

En Logroño, a 21 de julio de 2017, 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 M^a Cid Monreal, D. Enrique de la Iglesia Palacios, y D. José Luis Jiménez Losantos, habiéndose ausentado el Consejero D. Pedro Prusén de Blas, por concurrir en el mismo causa legal de abstención, y siendo ponente D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

40/17

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm. Sra. Consejera de Salud, en relación con la *Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, formulada por D^a A.V.M. y D^a A, D^a A. y D^a A.R.V, por daños y perjuicios que entienden causados por el fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, D. F.R.C; tras ser atendido en el SERIS de un carcinoma epidermoide del pulmón derecho que cursa a miopericarditis diagnosticada y tratada con retraso; y que valora, en total, en 850.000 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del Asunto

Primero

Mediante escrito de 24 de junio de 2016, que tuvo entrada en el registro de la Consejería el mismo día y por medio de Abogada, la primera de las reclamantes expresadas, actuando en su propio nombre y en el de sus tres, también mencionadas, hijas, menores de edad, presenta la reclamación indicada, por el fallecimiento de su referido esposo y padre, respectivamente, (al que nos referiremos en lo sucesivo como el paciente), con base, resumidamente, en lo siguiente:

“PRIMERO.- (El paciente) falleció, el 27 de junio de 2015, por un shock cardiogénico refractario en el Hospital San Pedro de Logroño, donde estuvo ingresado desde el día 23 de junio de 2015, al que acudió por opresión centrotorácica, taquicárdico, tos continuada, escalofríos y febrícula. El fundamento de la presente reclamación patrimonial contra el Servicio Riojano de Salud es la negligencia profesional con la que fue tratado (el paciente), en el Servicio de Urgencias.

SEGUNDO.- (El paciente) fue diagnosticado, en mayo de 2015, de un carcinoma epidermoide de pulmón, prescribiéndose quimioterapia neoadyuvante. Se planificaron dos ciclos de tratamiento con

cisplatino más gemcitabina. El primer ciclo se realizó en los días, el 4 y 12 de junio de 2015, y el siguiente estaba pendiente de programarse en la consulta (del Servicio de) Oncología, a la que tenía que acudir el día 24 de junio de 2015. Una vez que se le suministrara el segundo ciclo, se reevaluaría la posibilidad de intervención quirúrgica o seguir con quimioterapia, más radioterapia. Se adjunta, como documento n°2, informe médico.

TERCERO.- El 23 de junio de 2015, (el paciente):

-A las 14:27 h, (acudió) al Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro, por dolor epigástrico, que dificultaba la respiración profunda, taquicardia, debilidad, mareo, tos seca y febrícula de 37.5°C. En la exploración general, que se realiza en el Servicio de Urgencias, consta TA 94- 100/50, mal aspecto general, sudoroso; mala perfusión, eupneico en reposo, auscultación cardíaca: rítmico a unos 116 lpm; auscultación pulmonar, algunas sibilancias aisladas escasas. Se acompaña, como documento n°3, el informe de urgencias. A los cuarenta minutos aproximadamente de su ingreso en el Servicio de Urgencias, esto es, a las 15:09 h, se realizó un electrocardiograma y, a las dos horas y media de su ingreso en el citado Servicio, esto es, a las 16:55 h, se le realizó una analítica. Se acompañan, como documentos n°4 y 5, las referidas pruebas.

-A las 19:00 h, se le indicó que iban a proceder a darle el alta, porque los parámetros objetivos eran normales, a lo que (el paciente) manifestó que no veía procedente el alta porque persistía la taquicardia y, al ponerse de pie, se mareaba. Optaron por dejarlo en observación de Urgencias durante toda la tarde y noche del día 23 de junio 2015, permaneciendo en dicho Servicio hasta las 08:45 h. del día 24 de junio de 2015, que fue ingresado en la UMI (Unidad de Medicina Intensiva).

-Sobre las 06:15 h, aproximadamente, del día siguiente, 24 de junio de 2015, mientras permanecía en el Servicio de Urgencias, se le tomo la tensión, obteniendo valores de 8/5, se le realizó analítica y recibió la visita de la Dra. (del Servicio de) Urgencias, quien preguntó al (paciente), cómo se encontraba, habiendo manifestado el mismo, que se encontraba peor que cuando había llegado (al Servicio de) Urgencias. La Dra. manifestó en ese momento que tenía la tensión muy baja y, como quiera que había vomitado, estaba pensando si remitirlo a la planta (del Servicio de Aparato) Digestivo. Se adjunta, como documento n°6, la analítica mencionada.

-Sobre las 07:30 h, del día 24 de junio de 2015, la citada Dra. acudió con otra Facultativa, quien observó la yugular del (paciente) y manifestó que podía ser una pericarditis. Al mismo tiempo, una voz masculina, fuera de la habitación, manifestó que era una pericarditis de libro, a lo que la Dra. que había indicado lo de la pericarditis manifestó que sí, y que cerrara la puerta. En ese momento, dicha Facultativa le indicó al paciente que, "a veces", en esos casos, había que realizar una punción para extraer el líquido del pericardio. A continuación, personal sanitario (del Servicio de) Urgencias indicó a mi representada que iban a trasladar a su marido a la habitación contigua y que ya no podía permanecer allí porque tenían que trabajar con él. Antes de que mi representada abandonase el Servicio de Urgencias, su esposo le pidió que le facilitare la bacinilla, pero no pudo orinar. Mi representada abandonó el Servicio de Urgencias a la vez que, a su marido, lo trasladaban a la habitación contigua que disponía de monitores. Se adjunta, como documento n° 7, el electro realizado entonces.

-Sobre las 08:45 h, aproximadamente, del 24 de junio de 2015, el (paciente) es trasladado a la UMI, con derrame pericárdico severo, en estado de gravedad, habiéndose indicado posteriormente a mi representada en la UMI que el paciente había permanecido mucho tiempo con tensiones bajas y que esto había afectado al funcionamiento de otros órganos, por lo que, pese a los esfuerzos realizados

en la UMI, no fue posible remontar la situación de gravedad, produciéndose el fallecimiento a las 07:15 h. del día 27 de junio de 2015, teniendo, como causa inmediata, actividad eléctrica sin pulso; causa intermedia, shock cardiogénico; y la causa inicial fundamental: miocarditis y derrame pericárdico, taponamiento. Se adjunta certificado médico de defunción, como documento nº 8”.

Acompaña copia del Libro de Familia, la documentación médica que relaciona y una copia de las declaraciones de la renta de 2014 del fallecido y de su esposa y, tras exponer los Fundamentos de Derecho que considera aplicables, termina solicitando una indemnización de 850.000 euros, de los cuales, 400.000, para la esposa; y 150.000, para cada una de las tres hijas.

Por nuevo escrito, de fecha 27 de junio, presentado el siguiente 4 de julio, la precitada Abogada interesa que se aporte al expediente una copia completa de la historia clínica del paciente y anuncia la aportación de prueba documental pericial (*sic*) una vez disponga de toda la historia clínica completa.

Segundo

Mediante Resolución de 29 de junio de 2016, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del anterior día 24 y se nombra Instructora del procedimiento.

Tercero

Por carta de 30 de junio, se comunica, a la Abogada de las reclamantes, la iniciación del expediente, informándole de los extremos exigidos por el artículo 42-4º de la Ley 30/1992 (LPAC'92).

Y, mediante comunicación del día 4 de julio, la Instructora se dirige, a la Dirección del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro*, solicitando la remisión de copia completa de la historia clínica del paciente, con el resultado de las pruebas y los registros evolutivos de Enfermería y de los Médicos existentes, incluso los correspondientes al Servicio de Urgencias, desde las 14:25 h, del día 23 de junio de 2015, hasta las 8:55 h, del día 24 de junio 2015; y, en particular, el informe de los Facultativos intervinientes acerca de la asistencia prestada. La solicitud es reiterada el 26 de octubre siguiente.

Seguidamente, obra en el expediente un escrito de W.R.B.E, de 10 de agosto de 2016, acusando recibo de la comunicación de la reclamación planteada.

Cuarto

Mediante escrito de 21 de noviembre de 2016, la Dirección del Área de Salud remite, al

Servicio de Asesoramiento y Normativa, la historia clínica, así como los informes aportados por las Dras. L.E.B, B.C.M. y M^a.C.P. y por el Dr. J.O.G.

Quinto

Con fecha 1 de diciembre, la Instructora remite el expediente a la Dirección General de Asistencia, Prestaciones y Farmacia, a fin de que, por el Médico Inspector que corresponda, se elabore el pertinente informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación con el fin de facilitar la elaboración de la Propuesta de resolución.

Sexto

Figura, a continuación, en el expediente, un dictamen pericial de la Consultora médica P, emitido a instancia de la Aseguradora W.R.B, de fecha 20 de enero de 2017, que establece las siguientes conclusiones:

-Conclusiones generales

1. (El paciente), de 60 años de edad, ingresa, en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro, el día 23 de junio, por un cuadro clínico, no sugerente de cardiopatía, sin unas pruebas complementarias concluyentes para este. Ante el mal estado general del paciente, queda en observación, realizándose más pruebas complementarias para llegar a un diagnóstico.
2. Con las pruebas realizadas y con la sospecha de miopericarditis, pero sin presentar criterios diagnósticos y sin datos concluyentes de taponamiento pericárdico, se solicita una interconsulta (al Servicio de) Cardiología, se realiza seriación enzimática y un nuevo ECG.
3. Se toman medidas iniciales para el tratamiento de la inestabilidad hemodinámica mediante la expansión de volumen.

-Conclusión final

Se concluye que, en relación con la asistencia prestada (al paciente) en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro fue correcta y de acuerdo a lex artis.

Séptimo

El 8 de marzo de 2017, se remite el **informe de la Inspección médica**, de la misma fecha, que establece la siguiente discusión científico-técnica (que hemos ordenado con números entre paréntesis y separado en párrafos, para facilitar su lectura):

- (1) (La Abogada), dice en su escrito: (Quinto-conclusiones): “Mediante la presente reclamación, ha quedado patente que existió un retraso en el diagnóstico, por una deficiente atención, pues (el paciente) ingresó en (el Servicio de) Urgencias con una patología cardíaca y un factor de riesgo (tratamiento de quimioterapia) que no se trató hasta 19 horas después de su ingreso, por lo que los Médicos que lo

trataron en (el Servicio de) Urgencias no actuaron en consecuencia. Si los Médicos no lograban determinar la causa de estos síntomas, se deberían haber aplicado **a tiempo** técnicas diagnósticas más avanzadas, que no se realizaron hasta su ingreso en la UMI y, como consecuencia de ello, el diagnóstico fue tardío, pues dicha omisión produjo la paralización del funcionamiento del resto de los órganos."

(2) *Del escrito de reclamación con carácter genérico, y con carácter específico en el párrafo precedente, se desprende que, de toda la asistencia recibida por el paciente, que abarca desde su llegada y atención en el Servicio de Urgencias del HSP el día 23 de junio, a las 14:27 horas, hasta su fallecimiento, el 27/06/2015, fija su atención en el periodo que transcurre en el Área de Urgencias, y que va, desde su primera atención, el 23/06/2016, hasta que se decide su ingreso en la UMI (Unidad Médica Intensiva) el 24/06/2015, a las, 08:45 horas, y que comprende un periodo alrededor de 19 horas. Prescindiremos, pues, de analizar el resto de actividad clínica y de atención al que fue sometido el paciente en la UMI, ya que no es objeto de reclamación alguna.*

(3) *De los datos, notas y formularios existentes en la historia clínica digitalizada y consultada en Selene, puede observarse con detalle, lo siguiente:*

-Formulario Triage. 23/06/2015; hora, 14:37. Síntoma: Complicación en paciente inmunodeprimido por quimioterapia o radioterapia

-Formulado Enfermería de Urgencias. 23/06/2015; hora 14:51. Motivo de llegada: fiebre y disfagia. Antecedentes: NAMC y Ca pulmón. Nivel de conciencia: Alerta. Observaciones: Analítica, rx (radiología) y EKG (electrocardiograma).

-Formulario HG Urgencias. 23/06/2015; hora 16:43. Es atendida por la Dra. E.B, L, y a destacar: Antecedentes personales: Carcinoma epidermoide de pulmón, bronquio intermedio, con afectación subcarinal, estadio IIIA, diagnosticado en mayo-junio de este año. En tratamiento QT (quimioterápico), sesiones 4 y 12 de junio, con cisplatino y gemcitabina. Acude (al Servicio de) Urgencias porque, desde hace unos días, refiere tos seca a la inspiración profunda; ayer empezó con escalofríos, con febrícula, fiebre termometrada de unos 37,5-37,6 °C, irritación faríngea, y ayer episodio de varias horas de dolor epigástrico tras la ingesta, sin náuseas ni vómitos. Esta mañana, sensación de mareo con ortostatismo (en la reincorporación de posición horizontal) y febrícula de 37,5 °C. En la exploración, se aprecia auscultación cardíaca rítmica a 116 pulsaciones por minuto. En la auscultación pulmonar, algunas sibilancias aisladas. Abdomen blando, depresible, con dolor difuso a la palpación y peristaltismo positivo. No se palpa hepatomegalia. El electrocardiograma ritmo sinusal, a unas 106 p/m con Ts, aplanadas de V4 a V6. El paciente, con este cuadro, es valorado inicialmente como que presenta un cuadro de dolor abdominal, acompañado de fiebre e hipotensión arterial. Se inicia sueroterapia desde el inicio en (el Servicio de) Urgencias, manteniendo la tensión arterial sistólica alrededor de 90 mmHg. El paciente se queja, sobre todo, de dolor epigástrico, irradiación que cede con paracetamol. Ante la hipotensión, la taquicardia y el de mareo subjetivo se decide que quede en zona de observación para controlar su evolución, manteniendo la analgesia y la sueroterapia. Ante la persistencia de dolor epigástrico, en la madrugada del día 24 de junio se solicita marcadores de daño miocárdico. Hay una elevación de la troponina T, con una mioglobina en parámetros normales, lo que lleva, en primer lugar, a considerar que el dolor no tiene un origen coronario, y en segundo lugar, a considerar la posibilidad de una miocarditis y/o pericarditis. Por ello, se solicita seriación de marcadores de daño miocárdico y, ante los resultados, se realiza solicitud de interconsulta con (el Servicio de) Cardiología.

(4) **-Informe específico para este expediente de la Dra. L.E.B:** Además de describir su actuación, y que, en buena parte, ya se ha comentado, conviene destacar, qué comenta que revaluó la situación clínica durante la noche, varias veces con los Médicos adjuntos (del Servicio de) Urgencias y, por ello, se solicitó una nueva seriación de marcadores de daño miocárdico. Acaba su turno a las 8 de la mañana, dejando al paciente en observación para su manejo por parte del equipo de Urgencias que toma el relevo a partir de dicha hora

(5) **-Informe específico para este expediente del Dr. J.O.G.** Comenta que, como Médico adjunto del Servicio de Urgencias, se incorpora a su puesto de trabajo en (dicho Servicio de) Urgencias a las 8 horas del 24/06/2015. Como es práctica común, comienza comentando con los Médicos adjuntos salientes de guardia, los Dres. G. y C, los estados clínicos de los pacientes existentes en (el Servicio de) Urgencias, y cuya asistencia recae bajo su responsabilidad. Entre ellos, se encuentra (el paciente). Tras la lectura de su historial clínico (del Servicio de) Urgencias, y revisar las pruebas complementarias realizadas, analítica ECG. y radiografías, observa que el paciente había acudido el día anterior por dolor torácico y que, de su estado, destacan la persistencia de hipotensión y taquicardia y que los datos analíticos referidos al ámbito cardíaco sugerían una lesión miocárdica aguda severa. Por ello, se solicita la realización de un nuevo ECG a las 8:18 horas, y, tras comprobar la existencia de alteraciones, consideré como diagnósticos más probables, la existencia de un síndrome coronario agudo o de una pericarditis. Por ello, de inmediato, contactó telefónicamente con la Dra. P, de la UMI y, tras acordar con ella su ingreso en dicha Unidad, gestionó su traslado inmediato, quedando el paciente ingresado a las 08:49 horas.

(6) **-Informe específico para este expediente de la Dra. B.C.M:** Esta Médico, pertenece a la plantilla del Servicio de Urgencias del HSP como Médica adjunta, comenta lo siguiente:

“Que, efectivamente, comenzó su turno a las 20:00 horas del 23/06/2015. Como suele ser habitual, atendí a pacientes inicialmente en el área de consultas a los pacientes ubicados en zona de boxes desde la 01-02 a.m. hasta las 08 horas. Su labor consiste, además de la asistencial, supervisar todos aquellos pacientes que son atendidos por los residentes de primer año, y hacer de consultores para el resto de residentes de segundo, tercero y cuarto año cuando así lo solicitan.

El 24/06/2015, a las 6 a.m, la Dra. E.B, me consulta el caso clínico del (*paciente*). Tras revisar su historial clínico, se solicita telefónicamente (*al Servicio de*) Laboratorio la medición de las enzimas cardíacas en la muestra de sangre extraída a las 15 horas del día anterior, y, tras ello, se valora conjuntamente al paciente. Presentaba tensiones sistólicas justas, en torno a 90 mmHg, y se encontraba, en esos momentos, sin dolor, eupneico en reposo, sin ingurgitación yugular y bien perfundido, sin edemas en extremidades inferiores, y con leve taquicardia sinusal.

Se informa, a la familia y al paciente, de la sospecha clínica y de las actuaciones posteriores que estarán condicionadas por la evolución y por los resultados. Una vez recibidas las primeras enzimas (a los 45 minutos de solicitarlas) y dado que la troponina estaba elevada de manera aislada, se trasladó al paciente a un box contiguo, con monitor para control de tensión arterial y frecuencia cardíaca, para descartar arritmias, y se extrajo una nueva muestra de sangre para pedir enzimas cardíacas y filiar mejor el origen del cuadro.

Dado que la mioglobina no estaba elevada inicialmente y el paciente estaba estable, sin arritmias ni alteraciones significativas en el ECG, sin dolor y contaba un cuadro de dolor epigástrico de características pleuríticas, junto con febrícula, se inclinan más por un cuadro de miopericarditis sin datos de gravedad, que por cuadro coronario agudo atípico. Por ello, continuaron aplicando

sueroterapia y tratamiento sintomático, a la espera del resultado de la segunda analítica para tomar una decisión más definitiva sobre el paciente. Se dejó solicitada interconsulta (al Servicio de) Cardiología, para valoración, así como realizar un ecocardiograma.

Tras la segunda analítica, que confirma daño miocárdico, y viendo que la evolución del paciente iba empeorando de forma importante, se decide avisar por teléfono a UMI, poco antes de finalizar en turno de noche, quedando a la espera de ser valorado por ellos en cuanto fuera posible”.

(7) *Por lo expuesto en párrafos anteriores:*

El paciente fue atendido de manera temprana, a su llegada (al Servicio de) Urgencias. Tanto el triaje, como la atención de Enfermería, que incluye colocación de catéter venoso periférico, así como la petición de radiología analítica y ECG, se realiza a los pocos minutos de su llegada.

La clínica que manifiesta el paciente, consistente en febrícula, disfagia y dolor epigástrico, orienta más a la patología digestiva que cardiaca. Ambas son complicaciones posibles en un paciente sometido a tratamiento quimioterápico.

Aproximadamente a los dos horas, y una vez conocidos los resultados de las pruebas solicitadas, se realiza un estudio clínico completo del paciente a cargo de la Dra. E.B, L, Médico residente de segundo año. En su informe, además de recoger datos y constantes básicas de tensión, temperatura, frecuencia cardiaca, y otros:

-Realiza el apartado de antecedentes personales de manera adecuada y, por lo tanto, conoce perfectamente el previo diagnóstico de carcinoma epidermoide de pulmón, así como las dos sesiones de quimioterapia que se han efectuado hasta esa fecha y los quimioterápicos empleados.

-Respecto a la enfermedad actual -que se obtiene básicamente de la entrevista guiada del Médico con el paciente, y que, por lo tanto, se basa en los comentarios del éste- se observa que, desde hace unos días, tiene tos seca a la inspiración profunda, febrícula de 37.5°C y, desde ayer, episodio de dolor epigástrico tras la ingesta, sin náuseas y vómitos.

-En la exploración, que realiza a continuación, llama la atención, taquicardia de unas 116 p/m y algunas sibilancias aisladas en la auscultación pulmonar.

-Las pruebas complementarias tampoco aportan datos de interés, quizá en el ECG, además de una frecuencia de 106 p/m en ritmo sinusal, el aplanamiento de las ondas T en las derivaciones precordiales V4 a V6.

(8) *Con los datos expuestos, la valoración diagnóstica es razonable que se oriente, en un principio, más a patología abdominal o digestiva que a patología cardiaca, por lo que el tratamiento es, en un primer momento, puramente sintomático, tratando de controlar el dolor gástrico. Si el paciente no manifestaba clínica de dolor torácico ni tampoco existían antecedentes de patología cardiaca y el ECG no daba signos claros de isquemia coronada, no parece sorprendente, en contra de lo que se afirma en el escrito de reclamación, que al paciente en esos momentos no se le aplicara el protocolo de dolor torácico.*

La finalidad de un Servicio de Urgencias, por su propia naturaleza, es conseguir un diagnóstico preciso de la patología de los pacientes, que es tarea encomendada a los diferentes Servicios y Unidades del hospital, sino conseguir una valoración diagnóstica más genérica y orientativa, que ayude, sobre todo, a discernir los problemas que pueden ser graves y comprometer la vida del paciente y/o la función de órganos de manera irreversible.

Esto descarta que cualquier paciente, por el hecho de acudir (al Servicio de) Urgencias, deba ser sometido a todas las pruebas o protocolos que, en Medicina, pueden aplicarse sin orientación alguna, porque, además de ser inviable económicamente, no aporta mejora significativa para la finalidad de diagnosticar y tratar lo más rápidamente. Se requieren, pues, elementos de sospecha que vayan orientando hacia una impresión diagnóstica y, en ese camino, es evidente que, al paciente, y de la manera más rápida posible, deben hacerse cuantas pruebas diagnósticas y terapéuticas sean precisas.

(9) El paciente, pues, permanece en observación en el Área de Urgencias para ver su evolución. Parece ser que sigue quejándose de molestias epigástricas, sensación de mareo al reincorporarse, taquicardia y cifras tensionales bajas, la sistólica alrededor de 90mm.Hg. Del informe de la Dra. C., -expuesto en párrafos anteriores- se desprende que:

-Hasta la 6 de la mañana, no le fue consultado el caso por la Médico residente. Es entonces y una vez revisado el historial clínico del paciente, cuando, por vía telefónica, se solicita, (al Servicio de) Laboratorio, la medición de enzimas cardíacas de la primera muestra enviada al poco de acudir (al Servicio de) Urgencias.

-Se explora conjuntamente al paciente y no se aprecian, en ese momento, signos de especial gravedad, ya que, si bien la tensión sistólica sigue baja, en torno a los 90 mm.Hg, el paciente no tenía dolor, estaba eupnéico en reposo, sin ingurgitación yugular ni edemas en extremidades, con leve taquicardia.

-Se informa a la familia de la sospecha de posible miocardio-pericarditis y de las posibles actuaciones que, lógicamente, están condicionados a los resultados de las pruebas solicitadas y a la evolución del paciente.

-Una vez recibidas las enzimas, unos 45 minutos después de solicitadas, y dado que la troponina estaba elevada, aunque de manera aislada, se decide el traslado del paciente a otro box, con monitor de control permanente de tensión y frecuencia cardíaca, y se solicitan nuevas enzimas cardíacas, ahora con nueva muestra de sangre, para filiar mejor el cuadro.

-En ese momento y por el conjunto de síntomas, lo más probable -señala la Dra. C.-, es pensar en una miopericarditis, sin datos de gravedad; y, como menos probable, un cuadro coronarlo atípico.

-Se decide también solicitar interconsulta (al Servicio de) Cardiología y se queda a la espera de los resultados de las pruebas enzimáticas solicitadas. Tras recibir los resultados y ver a evolución tórpida del paciente, se contacta telefónicamente con la UMI para que sea valorado lo antes posible con vista a un posible ingreso

(10) A mi juicio, y aunque no puedo afirmar que en todas estas horas transcurridas hasta las 6 de la mañana la atención no haya sido correcta, sin embargo se debería haber solicitado con anterioridad las enzimas cardíacas, (aunque la patología cardíaca no era, por la clínica del paciente, la más probable) y también haber consultado más prontamente con los Médicos adjuntos de guardia (del Servicio de)

Urgencias. La misma Dra. C, en su escrito, manifiesta que su labor, además de la parte asistencial de los pacientes que le correspondan, es supervisar todos aquellos pacientes que son atendidos por los Residentes de primer año y de nacer de consultores para el testeo de residentes de segundo, tercer y cuarto año. La Residente, Dra. E.B, era Residente de segundo año, y, a mi juicio, debió consultar con más prontitud el caso con el Facultativo adjunto de guardia, y no esperar a la 6 de la mañana, ya que la evolución no era satisfactoria, sobre todo, en las cifras tensionales y la taquicardia. El dolor era lógico que disminuyera por el tratamiento sometido

(11) Dicho todo lo anterior, no se puede deducir que haya habido una deficiente atención y que, como consecuencia de ello, el paciente ha fallecido. Pero, a mi juicio, sí que es cierto, que viendo la evolución del paciente, hubiera sido razonable una consulta más temprana con los Facultativos adjuntos de guardia, para tomar decisiones más colegiadas. También es cierto, que en la evolución en el Área de Urgencias, y hasta el final, no había datos de gravedad extrema, y así se hace constar por la Dra. C, cuando ya se le consulta, según su informe, a partir de la 6 a.m. del 24/06/2015.

(12) Tampoco se puede asegurar que, si se hubiera consultado con anterioridad, se hubiera actuado de distinta forma, ya que -repito- la situación evolutiva del paciente no adquiere claros signos de gravedad hasta bien avanzada la madrugada del 24, como ya he expuesto, pero es evidente que los conocimientos y experiencia de un Especialista en (el Servicio de) Urgencias hubieran sido de gran ayuda para mejor valorar al paciente”.

Octavo

Con fecha 7 de marzo, la Abogada de la reclamante interesa que se le dé traslado: i) del documento correspondiente al triaje del ingreso del paciente en el Hospital *San Pedro* realizado por Enfermería, al no constar el mismo en el expediente administrativo; y ii) del informe del Jefe del Servicio de Urgencias del Hospital *San Pedro* sobre la actuación de los Médicos que intervinieron el 23 de julio de 2015. La solicitud es reiterada el siguiente día 17 de marzo y figura incorporada al expediente tras el informe de la Inspección médica.

Noveno

Conferido trámite de audiencia, comparece la precitada abogada, el 22 de marzo, en la Secretaría General Técnica, y se le facilita copia de todos los documentos obrantes en el expediente. Y, el día 6 de abril, presenta un escrito de alegaciones, de fecha día 4 del mismo mes, al que acompaña un dictamen médico pericial, de fecha 24 de marzo, de D. A.I.S.J, perito médico-judicial del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, que establece las siguientes **conclusiones**:

“PRIMERA.- *Que ha existido un retraso injustificable en el diagnóstico del paciente, durante el tiempo que estuvo en el Servicio de Urgencias, a pesar de los datos clínicos y analíticas que orientaban un origen cardíaco severo de sus molestias.*

SEGUNDA.- *Que, con este proceder negligente, se dejó evolucionar la dolencia del paciente en una situación de gravedad, sin poner los medios existentes en el Hospital al servicio del enfermo, ni*

consultar de forma diligente con los Médicos del staff hospitalario que tutelaban la formación como Médico Residente.

TERCERA.- *Que, tras más de 19 horas en el Servicio de Urgencias, es ingresado en la UMI, en un estado de extrema gravedad, falleciendo, a pesar de las medidas adoptadas, en un shock cardiogénico irreversible.*

CUARTA.- *Que consideramos, por todo lo anterior, la existencia de una **pérdida de oportunidad** de que (el paciente) se hubiese beneficiado de un diagnóstico precoz del taponamiento cardíaco y de las medidas terapéuticas urgentes, según las guías de práctica clínica anteriormente comentadas”.*

Décimo

Con fecha 2 de mayo de 2017, la Instructora del expediente emite la Propuesta de resolución en el sentido de que se desestime la reclamación, por no ser imputable el perjuicio alegado al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios.

Décimo primero

La Secretaria General Técnica, el día 10 de mayo, remite, a la Dirección General de los Servicios Jurídicos en la Consejería de Salud, para su preceptivo informe, el expediente íntegro. El informe es emitido, en sentido favorable a la Propuesta de resolución, el siguiente día 15 de junio.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito fechado, firmado y enviado electrónicamente el 20 de junio de 2017, registrado de entrada en este Consejo el 22 de junio de 2017, la Excm. Sra. Consejera de Salud del Gobierno de La Rioja remite, al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

Mediante escrito de fecha 22 de junio de 2017, firmado, registrado de salida y enviado electrónicamente el 23 de junio de 2017, el Sr. Presidente del Consejo Consultivo, procedió, en nombre del mismo, 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

Asumida la ponencia por el 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 señalada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad y ámbito del Dictamen del Consejo Consultivo

El art. 12 del Reglamento de los Procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo [a día de hoy, sin vigencia, en virtud de lo preceptuado en la Disposición derogatoria única, 2.d) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre del procedimiento administrativo común de las Administraciones Públicas (LPAC'15), pero aplicable al presente procedimiento, a tenor de los establecido en la Disposición Transitoria Tercera, a) de la indicada Ley] prescribe 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 tanto, y reclamándose, en este caso, una cuantía de 850.000 euros, nuestro dictamen resulta ser preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, 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 público 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'92), la cual resulta aplicable al presente supuesto [Disposición derogatoria única, 2. a), en relación con la Disposición transitoria tercera, a), de la Ley 39/2015 (LPAC'15), sirviendo lo señalado anteriormente, y por los mismos motivos, respecto a la vigencia del Real Decreto 429/1993].

Segundo

Sobre los requisitos exigidos para que surja la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas.

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución y 139.1, 139.2, y 141.1 LPAC'92) 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, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria, si bien, como ya dijimos entre otros en nuestro dictamen D.3/07, *“la responsabilidad no surge sin más por la existencia de un daño, sino del incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demande: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es de medios y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto, ajustándose la actuación facultativa a los criterios de la lex artis ad hoc, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder del posible daño causado, pues no cabe reconocer un título de imputación del mismo”*.

Y, en nuestro dictamen D.29/07, en la misma línea, mantuvimos que los parámetros bajo los que se han de enjuiciar los criterios de imputación del daño a la Administración Sanitaria son el de la *lex artis ad hoc* y el de la existencia del *consentimiento informado*,

distinguiendo “*si el daño es imputable a la actuación de los servicios sanitarios, por existir un funcionamiento anormal que contraviene los postulados de la lex artis ad hoc o por privar al paciente de su derecho de información o si, por el contrario, el resultado dañoso ha de ser soportado por éste quien, conocedor de los posibles riesgos, ha prestado voluntariamente su consentimiento*”.

Tercero

Sobre la existencia de responsabilidad patrimonial en el presente caso

1. Existe, en el presente caso, una pericia o dictamen de parte cuyas conclusiones, que compartimos, hemos transcrito en el Noveno de los Antecedentes del Asunto y, según las cuales, existió un retraso injustificable en el diagnóstico del paciente, que implica una evidente pérdida de oportunidad, puesto que, de haberse emitido un diagnóstico precoz del taponamiento cardíaco, podía el paciente haberse beneficiado de medidas terapéuticas que evitaran el fatal desenlace.

2. De la historia clínica, resulta acreditado que el paciente, de 60 años de edad, diagnosticado previamente de un carcinoma epidermoide del pulmón derecho, por el que había iniciado tratamiento de quimioterapia, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital *San Pedro* el 23 de junio de 2015 a las 14:27 horas, refiriendo un cuadro de varios días de evolución con dolor epigástrico, tos no productiva, escalofríos y febrícula.

Fue atendido, unas dos horas después de su llegada al Servicio de Urgencias, por la Dra. E.B, a la sazón Residente de 2º año, quien solicitó ECG, analítica y Rx Torax. Pese a unos datos analíticos alterados, que ponen en tela de juicio el enfoque de la Médico Residente, orientado a una patología digestiva, en vez de cardíaca, no consta que consultara estos hallazgos con los Dres. del *staff* del Servicio de Urgencias que la tutelaban, por ser Médico Residente; y no es hasta las 6 a.m. del siguiente día 24 cuando consulta al Médico adjunto del Servicio de Urgencias, decidiéndose repetir la analítica. Y, a raíz del resultado, unos 45 minutos más tarde, se monitorizó al paciente para control de tensión arterial y frecuencia cardíaca.

Es cierto, por tanto, como se dice en la reclamación, que el paciente permaneció, durante, aproximadamente, diecinueve horas, sin monitorizar, pese a sospecharse, aunque erróneamente se descartara, una patología cardíaca.

3. La pericia de parte está, además, apoyada en informes no dudosos que obran en el expediente, especialmente el del Médico adjunto del Servicio de Urgencias, Dr. D. J.O.G, de fecha 7 de septiembre de 2016, emitido en respuesta al requerimiento de la Instructora.

En efecto, al incorporarse a las 8 h a su puesto de Médico adjunto del Servicio de Urgencias, tras recibir el pase de guardia de los Facultativos responsables del turno anterior, comenzó la asistencia a los pacientes asignados, entre ellos el que motiva este dictamen, comprobando: i) que había acudido la víspera al Servicio de Urgencias, por dolor torácico; ii) que, de su estado, destacaban la persistencia de hipotensión y taquicardia; y iii) que los datos analíticos referidos al ámbito cardíaco sugerían una lesión miocárdica aguda severa. Solicitó un nuevo ECG, que se realizó a 08:18 h, y, conocido su resultado, consideró, como diagnósticos más probables, un síndrome coronario agudo o una miopericarditis; por lo que, de inmediato, contactó con la UMI y gestionó el traslado medicalizado a dicha Unidad, donde el paciente ingresó a las 08:49 h.

No le falta la razón al Facultativo informante cuando concluye considerando su atención médica al paciente totalmente correcta, con absoluta correlación entre su diagnóstico de sospecha y el de los Especialistas en Cardiología y Medicina intensiva; además de diligente, pues, desde su llegada al Hospital a las 08 horas y el ingreso en la UMI del paciente, transcurrieron menos de 50 minutos.

Y, respecto de la atención en el Servicio de Urgencias, antes de su incorporación a su puesto, es decir, desde las 14:27 h. del día 23 de junio a las 08 h. del 24, realizada por la Dra. L.E.B, con la supervisión de los Médicos adjuntos del turno de noche, considera que no le corresponde a él pronunciarse, entendiendo que es a dichos Médicos o, en su caso, al Jefe de Servicio, a quien corresponde explicar su actuación y valorar si se ajustó a la *lex artis*.

4. Incluso el informe de la Inspección médica, pese a los evidentes intentos de justificar y disculpar la atención dispensada en el Servicio de Urgencias hasta las 08 horas del día 24, contiene afirmaciones que evidencian una pérdida de oportunidad. Así, cuando dice que: *“se deberían haber solicitado con anterioridad las encimas cardiacas y también haber consultado más prontamente con los Médicos adjuntos de guardia (del Servicio de Urgencias)”. Y continúa “que la Residente, Dra. E.B, era Residente de 2º año y, a mi juicio, debió consultar con más prontitud el caso con el Facultativo adjunto de guardia y no esperar a las 6 de la mañana, ya que la evolución no era satisfactoria, sobre todo, las cifras tensionales y la taquicardia”*. Finaliza afirmando que *“también es cierto que la evolución en el Área de Urgencias, y hasta el final, había datos de gravedad extrema, y así se hace constar por la Dra. C, cuando ya se le consulta, según su informe a partir de las 6 a.m. del 24/06/2015”*.

5. En definitiva, existió un retraso o error en el diagnóstico y falta de práctica de determinadas pruebas diagnósticas que hubieran permitido la detección precoz y subsiguiente tratamiento de la patología realmente padecida, circunstancias o presupuestos que constituyen la esencia de la pérdida de oportunidad y que resulta indemnizable independientemente de que el resultado luctuoso se hubiera producido igualmente, de haberse actuado con la mayor

diligencia.

Cuarto

Sobre la cuantía de la indemnización

1. Es, al tiempo de determinar la cuantía de la indemnización, cuando hemos de remitirnos a la doctrina mantenida en múltiples dictámenes anteriores, que recogen la jurisprudencia resumida en la Sentencia del Tribunal Supremo de 2 de enero de 2012, invocada, entre otros, en nuestros dictámenes D.38/12, D.3/14 y D.13/15, según la cual, la doctrina de la pérdida de oportunidad se configura: *“como una figura alternativa a la quiebra de la lex artis, que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico, consecuencia del funcionamiento del servicio. Sin embargo, en estos casos, el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido, en el funcionamiento del servicio, otros parámetros de actuación; en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera. En la pérdida de oportunidad, hay, así pues, una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja, en cierto modo, al daño moral y que es el concepto indemnizable. En definitiva, es posible afirmar que la actuación médica privó al paciente de determinadas expectativas de curación, que deben ser indemnizadas, pero reduciendo el montante de la indemnización en razón de la probabilidad de que el daño se hubiera producido, igualmente, de haberse actuado diligentemente”*.

2. Como dijimos en nuestro dictamen D.13/15, no se indemniza el daño real y efectivo causado por el fallecimiento del paciente puesto que dicho daño, si existió, se extinguió con la muerte del mismo y no es transmisible a sus herederos; por lo que el daño moral indemnizable es el de los familiares reclamantes, por la zozobra causada al perder a su esposo y padre, en la incertidumbre de si éste hubiera podido sobrevivir o prolongar su existencia en el caso de haber sido objeto del tratamiento indicado por los protocolos médicos, independientemente de si dicha actuación, precoz y correcta, hubiera o no podido evitar el fallecimiento.

3. Por ello, reiteramos la postura mantenida en nuestros dictámenes relacionados con la doctrina de la pérdida de oportunidad de que la valoración de dicho daño moral ha de hacerse discrecionalmente, ponderando el conjunto de circunstancias concurrentes en el caso.

En el ahora sometido a dictamen, teniendo en cuenta la edad del finado y la grave patología concurrente, previamente diagnosticada, de carcinoma epidermoide de pulmón, estadio III A, este Consejo estima prudente una indemnización por una cuantía global de 80.000 euros.

CONCLUSIÓN

Primera

Procede estimar parcialmente la reclamación planteada, al entrañar la asistencia, prestada al esposo y padre de las reclamantes en el Servicio de Urgencias del Hospital *San Pedro* de Logroño, una evidente pérdida de oportunidad terapéutica.

Segunda

La cuantía de la indemnización, a juicio de este Consejo, debe fijarse en la cantidad de 80.000 euros, a razón de 50.000 euros, para la esposa, y 10.000 euros, para cada una de las hijas; cantidad que deberá ser abonada con cargo a la partida presupuestaria que corresponda.

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