



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 4 1 6 / 2 0 1 3

(Sección 1ª)

La Laguna, a 27 de noviembre de 2013.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por M.N.B.F., por el fallecimiento de su esposo J.M.H.H., como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 432/2013 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad, es la Propuesta de Resolución del procedimiento de exigencia de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado por la reclamación de M.N.B.F. de una indemnización por el fallecimiento de su marido cuya causación imputa al funcionamiento anormal del servicio de asistencia sanitaria pública que presta aquél.

2. Atendiendo a la fecha de presentación de la reclamación, la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad para solicitarlo resultan de los arts. 11.1.D.e) -en su redacción anterior a su modificación por la Ley 5/2011, de 17 de marzo- y 12.3 de la Ley del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en relación el primer precepto con el art. 12, de carácter básico, del Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial (RPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

3. La reclamación no es extemporánea porque se ha presentado dentro del plazo fijado en el art. 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico

* **PONENTE:** Sr. Fajardo Spínola.

de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

4. Conforme al art. 13.3 RPRP el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que se ha superado ampliamente en este procedimiento; sin embargo, esta circunstancia no impide que se dicte la resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 LRJAP-PAC en relación con los arts. 43.3.b) y 142.7 de la misma.

5. En la tramitación del procedimiento no se ha incurrido en defectos procedimentales que impidan un Dictamen sobre el fondo del asunto.

II

1. La reclamante, como fundamento de su pretensión resarcitoria alega los siguientes hechos:

Su marido, beneficiario de la asistencia sanitaria pública que presta el Servicio Canario de la Salud (SCS) acudió el 22 de diciembre de 2009 al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Nuestra Señora de Guadalupe por sufrir dolor en el tórax que se intensificaba con la respiración. Tras ser examinado físicamente y practicarle pruebas médicas le dieron el alta ese mismo día con la recomendación de que guardara reposo relativo y tomara Espidifen 600 mg. cada ocho horas y una cápsula de Omeprazol 40 mg. al día.

Dos días después, el 24 de diciembre de 2009, su marido falleció de un infarto de miocardio. La reclamante imputa el fallecimiento de su marido a la mala actuación profesional de la doctora porque no le realizó una exploración profunda y efectiva y porque no le realizó ninguna prueba para averiguar el origen del dolor torácico.

2. La reclamante no aporta ningún informe médico que pruebe sus afirmaciones.

3. En el expediente está acreditado que la exploración física del paciente, un varón de 50 años de edad, estableció que el aparato cardiovascular presentaba ruidos cardíacos rítmicos, el aparato respiratorio el murmullo vesicular conservado sin estertores, la tensión arterial con valores 107/53, y la frecuencia cardíaca de 72.

4. En la exploración física el paciente no presentaba sudoración fría, náuseas y vómitos, conjunto de síntomas denominado cortejo vegetativo y que suelen acompañar al dolor anginoso asociado a un infarto de miocardio. Tampoco presentaba irradiación del dolor a alguno de los brazos.

5. También está acreditado que se le realizaron un electrocardiograma (EKG) y una radiografía (Rx) de tórax que no acusaron alteraciones cardíacas. Igualmente se le hizo una analítica de sangre que incluyó la determinación de las enzimas cardíacas. Esta bioquímica de los marcadores cardíacos dio los siguientes valores:

Creatinquinasa (CK actividad) suero 46.00 VI/L.

Troponina I suero 0.01 microgramos/L.

6. Bajo el diagnóstico de sospecha dolor torácico se le recomendó reposo relativo así como observación domiciliaria y que ante cualquier sintomatología acudiera al Servicio de Urgencias. Como tratamiento farmacológico se le pautó Espidifen 600 mg. cada ocho horas y una cápsula de Omeprazol 40 mg. al día. Se le dio el alta a las 17:07 horas.

7. El paciente no volvió a demandar la asistencia sanitaria del SCS.

8. El informe del levantamiento del cadáver expresa que la última vez que fue visto con vida por sus vecinos fue a las 21 horas del 23 de diciembre de 2009.

9. El informe de autopsia establece como fecha del óbito el 24 de diciembre de 2009 y como hora aproximada las 8-9 de la mañana. Este informe señala que el fallecido presentaba un golpe frontal derecho, cuya causa probable fue una caída, y necrosis masiva del ventrículo izquierdo, y establece como causa de la muerte un infarto de miocardio.

10. El informe de la facultativa del Servicio de Inspección, elaborado a la vista de la documentación clínica e informes médicos de su Historia Clínica y del informe de autopsia, sienta estas conclusiones:

“1.c.- La reclamante expone que ha existido una mala actuación de los servicios sanitarios, al no haberse realizado una exploración «más profunda y efectiva», sin concretar en qué debió consistir la misma.

2.c.- Frente a la afirmación anterior, observamos en la Historia Clínica que al paciente se le realizó, además de la exploración física, pruebas complementarias que pudieran descartar el origen isquémico del dolor torácico referido, EKG, Rx de Tórax, analítica que incluye la determinación de los marcadores cardíacos.

Un diagnóstico cierto de infarto de miocardio debe reunir el cumplimiento de, al menos, dos de los tres criterios siguientes:

a.- *Clínica de dolor precordial característico. Un dolor anginoso típico generalmente es opresivo, retroesternal o precordial con irradiación a brazo izquierdo, derecho y/o mandíbula, con una duración inferior a 20 minutos. Desencadenado con el ejercicio o estrés. Mejora con el reposo y la nitroglicerina sublingual, y no varía con los movimientos respiratorios ni la postura. Además suele asociarse a cortejo vegetativo (sudoración fría, náuseas y vómitos). En el caso de infarto el dolor con estas características tiene más duración y no cede con el reposo ni con la administración de nitroglicerina.*

En el presente caso, las características no apuntaban a dolor anginoso. Se relata dolor torácico desde la noche anterior, que se intensifica con la respiración y al estar acostado y no manifestó cortejo vegetativo. El dolor torácico es un síntoma cuya causa no sólo es de origen cardíaco, también puede ser debido a causas vasculares, pulmonares, gastrointestinales, músculo esqueléticas y otras.

b.- *Imágenes EKG de infarto agudo de miocardio, alteraciones de ST y onda T. En la Historia Clínica no se describe estas alteraciones en el EKG realizado.*

c.- *Elevación de las enzimas cardíacas. En el presente caso se describen como normales.*

En relación a este apartado, centrémonos en el relato del paciente sobre el inicio del dolor. Manifiesta que se inició «la noche anterior» y la demanda al servicio de urgencias es a las 15: 44 horas. Aunque la expresión «noche anterior» es imprecisa, si se ubica a las 12 de la noche habían transcurrido 15 horas, pero en cualquier caso la expresión sitúa el inicio del dolor en un periodo superior a 8 horas.

Después de la llegada a urgencias, esto es, después de las 15:44 horas, la determinación de Troponina I en suero era normal, 0.01 microgranos/L .

En el caso de patología cardíaca, las concentraciones de Troponina I en plasma se observan aumentadas entre 4 y 6 horas del inicio de los síntomas, alcanzan el máximo valor a las 10-12 horas y se mantienen hasta 6-8 días después. La Troponina es el único marcador 100% específico de lesión cardíaca como es el caso de infarto, síndrome coronario agudo, angina inestable, miocarditis o insuficiencia cardíaca congestiva. Cualquier afección clínica que ocasione una lesión cardíaca, incrementará los niveles plasmáticos de la Troponina I, que no fue el caso en la asistencia en urgencias en fecha 22 de diciembre de 2009.

Dentro de los marcadores de daño de miocardio se eleva precozmente la mioglobina pero dado a que se normaliza a las 12 horas y que no es cardioespecífica

no parece de interés en el presente caso, sí la CK que se eleva a las 4-6 horas y permanece elevada durante 2-3 días y la Troponina como se ha expuesto.

Se añade que los marcadores cardíacos se consideran elevados cuando los valores exceden más de 3-5 veces el umbral de la normalidad.

Por tanto, este servicio discrepa con la afirmación de la reclamante de «mala actuación» en relación a este paciente en la fecha 22 de diciembre de 2009. En la valoración realizada en esa fecha no reunía los criterios de IAM. Se añade que en el momento de alerta al 112, el 24 de diciembre, se expresa «le ha dado algo», que parece una expresión más de un acontecimiento súbito que de una situación mantenida.

Se añade, que se le aconsejó al paciente en el momento del alta en el servicio de urgencias, que ante cualquier sintomatología acudiera a urgencias; no obstante, no demanda asistencia sanitaria en el periodo que media entre esta asistencia y el día de su fallecimiento que acontece a los dos días después.

3.c.- La actuación en el servicio de urgencias del Hospital Ntra. Sra. de Guadalupe en fecha 22 de diciembre de 2009 en relación a la asistencia prestada a J.M.H.H.; durante el periodo 13:44 - 17:07 horas se ajustó a los protocolos actuales, por lo que no cabe exigir responsabilidad patrimonial en relación con el fallecimiento acaecido dos días más tarde secundario a IM".

III

Un dolor torácico no es un síntoma que esté asociado única y exclusivamente a un infarto de miocardio. Puede obedecer a muchas otras causas como lo acredita el hecho de que en la Historia Clínica del fallecido figure que acude el 8 de septiembre de 2009 a su médico de familia de su Centro de Salud por dolor torácico (véase página 107 del expediente).

El dolor torácico que padecía cuando acudió al Servicio de Urgencias el 22 de diciembre de 2009 no estaba asociado a un infarto de miocardio en curso porque no iba acompañado de cortejo vegetativo ni de irradiación a uno de los brazos. Además ese dolor no varía con los movimientos respiratorios y es persistente. En el caso del fallecido variaba con la respiración y con las posturas adoptadas. Tampoco era persistente porque, desde las 15:44 horas del 22 de diciembre a las primeras horas de la mañana del 24 de diciembre en que falleció, no volvió a demandar asistencia

sanitaria. Por último un infarto masivo como el que padeció el fallecido no está evolucionando durante más de cuarenta y una horas.

La radiografía de tórax no acusó ninguna anormalidad. El electrocardiograma tampoco acusó ninguna alteración cardíaca. La analítica que se le realizó para determinar si se habían incrementado los valores de las enzimas cardíacas creatinquinasa y troponina, incremento que es signo inequívoco de lesiones cardíacas, proporcionaron unos valores normales.

Estos hechos acreditados médicamente permiten alcanzar estas tres conclusiones:

Al marido de la reclamante se le practicaron todos los exámenes y pruebas médicas pertinentes ante la sospecha de infarto de miocardio suscitada por el dolor torácico que presentaba.

Esos exámenes y pruebas médicas permitieron descartar irrefutablemente que el paciente padeciera un infarto de miocardio en evolución.

El infarto de miocardio masivo que causó su óbito se presentó sorpresivamente.

De donde se sigue que no se corresponde con la realidad las afirmaciones de la reclamante consistentes en que la doctora del Servicio de Urgencias del Hospital no le realizó una exploración profunda y efectiva ni encargó pruebas médicas para averiguar el origen del dolor torácico, afirmaciones de las que aquella deriva la conclusión de que esa deficiente asistencia sanitaria fue la causa del fallecimiento de su marido.

La asistencia sanitaria fue conforme a la *lex artis ad hoc*, porque al paciente se le realizaron los exámenes y pruebas médicas conducentes a determinar si el dolor torácico estaba asociado a un infarto de miocardio en evolución, pruebas que dieron un resultado negativo incontestable, por lo que no se puede imputar el resultado de muerte a dicha asistencia la cual es completamente ajena a la producción de éste.

El primer requisito lógico y jurídico para que un sujeto responda por un daño consiste en que entre la actividad de aquél y éste exista una relación de causalidad (art. 139.1 LRJAP-PAC). Como no existe nexos causal entre la asistencia prestada al marido de la reclamante y su óbito, es obligado concluir junto con la propuesta de resolución en que procede la desestimación de la pretensión resarcitoria.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución es conforme a Derecho.