determinada la existencia de relación de causalidad en este estricto sentido y aisladas, por tanto, la causa o causas de un concreto resultado dañoso, resulta posible entrar en la apreciación de si concurre o no el criterio positivo de imputación del que se sirva la Ley para hacer responder del daño a la Administración, que no es otro que el del funcionamiento normal o anormal de un servicio público a su cargo, y de si concurren o no criterios negativos de esa imputación, esto es, de alguno de los que, expresa o tácitamente, se sirva la Ley para negar esa responsabilidad en los casos concretos.

Tercero

Sobre la inexistencia de responsabilidad de la Administración en el presente caso

El reclamante mantiene que su estado actual es consecuencia de la demora en recibir la pertinente asistencia sanitaria, tras la sintomatología clínica que presentó el 25 de mayo de 2013, mientras se encontraba realizando labores en una huerta sita en la localidad de Villarejo, pues (según relata en el escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial), *“si lo hubieran atendido antes, no hubiera sido tan grave”*.

La Propuesta de resolución, en cambio, rechaza estas manifestaciones y considera ajustada a la *lex artis* la actuación de los profesionales sanitarios intervinientes, pues “*la pretensión contenida en el escrito de reclamación carece de los requisitos exigidos por la jurisprudencia y la legislación para que pueda nacer la obligación de la Administración de indemnizar, pues de la documentación contenida en el expediente patrimonial se desprende que no existe el exigido nexo causal entre los daños causados y la actuación sanitaria*”.

La pretensión contenida en el escrito de reclamación se apoya, básicamente, en que se produjo un considerable retraso en la prestación de atención sanitaria a D. J.M, desde que se realizara la primera llamada al Servicio de Emergencias Médicas 061.

Sin embargo, como destaca la Propuesta de resolución, en afirmaciones que este Consejo Consultivo comparte por su objetividad:

“De la documentación incluida en el expediente, se desprende que dicho sustento es inexacto; pues, tal y como se detalla a continuación, se siguieron, en todo momento, los protocolos aplicables para este tipo de llamadas en el Servicio (de Emergencias Médicas) 061. Ha quedado acreditado que el Servicio de Urgencias Médicas 061 aplicó las medidas precisas, conforme a lo que les iban refiriendo en cada momento.

A las 15.31 horas, en la primera llamada realizada, el Médico Regulador habló directamente con el propio paciente, que le indicó que, aunque se había mareado, no había perdido el conocimiento ni había vomitado. Ante esta situación, se Activa al Médico de guardia de la zona, el del Centro de Salud de Nájera, a las 15.37; asignando una prioridad M2, que significa urgencia que permite demora, ya que el paciente refería encontrarse mejor.

Solamente se asignó una prioridad mayor a esta llamada de urgencia cuando la madre llamó nuevamente refiriendo que (el paciente) se estaba ahogando. En ese mismo momento, se movilizó una ambulancia de soporte vital avanzado y se volvió a llamar al OS de Nájera para confirmar la activación y salida del Médico hacia el lugar, lo cual, ya se había producido hace tiempo.

Desde que se activara la Unidad de Soporte Vital Avanzado hasta que la misma llegó al lugar donde se encontraba el paciente, transcurrieron exactamente 25 minutos. En ese momento, se emitió un diagnóstico presunto de ‘taquicardia ventricular.

Posible síndrome coronario agudo’. Y, a continuación, el paciente fue transportado al Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro de Logroño, quedando ingresado en dicho Hospital, donde continuó recibiendo la atención médica adecuada.

Tanto el Coordinador de Urgencias del Hospital San Pedro, como los Cardiólogos de dicho Hospital, coinciden en afirmar que el estado actual del paciente es consecuencia de su enfermedad y no de la atención prestada por el 061 el 25/05/2013. Así en el informe del Coordinador de Urgencias se refleja:

‘Tanto el episodio de taquicardia ventricular como la evolución posterior del paciente no están, según la información de que dispongo, en relación con la atención médica del (Servicio de Emergencias Médicas) 061 ni con una mayor o menor precocidad en la misma, sino con

una patología preexistente que se puso de manifiesto con una taquicardia ventricular. El hecho de llevar implantado un des fibrilador automático implantable (DAI) protege al paciente frente a futuras arritmias que pudieran llegar a comprometer su vida, siendo las descargas que el aparato produce salvadoras para él’.

‘La miocardiopatía no compactada es una enfermedad genética que cursa con dilatación de la cavidad ventricular y disfunción progresiva pudiendo aparecer en su evolución episodios de arritmias ventriculares-muerte súbita, embolismos y de insuficiencia cardiaca. Los episodios arrítmicos que está presentando el paciente son debidos a su enfermedad y no tienen nada que ver con que se atendiera más o menos precozmente en el episodio que provocó su ingreso’.

Extremo este que también confirma la Inspectora Médica en la última conclusión de su informe:

*‘De cualquier forma, lo importante en este caso es determinar si existen consecuencias posteriores (daño o perjuicio evaluable), secundarias a estas actuaciones, y que fueran subsidiarias de responsabilidad patrimonial, y el hecho real es que **no existe daño**, el paciente debuta en taquicardia ventricular como sintomatología de su enfermedad de base y las manifestaciones posteriores de la misma son independientes del tiempo transcurrido para esa primera asistencia, luego, no procede derecho a responsabilidad patrimonial puesto que no se ha derivado perjuicio médico de las actuaciones sanitarias descritas’.*

Por todo ello se puede afirmar que no existe el necesario nexo causal entre la actuación de los facultativos del Servicio Riojano de Salud y los daños por los que se reclama, los cuales se deben única y exclusivamente a la enfermedad genética de base del reclamante”.

No habiendo aportado el reclamante prueba alguna que avale (o, cuando menos, cuestione) que la actuación de los profesionales sanitarios fue incorrecta, y comprobándose (como queda acreditado) que la intervención de los Servicios de Emergencia se ajustó en todo momento a los protocolos establecidos y, además, en un tiempo de respuesta rápido (pues, desde que se consideró una urgencia inmediata, tras la tercera llamada telefónica, hasta que el paciente ingresó en el hospital, sólo se invirtió el tiempo imprescindible para el traslado en una ambulancia medicalizada), habida cuenta del lugar en que se produjeron los hechos y la velocidad con la que fue trasladado al Servicio de Urgencias donde fue adecuadamente atendido; este Consejo Consultivo no debe sino concluir que la asistencia prestada al reclamante el día 25 de mayo de 2015 fue correcta y acorde con la *lex artis ad hoc*.

CONCLUSIONES

Única

Procede desestimar la reclamación planteada, al no concurrir criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a los Servicios públicos sanitarios, al ajustarse su actuación rigurosa y estrictamente a la *lex artis ad hoc*.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero