

Expediente: 13/2018

Objeto: Responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra derivada del funcionamiento de los servicios sanitarios.

Dictamen: 15/2018, de 21 de mayo

DICTAMEN

En Pamplona, a 21 de mayo de 2018,

el Consejo de Navarra, integrado por don Alfredo Irujo Andueza Presidente, doña Socorro Sotés Ruiz, Consejera-Secretaria, y doña María Ángeles Egusquiza Balmaseda, don José Luis Goñi Sein y don José Iruretagoyena Aldaz, Consejera y Consejeros,

siendo ponente don José Iruretagoyena Aldaz,

emite por unanimidad el siguiente dictamen:

I. ANTECEDENTES

I.1ª. Consulta

El día 14 de marzo de 2018 tuvo entrada en este Consejo de Navarra un escrito de la Presidenta de la Comunidad Foral de Navarra en el que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 15.1, en relación con el artículo 14.1, de la Ley Foral 8/2016, de 9 de junio, sobre el Consejo de Navarra (en lo sucesivo, LFCN), se recaba la emisión de dictamen preceptivo de este Consejo sobre la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración Foral de Navarra, presentada por don..., por presuntos daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios, solicitado por Orden Foral 95E/2018, de 9 de marzo, del Consejero de Salud.

A la solicitud de dictamen se acompaña el expediente administrativo tramitado como consecuencia de la indicada reclamación, incluyendo propuesta de resolución del Director General del Servicio Navarro de Salud-

Osasunbidea, inadmitiendo la reclamación por haberse presentado fuera de plazo y, subsidiariamente, desestimándola en cuanto al fondo.

I.2ª. La reclamación de responsabilidad patrimonial presentada

El 6 de junio de 2016, don... formula ante el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (en adelante, SNS-O) reclamación de responsabilidad patrimonial en solicitud de que se le indemnice por los daños derivados de la deficiente asistencia sanitaria que recibió.

En su reclamación, indica que el 21 de junio de 2014, sobre las 20:55, horas sufrió un gran dolor torácico por lo que su esposa decidió llevarlo al centro médico más cercano que era el centro de urgencias rural de..., al que llegó sobre las 21 horas, y desde el que llamó al 112 para que avisasen al equipo médico, contestándole que llamara a la puerta del centro de salud porque en su interior se encontraban el médico y la enfermera.

Tras llamar a la puerta abrió la enfermera que preguntó qué sucedía, a lo que mi mujer contestó me encontraba con un fuerte dolor torácico que me irradiaba a los brazos con sudoración fría. La enfermera le contestó que se encontraban ocupados y que esperarán en la sala de espera, sin ni siquiera realizarme un primer examen para valorar la urgencia. Como pasaba el tiempo sin ser atendidos, mi esposa insistió en la necesidad de atención, recibiendo por la enfermera idéntica contestación de que estaban ocupados y que esperaríamos. Ante la insistencia, se asomó el médico y me hizo pasar a la consulta donde me realizó un electrocardiograma. En ese momento me suministró spray sub lingual y tras ello perdí el conocimiento y vomité. Seguidamente el médico comenzó a darme un masaje cardiaco, repitiendo varias veces la desfibrilación.

Según la reclamación, la enfermera se limitó a responder que ya le había llamado y que venía la UCI sin que ningún momento pasase a ayudar al médico en la atención al reclamante.

La reclamación indica que ante la falta de atención de la enfermera, mi esposa llamó, sobre las 22:00 h., a su hermana que era titular de la plaza de

enfermería en ese centro de salud, aunque en esos momentos se encontraba de vacaciones. En unos siete minutos la hermana se personó en el centro de salud y observó que en una sala se encontraba la enfermera hablando con la acompañante de otro paciente que estaba tumbado en la camilla y, en la otra sala, el médico dándome un masaje cardiaco, encontrándome sin vía venosa por lo que mi cuñada cogió suero, gotero, compresor, abhocat y comenzó a prepararlo rápidamente.

Al acercarse mi cuñada al médico, éste le solicitó “guedel” por lo que fue corriendo a por él, reprochando a la enfermera cómo podía estar sin guedel y sin vía venosa habiendo transcurrido tanto tiempo. En ese momento llegó la doctora de la ambulancia que se hizo cargo de la atención, comenzando una reanimación cardiopulmonar poniendo el tubo de guedel para abrir la vía y ventilando con Ambú.

El suscribiente fue trasladado a urgencias del complejo hospitalario, aproximadamente dos horas o dos horas y cuarto después de haber accedido al centro de urgencias de.... La reclamación adjunta parte de urgencias en el que se hace constar la hora de las 23:17 anterior a su ingreso en el centro hospitalario y parte de cardiología en el que consta las 23:50 como hora de llegada a la sala de hemodinámica.

La reclamación considera que el retraso en la atención conllevó un agravamiento de las consecuencias del infarto que, entre otros efectos, ha supuesto la declaración de incapacidad en grado absoluto según certificado del Instituto Nacional de la Seguridad Social que adjunta.

A juicio de la reclamación, los síntomas que presentaba el reclamante eran claros y necesariamente debieron ser tratados como infarto. Sin embargo, en el centro de urgencias se le hizo esperar, no se limpió el vómito, se tardó en abrir la vía aérea, no se le suministró oxígeno y no se le practicó reanimación cardiaca hasta que llegó la ambulancia. De haberse prestado la atención correcta desde el principio, las secuelas que sufre el reclamante hubieran sido inferiores, no llegando a la incapacitación absoluta para el trabajo. Además, estima que debe tenerse en cuenta la angustia de

la espera sin atención, la sensación de morirse en un centro médico sin ser atendido y la pérdida de oportunidad de la atención inmediata.

En conclusión, la reclamación considera la existencia de un funcionamiento anormal del SNS-O que le han causado unos daños que cifra en 300.000 euros, cantidad a la que asciende la reclamación.

En la reclamación se solicita la práctica de una serie de pruebas, en concreto, solicita que por el centro de gestión de emergencias o agencia Navarra de emergencias se emita:

- “1. Certificado en el que se haga constar la hora de llamada para haber sido atendido en el centro de urgencias de... y en el supuesto de que haya varias llamadas las horas de todas ellas.
2. Hora de llamada del centro de urgencias de... pidiendo la ambulancia medicalizada.
3. Llamadas realizadas desde el centro de urgencias de... a la UCI para la atención del reclamante.
4. Llegada de la UCI al Centro de Urgencias de....
5. Tratamiento practicado por el personal de la UCI y,
6. Llegada de la UCI al Hospital”.

Iniciación e instrucción del procedimiento

Mediante escrito del Jefe del Servicio de Régimen Jurídico del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea de 13 de junio de 2016, se requiere al reclamante para que acredite si la reclamación se encuentra dentro del plazo de un año establecido legalmente para su interposición. Igualmente se le requiere para presentar la declaración de incapacidad que no se aportaba.

El 30 de julio de 2016 el reclamante presenta escrito de alegaciones en el que sostiene que la reclamación está presentada en plazo y que es la resolución en la que se declara la incapacidad por las lesiones cardíacas padecidas, el momento en el que quedan definidas las lesiones y secuelas, siendo la fecha de esa resolución el “dies a quo” a efectos del cómputo del plazo del año. La resolución es de 25 de junio de 2015 y, en consecuencia,

se acredita que la reclamación se ha interpuesto dentro del plazo de un año desde que las lesiones y secuelas han quedado determinadas.

Mediante Resolución 47/2016, de 11 de julio, del Jefe de Servicio de Régimen Jurídico del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, se acordó admitir a trámite la reclamación, nombrar instructor del procedimiento, informar al interesado de los efectos que se pueden derivar de su reclamación con respecto al acceso a los datos de su historia clínica, informar del plazo máximo para notificar la resolución del procedimiento y de los efectos del silencio administrativo, y trasladar la citada resolución a la instructora y al interesado.

Por parte de la instructora del expediente se solicita a la Directora del CAP de..., la emisión de informe y la historia clínica del paciente en relación con los hechos que motivan la reclamación. Igualmente se solicita del Director del... la remisión de la historia clínica del reclamante, e informe sobre los hechos acontecidos tanto al Jefe del Servicio de Urgencias Extrahospitalarias de Atención Primaria del SNS-O, como a la dirección del Área Clínica del Corazón del....

Historia clínica del reclamante

Por lo que al objeto de la presente reclamación respecta interesa destacar los siguientes datos relacionados con la historia clínica del paciente:

Se trata de un paciente varón de 50 años de edad, fumador de 20-40 cigarrillos diarios, alérgico al níquel y al epitelio de gato. Diagnosticado de dislipemia, asma en la infancia, esclerosis múltiple recurrente-remitente en tratamiento con Avonex y Lamotrigina a fecha de septiembre de 2014, con crisis parciales visuales sintomáticas. Estudiado en digestivo por diarrea crónica sin objetivar patología en mayo de 2002. Con Cirugía previa de tobillo derecho a los 6-7 años de edad.

Informe del Jefe del Servicio de Urgencias Extrahospitalarias de Atención Primaria del SNS-O

El informe, emitido el 19 de julio de 2016, indica que:

“A las 22:20:24, del día 21/06/2014, se recibe una llamada en SOS-Navarra-112, en el que la alertante manifiesta que D... presenta un agobio en el pecho, mucho calor, dolor en brazos, están en la puerta del Centro de Salud (CS) de... A las 22:31:59 el médico del CS de... solicita Ambulancia de Soporte Vital Avanzado (ASVA). La información reportada para la activación de la ASVA es: dolor torácico tipo-Síndrome Coronario Agudo, con alteración del segmento ST. A las 22:32:26 horas se activa desde SOS-Navarra la ASVA, concretamente la Ambulancia de Bomberos de Cordobilla, con el indicativo B-0061.

El Estatus de llegada al lugar de la B-0061 es 22:45:25 horas.

El Estatus de paciente entregado (...) está fijado en la 0:44:35 horas.

Según la información extraída de la Historia Clínica Hospitalaria (HCI):

El motivo del ingreso es un Síndrome Coronario Agudo. Describe la historia actual (el día del ingreso en Cardiología (22/06/2014): Paciente de 50 años, asintomático cardiovascular hasta hoy (día 21/06/2014), hacia las 22:00 horas comienza con dolor torácico opresivo irradiado a ambos brazos, asociado a cortejo vegetativo.

Por ello hacia las 22:30, consultan en el CS, donde se realiza ECG; se observan datos de isquemia miocárdica transmural anterolateral. A continuación presenta parada cardíaca presenciada por lo que se inician las maniobras de RCP. Se aplica DESA que administra 3 choques.

Cuando llega la ambulancia medicalizada (ASVA-B0061) para su traslado el paciente sigue en parada cardíaca. Por ello se continúa con maniobras de RCP avanzada, con intubación oro-traqueal. Presenta varios episodios de FV (Fibrilación Ventricular) por lo que es necesario desfibrilar hasta en 9 ocasiones. Tras el último choque (23:17 horas,) el paciente mantiene ritmo estable.

A su llegada a la sala de hemodinámica el paciente se encuentra bajo los efectos de la sedoanalgesia, intubado y hemodinamicamente estable. En el ECG destaca la presencia de un QRS muy ancho (300 mseg aprox. sugestivo de acidosis).

En el cateterismo urgente se observa enfermedad coronaria de un vaso: oclusión trombótica a nivel de la DA proximal (vaso largo recurrente,). Se realiza ICP primario sobre dicha lesión con implantación de un stent farmacológico”.

El informe termina indicando que esa fue la participación de los equipos de Urgencias Extrahospitalarias que quedó recogido en el expediente con identificador de incidente: 21:33:68, que se adjunta con el informe emitido.

Informe del Área Clínica del Corazón del...

El informe de 3 de julio de 2016 indica que el paciente, sin antecedentes cardiológicos de interés, el 22 de junio de 2014, presentó episodio de dolor torácico, por el que fue atendido en el Centro de Urgencias Rural de..., al que acudió inmediatamente de comenzar su sintomatología.

En primer lugar, el informe relata la atención prestada antes de su ingreso en el..., indicando que no puede valorar la demora en los tiempos de ingreso por discrepancia en las horas de comienzo de los síntomas. Señala que durante su estancia en el Centro de... presentó un episodio de fibrilación ventricular (parada cardíaca extrahospitalaria presenciada), que requirió RCP inicialmente básica y posteriormente avanzada, necesitando hasta 9 choques de desfibrilador por fibrilación ventricular recurrente.

Con el diagnóstico de Infarto agudo de miocardio anterior, con elevación del ST, se activó el protocolo de Infarto y fue trasladado directamente al Servicio de Cardiología del... para realizar intervencionismo primario.

A continuación describe la atención en fase hospitalaria, indicando que el paciente fue trasladado por la UVI móvil con sedación y analgesia e intubación orotraqueal directamente a la Sala de hemodinámica, llegando a las 23:50 horas.

A su llegada se encontraba hemodinámicamente estable, aunque hipotenso (TA 85/63 mmHg), con frecuencia cardíaca 110 lpm y buena saturación (97%).

Se realizó el estudio hemodinámico mediante punción de arteria radial derecha, objetivándose una obstrucción coronaria total a nivel de la porción proximal de la arteria descendente anterior (DA), por lo que se implantó un

Stent farmacoactivo intracoronario a dicho nivel, con buen resultado angiográfico.

El resto de las arterias coronarias estaban angiográficamente sin lesiones.

Tras la implantación del mismo, el paciente presentó inestabilidad hemodinámica con hipotensión y urticaria generalizada, en relación a una reacción anafiláctica como reacción aparente al contraste yodado intracoronario, que requirió la administración de corticoides intravenosos a altas dosis y la implantación de un balón de contrapulsación intraaórtico (BCPAo) con buena respuesta clínica.

Los tiempos de atención hospitalaria con respecto a la reperfusión fueron:

- Tiempo puerta de entrada (sala) Apertura del vaso: 40 minutos

- Trasladado a la Unidad Coronaria evolucionó clínicamente en forma del Shock cardiogénico y del edema pulmonar, con buena respuesta al tratamiento, realizándose retirada del BCPAo y extubación precoz antes de las 24 horas.

Se instauró tratamiento profiláctico antibiótico, como prevención de una eventual aspiración durante las maniobras de reanimación, no objetivada en la evolución clínica. El seguimiento electrocardiográfico seriado, tras su traslado de la sala de hemodinámica a la Unidad Coronaria, con imagen de bloque de rama derecha y persistencia de la elevación del segmento ST en la cara antero lateral, sugería daño por reperfusión.

El informe continúa indicando los estudios que se realizaron al paciente y las complicaciones que surgieron durante su estancia en la unidad coronaria. Así, se indica que en el estudio ecocardiográfico transtorácico realizado el 25 de junio de 2014 se objetivó la presencia de una aquinesia de la cara anteroseptal y de tercio distal de cara inferolateral con hipercontractilidad del resto de segmentos, con función ventricular izquierda deprimida. Como complicación presentó un hematoma femoral derecho,

objetivando pseudoaneurisma que se solucionó de forma quirúrgica el 28 de junio con arteriotomía e implantación de parche de dacrón, con buen resultado, pasando a planta el 1 de julio, con evolución favorable.

El informe señala que el 25 de junio se objetivó como única secuela neurológica un síndrome amnésico del que se recuperó posteriormente, “lo que se relaciona con excelente actuación con respecto a maniobras de resucitación cardiaca, tanto a nivel básico (centro de urgencia rural), como avanzado (personal de UCI móvil)”. En consultas posteriores de control refiere situación clínica estable sin angina pero con disnea al caminar en llano (GF II avanzado). Posteriores pruebas (18/3/2015 y 20/6/2016) confirman la presencia de disfunción ventricular izquierda, con trombosis apical intraventricular y una cicatriz transmural afectando a los 2/3 distales de los segmentos anteriores, apical y anteroseptal, sin datos de viabilidad. El 21/6/2016, a la vista de los datos de la resonancia cardiaca se decide iniciar tratamiento con anticoagulantes y se decide implantar un dispositivo desfibrilador subcutáneo en prevención primaria. El 25/7/2016, se implanta DAI subcutáneo sin complicaciones.

A continuación el informe realiza una serie de comentarios que por interés se transcriben literalmente:

“Comentarios al caso:

1.- La situación clínica del paciente a su llegada al servicio de cardiología es una situación grave, tras una reanimación prolongada, pero hemodinámicamente controlada, en un paciente con un infarto agudo de miocardio anterolateral, sedado y manteniendo buena saturación arterial.

2.- Desde el punto de vista de la reanimación cardiopulmonar (RCP), la completa recuperación funcional neurológica del paciente, se relaciona con una excelente actuación ante una parada cardiaca extrahospitalaria, tanto a nivel de la reanimación básica inicial, como avanzada posterior.

Los elementos fundamentales de una RCP son mantener la vía aérea abierta, dar masaje cardiaco para mantener la circulación a los órganos vitales (cerebro) y recuperar el ritmo cardiaco, para evitar el daño neurológico, objetivos todos ellos conseguidos.

3.- La atención precoz para revascularización primaria del paciente con un infarto agudo de miocardio con elevación del ST, forma parte del programa de atención a las urgencias “tiempo dependientes” del Gobierno de Navarra, en este caso mediante la activación del “código Infarto”.

Los tiempos de respuesta y atención de UVI-móvil fueron adecuados teniendo en cuenta el contexto de recuperación de parada cardiaca.

La recuperación del músculo miocárdico tras una oclusión de una arteria coronaria, depende, entre otros factores, del tiempo que está ocluida y de la cantidad de músculo en riesgo.

Cuanto más precoz sea la apertura mayor puede ser la recuperación, como norma general, se considera que con periodos superiores a 6 horas la recuperación es pequeña mientras que suele ser importante si el retraso es menor de una hora.

En el caso que nos ocupa los tiempos de atención hospitalaria fueron los siguientes:

-Llegada al hospital con ingreso directo a la sala de Hemodinámica: 23:50 h.

-Apertura de la arteria: 00:30 h

“Por tanto, el tiempo desde la llegada al hospital a la apertura de la arteria fue de 40 minutos y el tiempo total desde el dolor de 3h 35 minutos, según información de la familia, o 2h 30 minutos, según nota en la historia hospitalaria (habría que refrendar los tiempos con los registros del 112). Estos tiempos son buenos y difícilmente reducibles en el contexto de recuperación de parada cardiaca extrahospitalaria con intubación orotraqueal

Es necesario considerar que tan importante es la llegada rápida al hospital para la realización del cateterismo cardiaco, como el traslado del paciente en condiciones estables.

De nuevo, la falta de tiempos de referencia para analizar los intervalos de asistencia pre-hospitalaria nos impiden valorar retrasos en la misma y en consecuencia su posible relación con una mayor extensión del infarto, sin embargo en un paciente con parada cardiaca extrahospitalaria recuperada, el objetivo principal antes de realizar ningún otro paso como el traslado del mismo al hospital, es la estabilización hemodinámica del paciente, por lo que el intervalo de tiempo transcurrido desde el aviso al 112 para activar el código infarto hasta la llegada al centro hospitalario se considera además de adecuado en tiempos.

No disponemos información acerca del retraso entre la llegada al centro de urgencia rural y el tiempo de llamada a la UVI móvil que sería

el retraso en la activación del código infarto, si bien una demora de minutos no debiera ser considerado significativo, a efectos de resultados en el tamaño definitivo del infarto.

La atención precoz y la apertura de la arteria ocluida, no garantiza la recuperación funcional del músculo cardíaco.

Además del tamaño del miocardio en riesgo, en nuestro caso era grande, en ocasiones la apertura de la arteria se acompaña de fenómenos de daño por reperfusión que pueden hacer ineficaz un tratamiento realizado correctamente dentro de los intervalos de tiempo recomendados.

La valoración de la extensión de un infarto de miocardio en la fase aguda se realiza como norma antes del alta hospitalaria, mediante la realización de un estudio de imagen para valorar la función ventricular.

A mayor grado de extensión, mayor grado de disfunción y menor fracción de eyección (FE).

Sin embargo dadas la evolución fisiopatológica del infarto agudo de miocardio, esta valoración inicial puede sobrevalorar la extensión del mismo, por lo que la valoración definitiva de la extensión del mismo se debe realizar a partir del mes de la fase aguda. En este caso en el momento del alta el estudio ecocardiográfico mostró una disfunción ventricular moderada con FE 35%. Esto junto a los datos de la evolución precoz del ECG tras la revascularización miocárdica mediante Stent, sugerían un infarto extenso.

Este hallazgo se confirmó en el estudio ecocardiográfico realizado en marzo del 2015 (9 meses) y de forma definitiva en la resonancia cardíaca realizada en junio del 2016, con datos en la misma de disfunción severa (FE 30%) y ausencia de criterios de recuperación de la zona de infarto”.

Informe médico pericial de...

El 25 de octubre de 2016, el doctor..., licenciado en Medicina, especialista en Cardiología y enfermedades Cardiovasculares, máster en cuidados cardiológicos agudos por la Sociedad Española de Cardiología, emite informe sobre la asistencia prestada por el SNS-O al reclamante.

El informe comienza señalando que el paciente, sobre las 21 horas llega al Centro de Urgencias Rurales de... con cuadro de dolor torácico pero, según el informe del Jefe de Servicio de Urgencias Extrahospitalarias, la llamada quedó registrada a las 22:20:24, estando el reclamante, a esa hora,

en la puerta del Centro de Urgencias. A las 22:31:59 el médico del Centro de Salud de... solicita ambulancia de soporte vital avanzado. La ambulancia llega a las 22:45:25 horas. Estatus de paciente entregado al... a las 0:44:35 horas. Hora de entrada en urgencias según informe de cardiología a las 23:50 horas. Según el informe aportado por el Servicio Navarro de Salud los tiempos calculados fueron: Puerta de entrada a la Sala de hemodinámica, apertura de vaso, 40 minutos”.

El informe continúa indicando que en el registro aportado por el Centro de Salud de... consta *“Dolor centro torácico irradiado a ambos brazos, sudoración, mal estado general. Lleva así desde media hora antes. ECG: clara elevación de ST en cara antero lateral y anterior. TA 100/60, sat 97%, se administra AAS 300 y un puff de solinitrina. En ese momento comienza con respiración ruidosa, pérdida de consciencia. DESA PV, se da primer choque sin interrumpir maniobras hasta que llega medicalizada, aproximadamente 10-15 minutos. Posteriormente en RCP avanzada con UVI móvil, paciente entra varias veces en ritmo organizado con buen pulso femoral y periodos de PV que requiere des fibrilación. Permanece en centro aproximadamente una hora saliendo con respiración espontánea y ritmo organizado con buenos pulsos distales”*. Se aplicaron hasta 3+9 descargas (última de ellas objetivada en DESA a las 23:17 horas). Se realiza ECG que muestra ascenso de ST en cara anterior y se activa protocolo de infarto, siendo trasladado a..., llegando a las 23:50 horas. A su llegada TA 85/63, FC 110 lpm, sat 97%. Se realiza cateterismo que muestra obstrucción coronaria 100% en la arteria descendente anterior, implantándose stent Farmacoactivo con buen resultado angiográfico final. Resto de arterias coronarias sin lesiones significativas.

El paciente desarrolla cuadro de inestabilidad hemodinámica posterior con urticaria, mostrando una reacción alérgica al contraste yodado, comenzándose tratamiento con corticoides endovenosos y la implantación de un balón intra-aórtico de contrapulsación (BIAO). Posteriormente pasa a la unidad coronaria, con datos de shock cardiogénico y edema de pulmón (KK IV), con extubación a las 24 horas y retirada del BIAO también a las 24 horas. ECG queda con BCRD y ST persistentemente elevado en cara

antero-lateral. ECOTT realizado el día 25/06 muestra FEVI del 35%. Como complicación presentó hematoma femoral derecho con desarrollo de pseudoaneurisma con solución quirúrgica por parte de cx vascular el 28/06/14. Durante el ingreso es valorado por neurología donde se objetiva como única secuela neurológica un síndrome amnésico, que recupera posteriormente. Es dado de alta el 4/7/14.

Posteriormente tiene seguimiento en consultas de cardiología, sin angina, pero con disnea en CF II. ECOTT realizado el 18/3 muestra FEVI del 33%. Holter posterior (29/6) sin arritmias de interés. RMN cardiaca realizado el día 20/6/16 muestra DSVI severa con FEVI 30% con trombosis apical y cicatriz transmural en los dos tercios distales de los segmentos anterior, apical y antero-septal, sin datos de viabilidad. Se comienza con anticoagulación en consulta, debido al trombo apical. Seguimiento posterior en consultas con resolución de dicho trombo, finalmente se procede a implante de DAI por prevención primaria el 15/7/16 Boston scientific EMBLEM”.

Tras realizar diversas consideraciones diferenciando entre los conceptos de Síndrome Coronario Agudo (SCA) y de Infarto Agudo de Miocardio (IAM), el informe indica que el paciente sufrió un cuadro de infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IMCEST) y que en este subtipo de infarto son dos las estrategias que se plantean para abrir la arteria obstruida, una de ellas es la fibrinólisis que consiste en administrar potentes fármacos capaces de deshacer el trombo. Esta estrategia debe hacerse en caso de no poder plantear la opción de apertura del vaso mediante cateterismo en menos de 120 minutos.

El informe valora como claramente acertada la estrategia de activación del código infarto y el traslado del paciente a un Centro donde se le pudiera hacer el cateterismo en los tiempos optimizados y reglamentados de las guías de terapéutica actual. Según consta en el informe del servicio de emergencias, la ambulancia llegó a las 22:45 hora y la angioplastia final se realizó a las 00:44 horas, por tanto el tiempo “primer contacto de asistencia

médica avanzada—apertura de vaso está por debajo de las 2 horas que es el estándar recomendado para elegir entre estrategia de revascularización”.

El informe, tras indicar que el infarto que tuvo el paciente fue muy extenso y con la presentación clínica más agresiva posible, diferencia entre las características de la reanimación cardiopulmonar básica y la avanzada y, a continuación, analiza la práctica médica que recibió el reclamante y señala que durante el tiempo que estuvo en el Centro de... se le practicaron maniobras de reanimación básica y desfibrilación de manera continua, considerando que mientras se encontraba en parada no se le podía trasladar. Estima que la calidad de la asistencia sanitaria recibida se pone de manifiesto por la ausencia de secuelas neurológicas graves, lo que a su juicio significa que se realizaron las maniobras de reanimación tanto básica como avanzada de manera eficaz.

El informe termina poniendo de manifiesto las siguientes conclusiones:

“1- EL paciente sufrió un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, de localización anterior, y curso clínico en shock cardiogénico.

2- Se comenzó con Reanimación cardiopulmonar básica (que no incluye el manejo de vías periféricas o medicación) de manera constante en el momento de la parada cardíaca en el centro de salud, así como posteriormente la ambulancia continuó con RCP avanzada a su llegada.

3- La asistencia en la reanimación de la parada cardíaca, tanto básica como avanzada, se entiende como de excelente calidad.

4- Las actuaciones realizadas por los distintos equipos médicos están correctamente indicadas en las guías de actuación de esta patología”.

Informe complementario...

El 28 de marzo de 2017 emite informe don..., licenciado en medicina, ex médico forense y especialista en valoración del daño corporal, cuyo objeto es la valoración del daño relacionado con la asistencia sanitaria prestada al reclamante.

El informe realiza un resumen de la asistencia sanitaria recibida por el reclamante y señala que la lesión diagnosticada es un infarto agudo de miocardio reprochándose retraso en el tratamiento.

En relación con el tiempo de estabilización indica que “no ha lugar a estimar un tiempo de estabilización en los hechos reclamados. La unidad para hablar de muerte tisular es de minutos, es decir, que aunque se acreditara la existencia de un retraso en la atención dispensada, esta hubiera podido suponer un aumento de las secuelas, por extensión del tejido infartado, pero no un incremento en el periodo de estabilización. En cualquier caso, y más allá de que no se considere que los hechos hayan aumentado el tiempo de estabilización de las secuelas, estas se estiman que quedarían establecidas 120 días después de los hechos objeto de reclamación, esto es entorno al día 18/10/2014”.

Por lo que se refiere a la valoración de las secuelas, se toma como referencia el baremo de la Tabla VI del Real Decreto Ley 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor que contempla las siguientes puntuaciones para insuficiencia cardiaca:

Grado I: disnea de grandes esfuerzos (fracción de eyección: 60-50 por ciento). De 1 a 10 puntos.

Grado II: disnea de moderados esfuerzos (fracción de eyección: 50-40 por ciento). De 10 a 30 puntos.

Grado III: disnea de pequeños esfuerzos (fracción de eyección: 40-30 por ciento). De 30 a 60 puntos.

Grado IV: disnea de reposo (fracción de eyección: <30 por ciento). De 60 a 90 puntos.

El informe considera que la situación del reclamante al alta sería compatible con una puntuación de 45 puntos de secuelas, precisando que, en caso de que se acreditase la existencia de retraso, la secuela anterior

solo parcialmente podría considerarse imputable a la pérdida de oportunidad.

Por último, el informe del doctor... indica que la incapacidad permanente absoluta que le reconoció la Seguridad Social se debe a dos motivos: la disfunción cardiológica y la esclerosis múltiple.

Trámite de audiencia

El 30 de marzo de 2017 la instructora del expediente acuerda la remisión al reclamante de las actuaciones practicadas (copia de la historia clínica relacionada con la reclamación e informes emitidos) y la apertura del trámite de audiencia para que el interesado pueda formular las alegaciones que considere oportunas y aportar los documentos o informes que estime pertinentes.

El 2 de mayo de 2017, el reclamante presenta escrito de alegaciones manifestando que, tal y como se deriva de la información y protocolos del SNS-O sobre el síndrome coronario agudo, el tiempo es un factor principal y que resulta indispensable en caso de infarto, además del masaje cardiaco y desfibrilación, la apertura de la vía aérea, canalizar la vía venosa para el suministro de suero y el suministro de oxígeno; praxis que no se siguió en la atención que se le dispensó en el Centro de....

Además aporta declaraciones de su esposa y de su cuñada (enfermera adscrita al Centro de...) de las que se desprende que:

1. Al llegar al centro sobre las 22:40 horas, a pesar de la evidencia de los síntomas de infarto, la enfermera les hizo esperar en la sala unos diez minutos sin atención.
2. Que ante la reclamación, el médico se percató de la situación, hace pasar al paciente a la consulta de enfermería, realiza un ECG y al entrar en parada, comienza a realizar masaje cardiaco. Sin embargo, la enfermera se limita a llamar a la UCI, sin proceder a la apertura de la vía aérea mediante la colocación de un guedel, sin

canalizar la vía venosa para suministro de suero, ni suministrar oxígeno y ventilación con ambú.

3. Cuando el reclamante vomitó no se procedió a su aspiración con la consiguiente obstrucción de la vía hasta que, en un segundo intento de intubación, lo realizó la doctora de la UCI.

El escrito de alegaciones considera que:

“Por lo tanto, y además de la pérdida inicial de 10 minutos vitales para el tratamiento del suscribiente por no examinarme la enfermera ni valorar adecuadamente la urgencia de la situación, se ha infringido la *lex artis* y la *praxis* prescrita para casos de síndrome coronario agudo al haber estado cerrada la vía aérea, sin suministro de oxígeno y ventilación, ni suero, durante, cuando menos, entre 25 y 30 minutos, con el consiguiente impacto en la eficacia de la reanimación practicada y agravamiento de las consecuencias del infarto sufrido, lo que ha desembocado en mi incapacidad permanente absoluta”.

El reclamante en su escrito de alegaciones solicita la práctica de pruebas testificales a su esposa y cuñada y a la enfermera y al doctor del Centro de Urgencias de... en donde fue atendido. Además, indica que ante la imposibilidad por razones económicas de aportar en estos momentos informes periciales relativos a la infracción de la “*lex artis*” y de la valoración del daño, anuncia que teniendo derecho a la asistencia jurídica gratuita si no se estima íntegramente su reclamación, los solicitará en el correspondiente procedimiento contencioso-administrativo.

Con fecha 25 de enero de 2018 el reclamante presenta escrito denunciando que, desde el 2 de mayo de 2017, fecha en la que presenta sus alegaciones en el trámite de audiencia, no ha tenido noticia alguna, por lo que habiendo transcurrido sobradamente todos los plazos para resolver y notificar la respuesta a su reclamación, solicita acceso al expediente e indicación del personal responsable de su tramitación a los efectos legales oportunos.

Informe testifical de la enfermera del Centro de Urgencias de...

Obra en el expediente, en contestación a la solicitud de la instructora, informe realizado por la enfermera que prestaba servicio el día del ingreso del reclamante. En su informe indica que:

“Como iba diciendo, sonó el timbre de la puerta y fui a abrir. Recibí a un hombre acompañado de una mujer. Llegaban mojados por la lluvia. Pregunté que le ocurría y me contestó el hombre que tenía un dolor desde hacía media hora en el pecho. Les dije que el médico estaba ocupado y que enseguida les atenderíamos. Se sentaron en la sala de espera. Les tomé los datos, nombre y apellidos y me metí en la sala de enfermería para citarlos en el ordenador.

Después de haberlos citado en el ordenador, salí y la mujer me dijo que su marido se estaba mareando y acto seguido lo pasé a la sala de enfermería donde se tumbó en la camilla.

Pasé a avisar al médico a su sala y me traje el aparato de electros para realizarle un electro.

Sin terminar de hacer el electro, el médico pasó a mi consulta y viendo lo que iba saliendo en el electro dio aviso al 112 pidiendo ambulancia medicalizada. Se tomaron constantes y se aplicó solinitrina (puff) y AAS por vía oral.

Mientras preparaba el gotero para cogerle una vía venosa y el médico vigilaba sus constantes, el paciente vomitó, se le colocó en posición lateral y el vómito cayó al suelo.

Seguidamente perdió la consciencia, viendo que no respiraba y no tenía pulso, fui a por el desfibrilador. Al colocar el desfibrilador viendo que mostraba ritmo de fibrilación ventricular, procedimos a darle la primera descarga y comenzamos con masaje cardiaco el médico y yo ventilaba con ambú, después intercambiamos posiciones.

Cuando llegó la ambulancia medicalizada ellos se hicieron cargo, mientras nosotros colaborábamos. Comenzaron ellos con reanimación más avanzada (masaje cardiaco, vía venosa y drogas, intubación).

El paciente estuvo bastante tiempo en el centro mientras la medicalizada lo estabilizaba, volvió a entrar en fibrilación ventricular varias veces, en las que fue necesario dar varias descargas más.

Los hechos que se detallan no son ciertos, no se le derivó de urgencia y fue correctamente atendido por nuestra parte. De todas formas el paciente entró por su propio pie a mi consulta, se tumbó en la camilla y desde el minuto cero se abrió vía aérea y se realizó maniobras de reanimación cardiaca”.

Informe del médico de guardia del Centro de Urgencias de...

Del mismo modo, obra informe testifical del médico que atendió al reclamante el 21 de junio de 2014 en el Centro de Urgencias, emitido en contestación a la petición efectuada por la instructora.

Dada la extensión del informe se trasladan aquellas partes que se consideran de mayor interés:

“El paciente se encontraba con sudoración, mal estado general y refería dolor centro-torácico irradiando a brazos desde hacía aproximadamente media hora.

Ante la sintomatología que presentaba se le practicó inmediatamente un ECG mostrando claras elevaciones del ST en varias derivaciones (no recuerdo localización pero creo recordar que era extenso).

Llamé en ese momento al 112 para comunicar la atención a un paciente con Síndrome coronario agudo con elevación de ST para que acudiera la ambulancia medicalizada.

Seguidamente se tomaron constantes, mostrando una TA de 100-60, pulso a 80 ppm, Sat O2 de 97% por lo que se procedió a administrar un puff de solinitrina sublingual y AAS 300mg por vía oral.

Casi inmediatamente y mientras se vigilaba evolución de su estado, del dolor torácico y constantes, y se preparaba para seguir la atención (vía venosa para morfina, clopidrogel, etc.), el paciente comenzó a vomitar y posteriormente perdió la consciencia.

Examinado entonces, se constató que el paciente no respiraba ni se palpaba pulso carotídeo por lo que rápidamente tras la apertura de la vía aérea y posición de seguridad y mientras la enfermera preparaba el desfibrilador volví a llamar al 112 para comunicarles que el paciente con SCCEST había entrado en parada cardiorespiratoria y que aceleraran la Ambulancia medicalizada que ya había sido movilizada minutos antes.

El desfibrilador mostraba ritmo de fibrilación ventricular por lo que procedimos a la primera descarga y sin interrupción comenzamos, yo con el masaje cardiaco mientras la enfermera ventilaba con ambú intercambiando las posiciones después. Según quedó reflejado en historia se procedió a dar 3 choques sin interrupción en ningún momento del masaje cardiaco y la ventilación. Calculo que este proceso hasta la llegada de la ambulancia medicalizada duraría de 8 a 10 minutos.

Cuando llegó el personal de la ambulancia medicalizada tomaron el mando de la actuación quedando nosotros colaborando. Procedieron

entonces a reanimación más avanzada, masaje cardíaco con LUCAS, vía venosa y drogas, intubación, etc.

El paciente permaneció en el Centro bastante tiempo desde la llegada del equipo de ambulancia medicalizada por la necesidad de recuperar latido cardíaco y estabilizarlo antes del traslado. Recuperó ritmo sinusal con pulsos distales y volvió a entrar en fibrilación ventricular en varias ocasiones según recuerdo, haciendo necesaria la continuidad de la RCP. También recuerdo que la intubación fue difícil y se realizó tras varios intentos. Ignoro si el vómito previo tuvo algo que ver en ello, pero la dificultad de intubación en estas ocasiones de emergencia es algo frecuente y por otro lado creo que no hubo posteriormente ninguna complicación por broncoaspiración que hubiera apoyado la posibilidad de regurgitación tras el vómito, cosa tampoco infrecuente en situaciones similares a pesar de la correcta atención.

También conocí posteriormente que en el trayecto desde el C.Salud de... hasta el Hospital... el paciente volvió a entrar en fibrilación ventricular de nuevo, retrasando esto el traslado”.

A continuación, el informe responde de la siguiente forma a las preguntas que se le formularon por la instructora:

Respecto a su pregunta acerca del tiempo que se tardó en atender al paciente desde su llegada al Centro de Salud:

No puedo decir nada en este sentido (en la reclamación se habla de 10 minutos) porque yo me encontraba atendiendo a otro paciente en la sala de Urgencias y dejé la atención del mismo en cuanto se me avisó de la posible gravedad del llegado. Hay que explicar que la forma de atención es la siguiente: si el aviso no es urgente (ya que entonces se recibe una llamada personal) llega un sms al teléfono de guardia con el texto de “Paciente al Centro”. Cuando el paciente llega al Centro llama al timbre, se abre la puerta por enfermera o médico, en este caso enfermera ya que como digo yo atendía a otro paciente, y se le atiende.

Supongo que se puede averiguar el tiempo de espera a través de las llamadas registradas en el 112, desde las primeras por parte el paciente y hasta 4-5 minutos antes de la primera que yo realicé informando del SCACEST y pidiendo ambulancia. Creía recordar, y ayudaría al cálculo del tiempo de retraso en la sala de espera, que en este caso el paciente había activado al 112 desde domicilio o en trayecto, aunque en la reclamación expone que se avisó al 112 al llegar al Centro de Salud, pero esto no lo puedo asegurar.

Respecto a si se aplicó la ventilación como parte de la maniobra de RCP básica:

Afirmo categóricamente que fue así y que se realizaron estrictamente las recomendaciones de las guías y los protocolos de RCP para RCP básica y Algoritmos para uso de desfibrilador, con apertura de la vía aérea, ventilación con ambú, comprobación elevación diafragma, ritmo de 30 compresiones-2 ventilaciones, aviso al 112, etc., según he referido antes.

En este sentido hay que decir que, en todos los protocolos de RCP y en los cursos prácticos de Soporte Vital que recibimos bianualmente, se insiste en priorizar el masaje cardiaco adecuado y sin interrupción y la desfibrilación precoz, como actitud fundamental para restaurar el latido cardiaco. Esto prima en una primera atención sobre otras medidas como puede ser la vía venosa, utilización de fármacos, etc, que es lo que en la reclamación se insiste continuamente (“Guedel, vía venosa”) Al respecto y como ejemplo, siempre se dice por parte de los formadores que en una RCP básica, una vez abierta la vía aérea no es obligado hacer el “boca a boca” si las circunstancias lo desaconsejan o no se dispone de medios, y se insiste siempre en el masaje cardiaco adecuado y sin interrupción. Aunque repito, en este caso se realizó ventilación con ambú.

Señalar que en la reclamación se afirman varias cosas obviamente falsas como que “el equipo de la ambulancia se hizo cargo y se comenzó una reanimación cardiopulmonar (que no se había hecho)” o “se pasó mucho tiempo en el centro de Salud sin abrir la vía aérea, sin haberse practicado reanimación cardiaca hasta que llegó la ambulancia”. Obviamente si no se hubiera comenzado la RCP desde el minuto 0 de la parada y hasta la llegada de la medicalizada, las posibilidades de que el paciente hubiera recuperado el ritmo sinusal y sobrevivido habrían sido nulas. Según supe después al paciente no le quedó tampoco ninguna secuela de tipo neurológico, cosa que me sorprendió muy gratamente y que yo temía tras una resucitación tan larga, lo cual indica que se realizó correctamente el masaje cardiaco, ventilación y desfibrilación en un primer momento (y la RCP más avanzada después)”.

Informe complementario del doctor...

El 30 de enero de 2018 emite informe complementario en contestación a las preguntas realizadas por la instructora del expediente.

En respuesta a la pregunta de por qué no era necesario el oxígeno/guedel y el suero, el informante señala que: “por tanto, como resulta evidente, no se trata de exponer que no hiciera falta oxígeno o no hiciera

falta el suero, es posible que pudieran ser útiles en un momento determinado, sino que en el manejo de una parada con soporte vital básico no se incluye la oxigenación, ni el uso de vía periférica porque no se da el soporte necesario adecuado para su uso en el medio que se tiene. Como resulta lógico cuanto antes se obtenga una vía venosa periférica (posible tratamiento intravenoso con o sin sueros), mejor, porque así cuando acuda el equipo de avanzada, será más rápido el tratamiento con drogas si hacen falta. No se le puede pedir a un centro rural que maneje una parada como si fuera una UCI avanzada”.

Y respecto a la pregunta del instructor de por qué no fue relevante que tardaran 10 minutos en atender al paciente desde que llegó, el informante indica que “con respecto al supuesto retraso en la atención, los protocolos actuales de dolor torácico incluyen la realización de un electrocardiograma en los primeros diez minutos desde su llegada a los servicios de urgencias, con lo que respecto a este punto se habrían cumplido los tiempos de las guías clínicas”.

Nuevo trámite de audiencia

El mismo día 30 de enero de 2018 la instructora remite al interesado acuerdo indicando que se ponen a su disposición todos los informes emitidos por ... y los informes emitidos por el médico y la enfermera del Centro de..., se rechazan el resto de pruebas solicitadas con apoyo en las argumentaciones que se indican, y se le otorga un nuevo trámite de audiencia.

El 15 de febrero de 2018 se presenta el escrito de alegaciones del reclamante indicando que:

1. En relación con la supuesta consolidación de las secuelas al año anterior a la reclamación, que niega, se remite a lo manifestado en su escrito de 26 de junio de 2016 y al dictamen-propuesta y resolución del INSS que declaró la incapacidad el 22 de junio de 2015, no habiendo transcurrido, por tanto, el plazo del año, en la fecha de reclamación el 6 de junio de 2016.

2. Se ratifica en que se produjo una pérdida inicial de 10 minutos en la atención que resultaron vitales, “no siendo cierto que se llamara inmediatamente a la ambulancia medicalizada que tardó 25 minutos en llegar (no de 8 a 10 minutos)”.
3. Indica que la primera referencia a la intubación orotraqueal es la que se realiza por el personal de la ambulancia, por lo que entiende que se ha infringido la “lex artis” y la “praxis” prescrita para casos de síndrome coronario agudo al haber estado cerrada la vía aérea durante “cuando menos, entre 25 y 30 minutos, con el consiguiente impacto en la eficacia de la reanimación practicada y agravamiento de las consecuencias del infarto sufrido, lo que ha desembocado en mi incapacidad permanente absoluta”.
4. Si existiera duda, interesa nuevamente la testifical de la doctora y enfermero de la ambulancia medicalizada, a la vez que reitera que, de la testifical del doctor de urgencias del Centro de..., se deriva que se comenzó el masaje cardiaco sin hacer referencia a la apertura de la vía aérea mediante colocación de un guedel, a la canalización de la vía venosa y al suministro de oxigenación y ventilación con ambú.

Propuesta de resolución

La propuesta de resolución, precedida de un informe jurídico de la que es fiel reflejo, propone la inadmisión de la reclamación por haberse presentado fuera de plazo y, subsidiariamente, la desestimación al considerar que la atención sanitaria prestada fue en todo momento conforme a la “lex artis” exigible.

En primer lugar, en la relación fáctica, recoge el relato de los hechos que se produjeron el 21 de junio de 2014, describiendo la asistencia médica prestada al reclamante, tanto en el Centro de Urgencias de... como posteriormente en el... el día de su ingreso, y las demás pruebas y tratamientos prestados hasta el 4 de julio de 2014 que fue dado de alta.

Igualmente, la relación fáctica expone que el 18 de marzo de 2015 se le repitió el estudio ecocardiográfico para valorar la evolución de la función ventricular, persistiendo una disfunción similar al alta, con FEVI del 33%. Se indica que el 29 de junio de 2015 se realizó un estudio de Holter de 24 horas sin objetivarse arritmias significativas y el 20 de junio de 2016 una nueva resonancia magnética cardiaca que confirma la disfunción ventricular izquierda con FE del 30%, con trombosis apical intraventricular y una cicatriz transmural afectando a los 2/3 distales de los segmentos anterior, apical y anteroseptal, sin datos de viabilidad; hubo seguimiento posterior en consulta y, finalmente, el 15 de julio de 2016, se procedió a implantar un desfibrilador automático implantable (DAI).

La relación fáctica de la propuesta de resolución termina indicando que mediante Resolución de 11 de agosto de 2015, de la Directora Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social, se declaró al reclamante en situación de incapacidad permanente en el grado de absoluta para todo trabajo, y que el “18 de febrero de 2016” se presentó por el interesado la reclamación de responsabilidad patrimonial en solicitud del reconocimiento de un indemnización de 300.000 euros (obviamente la fecha indicada es errónea ya que fue presentada el 6 de junio de 2016).

En la fundamentación jurídica la propuesta, tras reconocer que la reclamación ha sido interpuesta por persona legitimada, argumenta que se ha interpuesto fuera del plazo legalmente establecido por el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en lo sucesivo, LRJ-PAC).

En tal sentido argumenta que según consta en la historia clínica y en los informes emitidos, en especial el informe... de 28 de marzo de 2017, el alcance de las secuelas quedó determinado en torno al 18 de octubre de 2014 y, en todo caso, antes del año anterior a la interposición de la reclamación.

En contra de la opinión del reclamante, que considera que el momento de la determinación del alcance de las secuelas es la fecha de la declaración

de la incapacidad por el INSS, invoca el tenor literal del ya citado artículo 142.5 de la LRJ-PAC y la doctrina jurisprudencial sobre la cuestión (STS de 14 de octubre de 2001 y STSJ de Galicia de 21 de mayo de 2014).

La propuesta, además, con carácter subsidiario, considera que no concurren los requisitos necesarios para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial. En tal sentido, tras referenciar los requisitos exigibles para la existencia de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario con especial referencia al criterio de la “lex artis” y, analizado el caso concreto, considera que no concurren los motivos de retraso en la atención inicial (entre 25 y 30 minutos en que tardó en llegar la ambulancia), en los que el reclamante fundamenta su pretensión.

Así, en relación con el tiempo de espera a su llegada el margen de tiempo por el que inicialmente se refería la reclamación se ha visto considerablemente reducido en la fase de alegaciones a la vista de los informes emitidos. La llegada al Centro de Salud se produjo a las 22:20 horas y la llamada solicitando la ambulancia de soporte vital avanzada, a las 22:31 horas.

Además, se indica que una cosa es que se tardara 10 minutos en llamar a la ambulancia y otra que durante ese tiempo no fuera atendido. La propuesta señala que durante ese intervalo de tiempo se pasó al paciente a la Sala de Enfermería, se avisó al médico y se le realizó un electrocardiograma. Con apoyo en el informe del Director del Área Clínica del Corazón y de la Asesoría Médica..., se considera que no hubo retrasos en la atención del paciente y que, en cualquier caso, un retraso incluso de 10 minutos no sería constitutivo de infracción de la “lex artis”, ni significativo a efectos de determinar el alcance de los daños.

Por lo que respecta a la imputación de responsabilidad por la omisión en la apertura de la vía aérea y ventilación, así como de apertura de vía venosa para suministro de sueros durante el tiempo en que tardó en llegar la ambulancia, la propuesta de resolución considera que de los informes emitidos por el médico del consultorio de... y el informe... se desprende que sí tuvo lugar la apertura de la vía aérea y ventilación, sin que el suministro de

oxígeno forme parte de las maniobras de reanimación cardiopulmonar básica, al ser propia de la reanimación avanzada que se practica una vez que acude la ambulancia con el equipo adecuado. Añade que una reanimación básica bien ejecutada puede consistir únicamente en la desfibrilación. Del mismo modo, la propuesta señala que la apertura de la vía venosa, que en cualquier caso, también tuvo lugar, no es parte de la reanimación cardiopulmonar básica. Con referencias de los informes del médico del Centro de Salud y de la asesoría médica ..., la propuesta indica que lo fundamental en estos casos es el masaje cardiaco continuo, que se le realizó ventilación con ambú, que si la reanimación no se hubiera hecho bien el paciente habría fallecido o al menos le quedarían secuelas de tipo neurológico y que lo fundamental es el manejo del desfibrilador hasta la llegada de los equipos de reanimación avanzada.

En definitiva, la propuesta de resolución rechaza las imputaciones de retraso y tratamiento inadecuado y, por el contrario, con apoyo en los informes emitidos, considera que la atención recibida por el paciente fue en todo momento conforme con la “lex artis”, señalando que “la asistencia en la reanimación de la parada cardiaca, tanto básica como avanzada, se entiende como de excelente calidad. Las actuaciones realizadas por los distintos equipos médicos están correctamente indicadas en las guías de actuación de esa patología. Revisada la documentación aportada no se aprecian desviaciones en la “lex artis” que sugieran una mala praxis médica”.

II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS

II.1ª. Objeto y carácter preceptivo del dictamen. Tramitación del expediente

La presente consulta versa sobre una reclamación derivada por daños ocasionados por el funcionamiento de los servicios sanitarios de la Comunidad Foral de Navarra.

Estamos ante una consulta relacionada con un expediente de responsabilidad patrimonial del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea,

organismo autónomo dependiente de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra en materia de asistencia sanitaria.

El artículo 14.1.i) de la LFCN ordena que se consulte al Consejo de Navarra en los expedientes sobre responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas de Navarra en los que se solicite una indemnización de cuantía igual o superior a trescientos mil euros.

Por su parte, la Ley Foral 15/2004, de 3 de diciembre, de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra (en adelante, LFACFN) establece, en sus artículos 76 y siguientes, el procedimiento administrativo que debe seguirse en materia de responsabilidad patrimonial, en el que se contemplan sucesivamente la práctica de las pruebas que se estimen pertinentes, la solicitud de informes necesarios, la audiencia del interesado, la propuesta de resolución, el dictamen del Consejo de Navarra y, finalmente, la resolución definitiva por el órgano competente.

En consecuencia, el Consejo de Navarra emite este dictamen con carácter preceptivo dado que la consulta atañe a una reclamación de indemnización por daños y perjuicios de cuantía superior a trescientos mil euros.

La tramitación del presente procedimiento se estima, en términos generales correcta, ya que se han incorporado al expediente los documentos necesarios para conocer las circunstancias concurrentes en la atención sanitaria presentada, contando además con informes médicos suficientes para valorar la misma. Se ha respetado el derecho de audiencia y defensa que corresponde al reclamante, practicando las actuaciones probatorias solicitadas que se consideraron adecuadas y necesarias, rechazando motivadamente las que se estimaron innecesarias, otorgándole al reclamante la oportunidad de conocer íntegramente las actuaciones y formular alegaciones con carácter previo a la elaboración de la propuesta de resolución.

Ello no obstante, como ya ha advertido este Consejo de Navarra en anteriores dictámenes, resulta conveniente una mayor agilidad en la

tramitación y resolución de estos expedientes de responsabilidad por asistencia sanitaria para garantizar adecuadamente los derechos de los afectados. No se nos oculta que la instrucción de estos expedientes puede resultar compleja habida cuenta de la necesidad de disponer de información necesaria para contrastar y verificar los hechos y valorar la actuación de los servicios sanitarios, pero ello no puede justificar la existencia de tiempos muertos en la tramitación que alargan innecesariamente el tiempo preciso para su adecuada resolución, tal y como ha sucedido en el presente expediente.

II.2ª. La responsabilidad patrimonial de la Administración: regulación y requisitos

La responsabilidad patrimonial de la Administración actúa, en buena medida, como institución de garantía de los ciudadanos. Contemplada en el artículo 106.2 de la Constitución, encuentra su desarrollo normativo ordinario en los artículos 139 a 144 (capítulo I del título X) de la LRJ-PAC parcialmente modificada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, aplicable al presente expediente toda vez que la reclamación de responsabilidad patrimonial se interpuso el 6 de junio de 2016 y, por tanto, con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y de la Ley 40/2015, de la misma fecha, de Régimen Jurídico del Sector Público.

El punto de partida lo constituye así el artículo 139.1 de la LRJ-PAC, a cuyo tenor los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes 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.

Conforme con lo establecido por el artículo 142.5 de la LRJ-PAC, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico a las personas el plazo empezará a

computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

Los requisitos necesarios y constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son: el daño o lesión patrimonial, su antijuridicidad, su imputación a la Administración como consecuencia del funcionamiento de sus servicios, y la relación de causalidad entre la acción producida y el resultado dañoso ocasionado.

La carga de la prueba de los hechos necesarios para que exista responsabilidad corresponde a quien reclama la indemnización y, en cambio, corre a cargo de la Administración la prueba del correcto funcionamiento del servicio o de la existencia de fuerza mayor o de circunstancias demostrativas de la existencia de dolo o negligencia de la víctima suficientes para considerar roto el nexo de causalidad (como recuerda la sentencia del Tribunal Supremo de 13 de julio de 2000).

Conforme al artículo 141.1 de la LRJ-PAC, “sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquellos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos”.

Como este Consejo viene señalando en dictámenes anteriores, el sistema legal de responsabilidad patrimonial de la Administración viene dotado de naturaleza objetiva, pero cuando nos encontramos ante una prestación pública en el ámbito sanitario la traslación mecánica del principio de objetividad puede provocar resultados no sólo contrarios a un elemental principio de justicia, sino incluso a la concreta función del instituto indemnizatorio, por ello se ha reiterado por la jurisprudencia que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos sociales (SSTS 19 de junio de 2001 y 26 de febrero de 2002); y, por otra

parte, como también ha recordado el Tribunal Supremo (SSTS 19 de junio de 2001 y 4 de marzo de 2006), no basta para que exista responsabilidad patrimonial la apreciación de deficiencias en la atención médica prestada, sino que es necesario, además, que el perjuicio invocado y cuya reparación se pretende sea una consecuencia o tenga como factor causal dicha prestación sanitaria.

Por otra parte, es igualmente conocida la doctrina jurisprudencial conforme a la cual en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión, sino que será preciso acudir al criterio de la "lex artis" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, y si cabe establecer un nexo causal que opere la imputación de responsabilidad a los servicios sanitarios; todo ello con independencia 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 curación o la salud del paciente (STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 13 de julio de 2007).

En consecuencia, el criterio fundamental para determinar la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el de la "lex artis" y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Por lo tanto, el criterio de la "lex artis" es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida ("lex artis"). Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a la responsabilidad exigiendo que no solo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha "lex artis"; de exigirse sólo la existencia de la lesión se produciría una consecuencia no querida por el ordenamiento, cuál sería la excesiva

objetivación de la responsabilidad al poder declararse la responsabilidad con la única exigencia de la existencia de la lesión efectiva sin la exigencia de la demostración de la infracción del criterio de normalidad representado por la "lex artis" (STS de 13 de julio de 2007). Como reiteradamente se ha reconocido por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, el daño indemnizable ha de ser antijurídico y, en caso de daños derivados de actuaciones sanitarias, no basta con que se produzca el daño sino que es necesario que éste haya sido provocado por una mala praxis profesional. Así, la sentencia de 19 de septiembre de 2012, recaída en recurso de casación 8/2010, dice:

“La concepción del carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial que se mantiene por la parte recurrente no se corresponde con la indicada doctrina de esta Sala y la que se recoge en la sentencia de 22 de abril de 1994, que cita las de 19 enero y 7 junio 1988, 29 mayo 1989, 8 febrero 1991 y 2 noviembre 1993, según la cual: «esa responsabilidad patrimonial de la Administración se funda en el criterio objetivo de la lesión, entendida como daño o perjuicio antijurídico que quien lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar, pues si existe ese deber jurídico decae la obligación de la Administración de indemnizar» (en el mismo sentido sentencias de 31-10-2000 y 30-10-2003). Debiéndose precisar que, cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la Lex Artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, 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. Así, la sentencia de 14 de octubre de 2002, por referencia a la de 22 de diciembre de 2001, señala 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, de modo que, aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia postoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste, hoy recogida en el citado artículo 141.1 de la Ley 30/1992, de 26

de noviembre, redactado por Ley 4/1999, de 13 de enero, que no vino sino a consagrar legislativamente a la doctrina jurisprudencial tradicional, cuyo alcance ha quedado aquilatado en este precepto»”.

En el presente caso nos encontramos en presencia de una reclamación formulada el 6 de junio de 2016 en la que el reclamante cuestiona la asistencia que se le prestó el 21 de junio de 2014, en el Centro de Urgencias de..., cuando fue atendido de un infarto agudo de miocardio que le ocasionó lesiones que motivaron el que el INSS, mediante Resolución de 25 de junio de 2015, le declarara en situación de incapacidad permanente en grado de absoluta para todo trabajo.

El interesado considera que su reclamación ha sido interpuesta en plazo, ya que se presentó dentro del año en que las lesiones y secuelas quedaron definitivamente determinadas y reconocidas mediante la declaración de incapacidad del INSS y que tales lesiones, al menos en su gravedad y extensión, fueron causa de una deficiente atención en el Centro de Urgencias de..., de modo que si se le hubiera prestado atención sanitaria inmediata las lesiones y secuelas hubieran sido muy inferiores. En consecuencia, entiende que hubo infracción de la “lex artis” por una mala práctica médica en su atención.

Por el contrario, para la propuesta de Resolución del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, la reclamación debe inadmitirse por haberse presentado fuera del plazo del año en que las secuelas y lesiones quedaron fijadas definitivamente, no siendo adecuada la consideración del reclamante sobre los efectos que atribuye a la declaración de incapacidad por parte del INSS y, subsidiariamente, considera que la reclamación debería desestimarse ya que la atención suministrada al reclamante fue en todo momento adecuada, sin que el retraso de 10 minutos producido en el Centro de Urgencias de..., pueda ser considerado como mala práctica médica, ni causa determinante de la gravedad de las secuelas padecidas.

En relación con la invocada prescripción, tal y como argumenta la propuesta de resolución, debemos indicar que conforme con una reiterada

doctrina jurisprudencial la determinación del “dies a quo” no puede venir condicionado por la fecha en la que la incapacidad fue reconocida por la administración de la seguridad social. En efecto, entre otras, la STS. Sala 3ª, sec. 4ª, de 8 de febrero de 2017 (sentencia nº 207/2017, dictada en el recurso 1135/2015) establece que: “Así es, venimos declarando, que la declaración de incapacidad posterior, en este caso años más tarde, es una decisión administrativa llamada a desplegar su eficacia principalmente en el ámbito laboral y de previsión social y, en todo caso, presupone una previa verificación de todas las consecuencias del accidente, pero ha de estarse como “dies a quo” al momento en que se determine el alcance de las secuelas. En este sentido se pronuncian nuestras sentencias de 29 de abril de 2013 (recurso de casación nº 4002/2012), y de 9 de febrero de 2016 (recurso de casación nº 1483/2014)”.

Como expresamente se recoge en la referenciada STS de 9 de febrero de 2016, “la determinación del alcance concreto de las secuelas no se produce con la propuesta de declaración de incapacidad permanente, de las secuelas previamente establecidas y consolidadas. En este sentido, el Tribunal Supremo (Sentencia de 29 de noviembre de 2011, rec. 4647/2009), ha recordado que «...es doctrina de esta Sala, que debe reiterarse hoy en aras de la necesaria homogeneidad doctrinal e igualdad en el tratamiento de los justiciables, que las resoluciones de minusvalía e incapacidad, no sirven para interrumpir ni para hacer ineficaz el plazo transcurrido correspondiente a una reclamación de responsabilidad patrimonial».

En el presente expediente nos encontramos ante un paciente que, como consecuencia del infarto agudo de miocardio, ha sufrido una lesión o daño permanente, en la que no es previsible la curación en sentido estricto, por lo que la determinación del día inicial, a efectos del cómputo del plazo para la presentación de la reclamación, ha de venir dado por el de la fecha en que se ha determinado el alcance de las secuelas, con independencia de que el padecimiento vaya a ser de por vida. En el caso aquí analizado, el acto generador de las lesiones se agotó en su momento y la lesión siguió un proceso previsible, de modo que una vez realizado el diagnóstico y realizadas las pruebas de la afección coronaria se reconocieron las

limitaciones con las que el paciente va a tener que convivir. No nos encontramos en presencia de un daño continuado en el que las secuelas siguen aflorando y no se encuentran estabilizadas situación que, conforme a la doctrina jurisprudencial, permitiría comenzar a contar de nuevo el plazo del año de prescripción.

El infarto agudo de miocardio que sufrió el reclamante produjo una lesión coronaria de la que no es posible una curación propiamente dicha, “ya que su salud quedó quebrantada de forma irreversible, supuesto en el que entra en juego la previsión legal de que el ejercicio de la acción de responsabilidad ha de efectuarse, siguiendo el principio de la actio nata, desde la determinación del alcance de las secuelas, aun cuando en el momento de su ejercicio no se haya recuperado íntegramente la salud, por cuanto que el daño producido resulta previsible en su evolución y en su determinación y, por tanto, cuantificable” (STS de 18 de enero de 2008, rec. 4224/2002).

Del expediente administrativo se deriva con claridad que el infarto agudo de miocardio que sufrió el reclamante se produjo el 21 de junio de 2014, que el motivo que fundamenta su reclamación es, a su juicio, la inadecuada atención que se le prestó en el Centro de Urgencias de..., motivada por el retraso en su primera atención y por deficiencias en las maniobras de reanimación (ausencia de apertura de vía aérea y venosa), lo que determinó que la lesión cardíaca fuera de mayor intensidad.

De tal patología fue posteriormente tratado por la Unidad Coronaria del..., implantándole un balón intraaórtico de contrapulsación que fue posteriormente retirado. El 25 de junio de 2014, se le realizó un estudio ecocardiográfico transtorácico en el que se objetivó la presencia de una aquinesia de la cara anteroseptal y de tercio distal de cara inferolateral, con hipercontrastalidad del resto de segmentos, con función ventricular izquierda deprimida, muestra FEVI (Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo) del 35 por 100. El paciente fue dado de alta el 14 de julio de 2014. El 18 de marzo de 2015 se repitió el estudio ecocardiográfico para valorar la evolución de la función ventricular, permitiendo una disfunción similar al alta

con FEVI del 33 por 100. El 20 de junio de 2016, se le realizó una resonancia magnética cardiaca en la que se confirma la presencia de disfunción ventricular izquierda, con FEVI del 30 por 100.

De tales hechos se demuestra que las lesiones y las secuelas producidas por el infarto agudo de miocardio y, en su caso, por la inadecuada atención sanitaria que el reclamante imputa a los facultativos del Centro de Urgencia de..., quedaron estabilizadas desde el momento en que el 4 de julio de 2014 se le dio el alta médica en el... Los resultados de las pruebas practicadas con posterioridad, en el normal seguimiento del paciente por parte de los facultativos del SNS-O, ponen de manifiesto que nos encontramos en presencia de un daño permanente que generó, en aquel momento, un deterioro cardiaco definitivo, posición que se ve reforzada por el informe pericial emitido por el doctor don... para la asesoría médica ..., en el que se manifiesta que “no ha lugar a estimar un tiempo de estabilización en los hechos reclamados. La unidad para hablar de muerte tisular es de minutos, es decir, que aunque se acreditara la existencia de un retraso en la atención dispensada, esta hubiera podido suponer una agravación de las secuelas, por un aumento en la extensión del tejido infartado, pero no un aumento en el periodo de estabilización. En cualquier caso, y más allá de que no se considere que los hechos hayan aumentado el tiempo de estabilización de las secuelas, estas se estima que quedarían establecidas 120 días después de los hechos objeto de reclamación, esto es en torno al día 18/10/2014”.

La estabilización de las lesiones se ponen de manifiesto en la propia resolución de incapacidad otorgada por el INSS, cuando, como reconoce el propio reclamante en su escrito de 29 de junio de 2016, determina el siguiente cuadro residual: “IAM anterior extenso con parada extrahospitalaria, por esfuerzo. De 1 vaso DA con stent eficaz (jun. 14). Disfunción del VI que persiste en eco de mar-15. Esclerosis múltiple recurrente con brote cerebeloso (nov-14) en Ho de segunda línea”.

Situaciones similares a la aquí analizada han sido tratadas y resueltas por la jurisprudencia reconociendo las lesiones originadas por infarto agudo

de miocardio como daños permanentes de carácter irreversible e incurable a los efectos de declarar la prescripción de la reclamación. A título meramente indicativo puede señalarse la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León (Valladolid), Sala de lo Contencioso-Administrativo, sección 3ª, de 19 de noviembre de 2014, nº 2341/2014, rec. 1600/2011, en la que se indica que: “Aplicando esta doctrina al caso de autos nos encontramos ante un supuesto de daño permanente y no de daño continuado, y el plazo de ejercicio de la acción comienza a partir de agosto de 2008, en que se da de alta al paciente del Hospital Nuestra Señora de Sonsoles tras sufrir infarto de miocardio, y ser diagnosticado de forma definitiva, por el servicio de cardiología del Hospital Clínico Universitario de cardiopatía isquémica, infarto de miocardio inferior, fibrinólisis efectiva con TNK.Killip máximo 2. Enfermedad coronaria de 3 vasos y territorios secundarios revascularizada de forma adecuada mediante implante de Stent Convencional sobre coronaria derecha. Función ventricular levemente deprimida (FE 50%). Esto es la fecha en la que la patología de la paciente se diagnostica y sus secuelas quedan establecidas y consolidadas”.

En definitiva, resulta acreditado que al momento de formularse la reclamación de responsabilidad patrimonial (6 de junio de 2016), había transcurrido sobradamente el plazo máximo de un año desde que las secuelas y lesiones producidas por el infarto agudo de miocardio habían quedado definitivamente establecidas (14 de julio de 2014 fecha del alta o 18 de octubre de 2014, según informe emitido por el doctor... para la asesoría médica...). En consecuencia, la reclamación interpuesta debe ser inadmitida por extemporánea, lo que exonera a este Consejo de Navarra del análisis de la pretensión formulada con carácter subsidiario.

III. CONCLUSIÓN

El Consejo de Navarra considera que la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por don..., por daños y perjuicios derivados del funcionamiento de los servicios sanitarios prestados por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea debe ser inadmitida al haberse interpuesto fuera del plazo legalmente establecido para ello.

En el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.