



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº **227/2011**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 9 de noviembre de 2011, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Ilmo. Sr. Secretario General de la Consejería de Sanidad y Consumo (por delegación de la Excma. Sra. Consejera), mediante oficio registrado el día 28 de enero de 2011, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **26/11**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 9 de mayo de 2008, x presentó escrito de reclamación patrimonial dirigido al Servicio Murciano de Salud (SMS) con motivo del fallecimiento de su esposo x tras ser asistido en el hospital "*Santa María del Rosell*", de Cartagena.

En síntesis, en su escrito expresa lo siguiente: x ingresó en el hospital "*Santa M.^a del Rosell*", para valoración por el Servicio de Nefrología, el 4 de abril de 2007, derivado desde el hospital "*Los Arcos*" (donde había ingresado el día anterior) por no mejorar de la insuficiencia renal, hipotensión y los edemas que presentaba. En aquel hospital le informan que los problemas se deben a la insuficiencia cardíaca que padece el paciente; durante su ingreso le va disminuyendo progresivamente la saturación respiratoria, teniendo esputos sanguinolentos, con agravamiento de la fatiga, avisando al neumólogo, que le coloca una BIPAC, encargándose un familiar de controlar la mascarilla respiratoria y la saturación, colocándosele en la UCI una vía central, unidad a la que volvió después, ante el empeoramiento de su estado, y en donde advierten una sepsis pulmonar, si bien es enviado nuevamente a planta el 29 de abril de 2007; continúa la reclamante señalando que los facultativos les informaban que el paciente estaba bien, aunque la familia advertía que expresaba a veces frases sin sentido, que orinaba menos y volvía a tener edemas en piernas, brazos y cara, indicándole la facultativa que la diuresis era aceptable, siéndole administradas nebulizaciones durante varios días, utilizando el mismo vaso; posteriormente se coloca al paciente una sonda vesical; durante su estancia el

paciente va empeorando progresivamente en su diuresis, sufriendo desorientación y agitaciones; el 8 de mayo de 2007 se le traslada a la UCI, donde fallece el 11 siguiente. Señalan que en el informe de alta por exitus se indica que el paciente contrajo dos infecciones hospitalarias. Consideran que por tales infecciones y por una asistencia sanitaria negligente se dio lugar al fallecimiento del paciente, sin que existieran, además, los preceptivos consentimientos informados para su tratamiento. Por todo ello, reclama una indemnización de 120.000 euros como resarcimiento por el daño moral producido.

A su escrito adjunta diversa documentación y solicita la incorporación al expediente de la historia clínica, informes de los sanitarios que atendieron al paciente e informe de las infecciones producidas en los quirófanos del hospital y pacientes afectados en el periodo de 29 de abril a 11 de mayo de 2007; además, señala que, una vez incorporados al procedimiento los citados informes, presentará informe pericial de médicos especialistas.

SEGUNDO.- Con fecha 19 de mayo de 2008, el Director Gerente del SMS dictó resolución de admisión a trámite de la reclamación, lo que fue notificado a los interesados, requiriéndose a los citados hospitales la respectiva historia clínica del paciente y la emisión de informes de los facultativos que lo asistieron, así como, en el caso del hospital "Santa M.^a del Rosell", informe sobre las infecciones producidas en los quirófanos en el periodo en que el señor x fue asistido.

TERCERO.- Desde el hospital "Los Arcos" se remitió la historia clínica del paciente e informe de 11 de junio de 2008 de la doctora x, adjunta del Servicio de Cardiología, en el que expresa lo siguiente:

"Me ratifico en el informe emitido en su día, 04/04/2007 (el informe clínico de traslado), así como en el tratamiento iniciado y en la decisión del traslado del paciente a hospital de referencia para control y tratamiento por Nefrología, dada la patología basal del paciente (estenosis mitral reumática moderada e insuficiencia renal crónica reagudizada con aclaración de creatinina de 16ml/min.), dado que en caso de no iniciar diuresis adecuada con el tratamiento indicado podría haber precisado diálisis, dado que la sobrecarga de volumen en caso de persistir oliguria podía provocar insuficiencia cardíaca refractaria a los medios de que disponemos en nuestro hospital".

CUARTO.- Mediante oficio de 13 de junio de 2008, el Director Gerente de Atención Especializada del hospital "Santa M.^a del Rosell" remite la historia clínica del paciente. En informe de 19 de junio siguiente, señala que *"no existe constancia de infecciones producidas en los distintos quirófanos durante el periodo del 29 de abril al 11 de mayo de 2008"* (debe querer decir 2007).

QUINTO.- Mediante oficio de 2 de julio de 2008, dicho Director remite informe del día 1 anterior del doctor x, del Servicio de Cardiología, que expresa lo siguiente:

"El paciente ingresa a nuestro cargo el día 07-04-07 desde el Servicio de Nefrología previa hoja de consulta con fecha del 06-04-07, con dx. de insuficiencia renal crónica reagudizada por insuficiencia cardíaca.

Se inician las medidas terapéuticas oportunas para el tratamiento de su fracaso cardíaco, con mejoría clínica y analítica del paciente.

Que durante el ingreso en S. Cardiología se interconsultó a otros especialistas (Reumatología y Neumología) para solventar los problemas de otras especialidades que fueron apareciendo durante los días de ingreso.

Durante su estancia en nuestro servicio fue valorado periódicamente por Nefrología.

El día 19-04-07 ingresa en UCI para acceso venoso central por imposibilidad de acceso venoso periférico con la finalidad de mejor manejo de fluidos y medición de presión venosa central.

Posterior al alta de UCI presenta dificultad respiratoria a pesar de VMNI (ventilación mecánica no invasiva), por lo que se decide ingreso en UCI a las pocas horas del alta, esta vez por motivos clínicos.

A partir de dicha fecha (19-04-07) el paciente ya continúa su ingreso y tratamiento a (en) otros servicios. Prestando nuestra valoración en momentos puntuales según consultas de los facultativos responsables".

SEXTO.- A petición de la instrucción, y en diferentes fechas, el Director del citado hospital remitió el protocolo de actuación del centro para la administración de nebulizadores, el protocolo de actuación para la implantación de catéter intravenoso central del Servicio de Medicina Intensiva, y diversos informes de otros Servicios que atendieron asimismo al paciente,

los cuales procede sistematizar así:

1. Informe del Servicio de Medicina Interna-Infecciosas (Dra. x), de 24 de marzo de 2009, que resume todo el proceso asistencial, expresando lo siguiente:

"Paciente ingresado en Hospital Rosell desde el 3/04/2007 a cargo de Nefrología, el 6/04 pasa a cargo de Cardiología, desde donde se consulta a UCI el 19/04, quedando ingresado y siendo alta a planta el día 29/04. Queda ingresado a cargo de Medicina Interna-Infecciosas (MIF).

Aporto informe de alta de MIF donde se explica extensamente todo el proceso del paciente y la evolución hasta su segundo ingreso en UCI.

Resumen: EPOC severo, HT pulmonar severa, estenosis mitral moderada, fibrilación auricular crónica por la que el paciente rechazó ser anticoagulado, neumectomía izquierda con bronquiectasia y bronconeumonías de repetición, AIT previo, insuficiencia renal crónica (creatinina 1.6 en mayo 2002), como antecedentes de mayor gravedad.

El paciente consultó en Urgencias del Hospital Los Arcos el 1/04/2007 por edemas de casi 1 mes de evolución y dolor agudo en hombro derecho. Se le prescribieron Aines, siendo alta, presentando empeoramiento de la clínica con aumento de los edemas y reagudización de insuficiencia renal de base, con AINES como factor desencadenante. Fue derivado para ingreso en este hospital previo contacto con Nefrología, a cargo de quien estuvo, y posteriormente pasó a cargo de Cardiología. Al sufrir deterioro respiratorio importante ingresa el 19/04 en UCI, siendo alta a planta el 29/04 con diagnóstico principal de bronconeumonía nosocomial. Ya en este informe queda constatado el mal pronóstico del paciente y que a pesar de mejorar (los edemas no desaparecen) con diuréticos, no ocurre lo mismo con la clínica de insuficiencia cardíaca. Así mismo se constata que los edemas persisten y se desplazan a partes declives, y que empeora la retención de CO₂, pudiendo entrar en fallo respiratorio y precisar ventilación mecánica invasiva. A partir del 23/04 permanece estable hemodinámicamente y mejoran los parámetros gasométricos, por lo que se decide alta a planta, donde pasa a cargo de MIF el 29/04.

En el informe de alta por precisar nuevo traslado a UCI el 8/05, se especifica la evolución del paciente en planta y el motivo de traslado nuevamente a UCI. Tal y como consta en la Historia clínica realizada por mí el 29/04, en la exploración física el paciente presenta desorientación temporoespacial, pero está consciente y conversa con normalidad, está taquipneico con cianosis labial y edemas palpebrales y pretibiales, ingurgitación yugular y

reflujo hepatoyugular notables, ausencia de flapping, por lo que inicié de nuevo furosemida intravenosa (lo llevaba por vía oral) para conseguir balance negativo de líquidos. Es decir, la clínica de insuficiencia cardíaca no había mejorado, aunque las cifras de creatinina eran normales y no había oligoanuria.

Del día 29 al 30 es valorado por distintos facultativos de guardia y se le practican varias gasometrías, no valorándose la necesidad de ventilación de soporte. Se le explica a la familia por parte de los mismos la situación clínica, por qué el paciente está desorientado y su pronóstico, dejando constancia del bajo nivel de confianza en el personal sanitario que manifiesta la familia. En los días posteriores el paciente mantiene balances hídricos equilibrados, con diuresis aceptables y evolución respiratoria favorable, aunque sin modificar el pronóstico de base y así se lo informo a la familia, la cual rechaza mis explicaciones y me dice que no está de acuerdo con el tratamiento. En ningún momento el paciente presenta clínica ni analíticamente dato de infección, aunque los días 4 y 5 tiene 37°C. Dejo constancia en hoja de evolución de las demandas familiares, como que el paciente sea valorado por Neurología, a pesar de las constantes explicaciones por parte mía de que no existen criterios para tal consulta, puesto que se trata de un problema metabólico y respiratorio. Sí se realiza interconsulta a Nefrología el 4/05, comentando el paciente personalmente. Internista de guardia deja reflejado en hoja de evolución la madrugada del 5/05 que le avisan de nuevo porque la familia está en desacuerdo con la evolución del paciente y que "antes estaba perfectamente". Así mismo deja reflejado (texto literal): "Pregunta cosas absurdas: cómo respirar, cómo dormir, no sabe hacer crucigramas, cuando antes de este ingreso sí los realizaba, desearía saber si es por una trombosis cerebral...", de nuevo solicitan consulta con Neurología. De nuevo se le explica a la familia el cuadro clínico del paciente, quedando "...sólo un poco más conforme." La tarde del 5/05 se avisa de nuevo a internista de guardia por empeoramiento respiratorio y disminución franca de la diuresis. Intensifica oxigenoterapia y diuréticos. Es asistido de nuevo durante las siguientes 24 horas al no haber respuesta favorable de la diuresis, siendo el tratamiento ajustado de nuevo. A pesar de llevar drogas vasoactivas el paciente no mejora, por lo que conjuntamente con Nefrología y a pesar de estar el paciente desestimado de diálisis por la grave patología de base, se decide consultar nuevamente con UCI, que acepta el ingreso. Dejo constancia en hoja de evolución, ante la actitud de la familia de la no aceptación del pronóstico vital del paciente por su parte, del que se les había informado en multitud de ocasiones, de la acusación directa verbal que se me hace de haber estado informándoles que el paciente estaba bien, en contradicción clara con la realidad. En ningún momento les informé que el paciente tuviera expectativas favorables en su evolución. Fallecimiento en días posteriores en UCI. La familia rechaza autopsia del paciente."

Del informe de alta del Servicio de Medicina Interna-Infecciosas (para el posterior ingreso en UCI del paciente) al que se refiere la informante, se destaca lo siguiente:

"Evolución: (...) se valoró la situación clínica del paciente como estable a pesar del mal pronóstico de la pluripatología de base, sobre todo condicionada por fracaso cardíaco derecho crónico e hipertensión pulmonar severa que dificultan el manejo farmacológico de los líquidos

corporales, por lo cual se realizó interconsulta a Nefrología. En la evolución posterior el paciente presentó reagudización de insuficiencia respiratoria y disminución de la diuresis, entrando en oligoanuria e hipotensión, iniciándose tratamiento con drogas vasoactivas. Ante la falta de respuesta, a pesar del mal pronóstico de base y de haber sido descartado por Nefrología como candidato a diálisis, se consulta de nuevo con UCI, que acepta el reingreso.

Juicio Clínico:

Shock de probable origen cardiogénico.

Insuficiencia renal crónica reagudizada refractaria a tratamiento.

Insuficiencia respiratoria crónica global reagudizada.

Encefalopatía hipercápnica.

Neumonía nosocomial.

Epoc severo. Cor pulmonale.

Hipertensión pulmonar.

Bronquiectasias.

Insuficiencia cardíaca congestiva.

Estenosis mitral moderada.

Insuficiencia tricuspídea severa.

AC x FA crónica (no anticoagulado)

Antiguo ACV de territorio posterior.

Hepatopatía crónica. Infección por HCV.

Polineuropatía sensitivo-motora.

Síndrome prostático.

Se traslada a UCI (08/05/07)."

2. Informe del Servicio de Medicina Intensiva -UCI- (Dr. x), de 23 de diciembre de 2008, que expresa lo siguiente:

*"En relación con la reclamación presentada le comunico que el paciente estuvo ingresado en nuestro Servicio desde el 08/05/07 al 11/05/07. Previamente había ingresado el 19/04/07 por dificultad en el control de la ventilación mecánica no invasiva en planta, siendo dado de alta el 29/04/07 después de haber sido estabilizado durante dichos días. Posteriormente, como se señala en el informe clínico que adjuntamos y después de haber llevado durante las primeras 48-72 horas una buena evolución, presenta fracaso renal oligoanurico e hipotensión arterial. El enfermo, como se relata en el informe, lleva una mala evolución, falleciendo finalmente el día 11 de mayo. Se emitió un informe de alta con los diagnósticos pertinentes. No tengo constancia de un segundo informe enviado a los ocho meses en el que se dice que aparece cambiado y subrayado con anotaciones a mano; en dicho informe se dice que se ha cambiado el diagnóstico principal de fracaso renal agudo y shock no filiado y está anotado a mano también descartar sepsis por catéter central. Si se analizan los diagnósticos del informe emitido a su alta, se ve que se hace constar que existía un fracaso multiorgánico con fracaso renal agudo oligoanúrico y shock séptico en relación por infección de catéter venoso central e infección respiratoria por *Cándida Guillermondii*. Por nuestra parte, en lo que se refiere a su estancia en la UCI, creo que se han seguido los pasos adecuados en cuanto a diagnóstico y tratamiento. No estoy en condiciones de opinar sobre lo acontecido previo a su ingreso en nuestra Unidad."*

Del informe de alta del referido Servicio, por fallecimiento del paciente, a que se refiere el informante, se destaca lo siguiente:

"Evolución: a su ingreso en UCI, se intensifica sueroterapia y se inicia tratamiento con drogas vasoactivas (dobutamina y noradrenalina), además de dopamina diurética y perfusión de furosemida iv. Se realiza ecocardiografía, no encontrándose datos nuevos con respecto a los previos. No derrame pericárdico. Se cambia vía central tras corrección de la coagulopatía y se cursan cultivos de punta de catéter previo, secreciones, urocultivo y hemocultivos. Tras esto, se inicia tratamiento empírico con linezolid y ceftriaxona.

Situación de shock refractario al tratamiento, con sobrecarga de volumen iv y drogas vasoactivas, noradrenalina y dobutamina, en progresivo ascenso y fracaso renal agudo anúrico. En este contexto se decide intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica y posteriormente se inicia hemodiafiltración venovenosa continua a través de catéter canalizado en vena femoral izquierda. Se mantiene desde entonces sedado y analgesiado.

Empeoramiento progresivo refractario al aumento al tratamiento con aumento de drogas vasoactivas, leucopenia y persistencia de la coagulopatía, trombopenia e hipoglucemia con discreto aumento de las transaminasas, bilirrubina y fosfatasa alcalina. En esta situación clínica de fracaso multiorgánico, presenta bradicardia progresiva hasta asistolia refractaria a medidas de reanimación cardiopulmonar, falleciendo a las 07:50 h. del día 11 de mayo de 2007. Se

*solicita estudio postmortem a la familia, siendo rechazado. Nota: en los días siguientes se recibe resultado de los cultivos cursados, hallándose cultivo de secreciones bronquiales y de punta de catéter central yugular izquierdo positivo a *Cándida guilliermondii*, urocultivo y hemocultivo bacteriológico negativo.*

Diagnóstico principal:

*Shock séptico. Infección de catéter intravenoso central y respiratorio por *candida guilliermondii*. Fracaso multiorgánico con fracaso renal agudo oligoanúrico, trombopenia, coagulopatía, exitus.*

Diagnósticos asociados:

- * Insuficiencia cardíaca congestiva*
- * Broncopatía crónica obstructiva*
- * Neumectomía izquierda*
- * Estenosis mitral moderada con hipertensión pulmonar*
- * Fibrilación auricular crónica (no anticoagulada)*
- * Insuficiencia renal crónica leve*
- * VHC Positivo*
- * Polineuropatía sensitivo motora*
- * Síndrome prostático*
- * Hiperuricemia*
- *Alérgico contrastes iodados".*

Como complementarios a los anteriores, deben tenerse en cuenta los siguientes informes:

3. Informe del Servicio de Nefrología (Dra. x) de 14 de octubre de 2008, del que se destaca lo siguiente:

"La anuria y el empeoramiento secundario de función renal, tal y como comentamos en aquel momento, eran secundarios a su patología cardiorrespiratoria de base, agravada por infección intrahospitalaria interrecurrente (lo cual es frecuente en estos pacientes "absolutamente inmunodeprimidos" que además precisan una "terapia de mantenimiento invasiva").

En aquel momento, la refractariedad de la situación hemodinámica, a pesar de drogas vasoactivas, hacía asimismo "imposible" la ejecución de técnicas de depuración extrarrenal (de lo cual también se informa a la familia). Por tanto, desde el prisma nefrológico, se agotan las opciones diagnóstico-terapéuticas".

4. Informe del Servicio de Neumología (Drs. x, y) de 23 de octubre de 2008, del que se destaca lo siguiente:

"El paciente fue valorado por Neumología en cuatro ocasiones en 24 horas (entre las 19:39 hh del 18 de abril y las 18:05 horas del 19 de abril).

Posteriormente el paciente sigue su evolución en UCI y planta de Medicina Interna, no requiriéndose seguimiento por nuestra parte:

Nuestra actuación puede resumirse en:

1. Añadir ventilación mecánica no invasiva ante el agravamiento de la insuficiencia respiratoria.

2. Añadir tratamiento antibiótico ante la aparición de infiltrado radiológico compatible con neumonía.

3. Proponer el ingreso en UCI ante el agravamiento radiológico y la necesidad de

monitorización continua de la ventilación no invasiva".

SÉPTIMO.- Obra en el expediente dictamen médico de 10 de mayo de 2009, aportado por la compañía aseguradora del SMS, realizado colegiadamente por varios especialistas en Medicina Interna, en el que se concluye:

"1. El fallecimiento del paciente se produjo como consecuencia de la evolución conjunta y desfavorable de sus múltiples enfermedades crónicas, que en el momento del ingreso se encontraban ya en una fase muy avanzada (algunas de ellas en fase terminal).

2. No se ha apreciado ningún argumento para apoyar una mala práctica médica. Todos los procedimientos se ajustaron a la lex artis.

3. Se puede afirmar, de hecho, que gracias al seguimiento y tratamiento del que se benefició el paciente, su supervivencia se prolongó por encima de lo esperable.

4. No podemos analizar con la información disponible la parte de la reclamación que se relaciona con la posible modificación del informe de UCI. Desde un punto de vista médico este aspecto no es trascendente.

Determinar el peso de la infección por catéter en el fallo multiorgánico final no es posible. Sin embargo, la presencia o no de este factor no implica mala práctica médica, ni un desenlace diferente del proceso".

OCTAVO.- Solicitado informe a la Inspección Médica del SMS, fue emitido el 22 de febrero de 2010, con las siguientes conclusiones:

"1. Paciente con pluripatología y comorbilidades elevadas que ingresa por empeoramiento de su patología de base, que afectaba a múltiples órganos (pulmón-corazón, hígado, riñón, sistema nervioso central, sangre...). Durante su ingreso mejora la función renal pero no la insuficiencia cardíaca, apareciendo además sobreinfección respiratoria y posterior empeoramiento multiorgánico que origina el exitus del paciente.

2. La asistencia sanitaria prestada fue correcta, siendo valorado por múltiples facultativos de diferentes especialidades según sus necesidades y empleando todos los medios

disponibles para la resolución de su proceso.

3. Los procesos infecciosos que ha padecido y la evolución de los mismos se enmarcan o tienen su origen, más que en la asistencia sanitaria recibida por el paciente, en las características particulares del mismo, afectación multiorgánica severa reagudizada y refractaria a los sucesivos tratamientos. Los gérmenes implicados en estos procesos no pueden ser considerados típicamente nosocomiales, infección respiratoria por un germen frecuente en la flora de pacientes con broncopatía crónica y frecuentemente implicado en sus reagudizaciones, y *candida guilliermondii*, hongo productor de enfermedad sistémica con rara frecuencia y siempre asociada a la presencia de inmunosupresión severa.

4. En el desenlace final del proceso son determinantes las patologías de base (disfunción renal, hepática, inmunológica, cardiológico y neumológica graves). La descompensación de cualquiera de esas patologías, en este caso la cardíaca con insuficiencia refractaria, provocó el empeoramiento en cascada del resto y el fracaso multiorgánico del paciente".

NOVENO.- Notificada a la reclamante la apertura de un periodo de prueba por plazo de treinta días, el 16 de junio de 2010 presentó escrito solicitando la ampliación del plazo, por haber pedido copia de diversos documentos del expediente. Mediante oficio de 21 de junio siguiente se concede un nuevo plazo de quince días.

DÉCIMO.- Mediante oficio de 14 de octubre de 2010 se acuerda un trámite de audiencia y vista del expediente a los interesados, no compareciendo ninguno, ni constando la presentación de alegaciones.

UNDÉCIMO.- El 18 de enero de 2011 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación; en síntesis, por considerar que, en el caso planteado, de acuerdo con los informes médicos emitidos, no se ha acreditado la existencia de mala praxis médica en la actuación de los servicios sanitarios regionales, siendo tal acreditación un requisito indispensable, entre otros, para determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración regional.

DUODÉCIMO.- En la fecha y por el órgano indicado en el encabezamiento del presente, se solicitó el preceptivo Dictamen de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente y su extracto e índice reglamentarios.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con el 12 del RD 429/93, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Por lo que se refiere a la legitimación activa, la reclamante está legitimada para solicitar indemnización por el daño moral inherente al fallecimiento de su cónyuge. La Administración regional está legitimada pasivamente por dirigirse contra ella la pretensión indemnizatoria e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. En cuanto a la temporaneidad de la acción, a ejercer en el plazo de un año previsto en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), no puede oponerse objeción al respecto, vistas las fechas de los hechos y de la presentación de la reclamación.

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

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

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

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

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

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

obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación de éste ha de regirse por la denominada "*lex artis ad hoc*", o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03 de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la "*lex artis*" 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. La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

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

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

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1ª, de 24 de mayo de 1999, entiende que *"los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) y ello supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para*

calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida".

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

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso- Administrativo de 1 de marzo de 1999). En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervinientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la sanidad pública, lo que le otorga un singular valor a efectos de prueba.

CUARTA.- Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios sanitarios regionales y los daños por los que se reclama indemnización. Inexistencia.

I. En el caso que nos ocupa, la reclamante imputa el fallecimiento de su marido, como hecho causante del daño moral por el que reclama indemnización, a las infecciones adquiridas por éste durante su estancia en el hospital "*Santa M^a del Rosell*", así como a lo que considera que fue una inadecuada asistencia prestada por los facultativos de dicho centro. Sin embargo,

no aporta informe médico alguno que sustente que el fallecimiento sea imputable a una infracción a la correcta praxis sanitaria, es decir, que en la actuación sanitaria en cuestión se hubiera infringido la "*lex artis ad hoc*". Ello, conforme con lo expuesto en la precedente Consideración, sería suficiente para desestimar la presente reclamación.

II. A lo anterior ha de unirse el hecho de que los informes médicos emitidos en el procedimiento concluyen en la ausencia de mala praxis médica, atribuyendo el fallecimiento del paciente al inevitable proceso evolutivo de las graves patologías de base que padecía cuando acudió al citado centro.

A) El informe médico de la aseguradora del SMS analiza las enfermedades de base que presentaba el paciente:

1º) Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

"En el caso que nos ocupa, el paciente sufría una EPOC en fase terminal. Estaba expuesto a las complicaciones asociadas a la misma: falta de oxígeno, exceso de anhídrido carbónico e infecciones por gérmenes cada vez más resistentes a los antibióticos. Además, como consecuencia de esta patología crónica el paciente había tenido que ser sometido a una neumectomía (extirpación de un pulmón) en 1985. Aunque no tenemos datos precisos, se puede estimar que la funcionalidad pulmonar del paciente era inferior al 30 %. A estos déficits, se había añadido una hipertensión pulmonar en fase Terminal. Ésta se había desarrollado como consecuencia de la falta crónica de oxígeno y del exceso de presión por la congestión continuada, a la que le sometía la valvulopatía mitral crónica. La hipertensión pulmonar condicionaba una congestión crónica del territorio venoso, con hepatopatía, neuropatía y edemas crónicos".

2º) Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC).

"En el caso que nos ocupa el paciente sufría una ICC en fase terminal, como consecuencia principal de una cardiopatía asociada a una enfermedad en sus válvulas cardíacas. La degeneración de las mismas había producido la dilatación de las cavidades cardíacas y la aparición de una arritmia crónica. Estos dos factores habían reducido de forma irreversible la función del corazón. El manejo del proceso con fármacos sólo podía paliar de forma transitoria esta grave disfunción. Aunque no disponemos de datos precisos, es muy posible que la sustitución de la válvula mitral se desestimara a lo largo de la vida del paciente".

3º) Insuficiencia renal crónica (IRC).

"En el caso que nos ocupa, el paciente sufría una IRC en una fase avanzada. No disponemos de datos precisos, pero el comportamiento de la enfermedad desde su ingreso así lo confirma. Entre las causas que participaban en este fallo se encuentran las infecciones de repetición (pielonefritis crónica), el fallo cardíaco crónico, los fármacos y la aterosclerosis".

"Durante su estancia en UCI se desestimó, con buen criterio, la inclusión del paciente en un programa de diálisis. Ésta no hubiera revertido el fallo multiorgánico".

4º) Hepatopatía Crónica por virus C (HVC).

"En el caso que nos ocupa, el paciente padecía una hepatopatía crónica (causada por el virus C y por la congestión hepática crónica) que sin duda agravó su pronóstico. No podemos considerarla como un factor fundamental, pero en el contexto de gravedad del paciente, sin duda colaboró en un sentido negativo".

Además, el informe expresa que, por todas esas patologías, *"la edad biológica del paciente era superior a la edad cronológica"* (71 años), y que *"al menos la enfermedad cardiopulmonar se encontraba en una situación terminal"* que *"implica una supervivencia estadística inferior a seis meses"*.

El citado informe indica asimismo que el paciente desarrolló una infección durante su ingreso en el Servicio de Cardiología, que fue tratada de forma correcta con los antibióticos correspondientes. Posteriormente presentó una nueva infección de probable origen respiratorio, que también fue tratada con los antibióticos oportunos que, aunque eliminaron algunas bacterias, no eliminó los hongos. Respecto a la influencia de estas infecciones en el fallecimiento, refiere:

"Determinar el peso de los cultivos (de sangre y catéter) en el fallo multiorgánico final no es posible. La familia no accedió a la realización de la autopsia, que es el único procedimiento que hubiera podido aclarar la importancia del aislamiento de la Cándida en los cultivos. La presencia de este germen en los distintos órganos, y no su aislamiento en los hemocultivos, es

lo que permite afirmar que fue un patógeno participante en el fallo multiorgánico. Muchos pacientes portadores de catéteres presentan candidemias detectables que no determinan enfermedad.

La presencia o no de este factor no implica una mala práctica médica, ni un desenlace diferente del proceso".

B) Por su parte, el informe de la Inspección Médica del SMS analiza las patologías previas del paciente y las infecciones que sufrió, en parecido sentido al recogido en el informe anterior, indicando, en primer lugar, con carácter general, que parte importante de los pacientes tienen colonizada su vía aérea superior por bacterias, entre las que se encuentra la *"Haemophilus influenzae"* (que se detectó en el paciente) y añade que *"varios estudios también han demostrado la colonización persistente por H. influenzae en pacientes con EPOC, encontrando que las cepas aisladas de episodios de exacerbación secuencial son idénticas y que en los períodos asintomáticos, aún en casos de cultivos negativos, es posible detectar por técnicas moleculares ADN cromosómico de la misma cepa colonizadora"*. Respecto a la candidiasis (también detectada en el paciente), la Inspección Médica refiere que la presencia de *cándida* en la microflora normal de las superficies cutáneo-mucosas determina que *"la mayoría de las infecciones sean endógenas"* y que generalmente estas infecciones se localizan en la piel o tienen su origen en ella.

Respecto de la influencia de las infecciones en el fallecimiento, el informe señala que el aislamiento de los referidos gérmenes se produjo en las secreciones respiratorias y la punta del catéter, pero que los hemocultivos fueron negativos, por lo que *"no hay confirmación microbiológica de que ninguno de ellos produjera bacteriemia, es decir, paso al torrente sanguíneo de los mismos con infección generalizada"*.

Sin perjuicio de lo anterior, que ya permitiría cuestionar la incidencia de tales infecciones en la producción del resultado dañoso por el que se reclama, el informe señala también que aunque el paciente padeció las infecciones durante su ingreso en el hospital, *"en ningún caso eso significa que estos cuadros fueran provocados por el centro sanitario. Son las características del paciente, con pluripatologías avanzadas, el empeoramiento de las mismas refractario al tratamiento y con ello la necesidad de ingreso prolongado y realización de procedimientos invasivos, inserción de catéteres centrales, ingreso en UC1, ventilación mecánica..., los que hacen que sea un paciente de riesgo altísimo para las sobreinfecciones. Así, es bien sabido que aunque existen una serie de normas para disminuir las infecciones durante los ingresos hospitalarios, también es cierto que éstas no son, a día de hoy, erradicables. Este caso reúne todos los factores de riesgo intrínsecos o dependientes del paciente para la aparición de un proceso infeccioso, sin que exista ninguna evidencia de incumplimiento de las normas para la prevención de los mismos, ni evidencias de brote de infección nosocomial durante su ingreso"*. Sobre esto último, y en relación con las fechas a las

que se refiere la reclamante en su escrito inicial a fin de determinar la posible existencia de infecciones nosocomiales en los quirófanos del hospital, su Director informó que no existía constancia de que se hubieran producido tales infecciones.

El informe de la Inspección Médica responde también a ciertas afirmaciones de la reclamante. Así, respecto a que *"no se realizó ninguna extracción de la vía central ni de la sonda vesical para su hemocultivo"*, manifiesta que el mismo día en que se advierte el esputo hemoptoico se cursó urocultivo y cultivo de esputo, iniciándose tratamiento antibiótico. Aclara, respecto a la ausencia de toma de hemocultivo, que la principal indicación del mismo se produce cuando el paciente tiene o se sospecha bacteriemia acompañada de fiebre mayor de 38°, *"cosa que no ocurrió durante su ingreso en planta, donde tenía programada la extracción de los mismos en caso de que apareciera la fiebre"*. Añade que los hemocultivos tomados en UCI fueron todos negativos y, por tanto, no ayudaron ni al diagnóstico ni al tratamiento. Y concluye que, como ya se indicó anteriormente, al haberse negado por parte de la familia la posibilidad de realizar la autopsia al fallecido, se ha restringido en gran manera la oportunidad de aclarar las últimas causas del óbito y la posible inexistencia de bacteriemia en el torrente sanguíneo del paciente.

III. En relación con los dos informes de alta en UCI presuntamente contradictorios a que se refiere la reclamante, debe decirse que el documento del que afirma que aparece cambiado y subrayado con anotaciones a mano y sin firma, no puede calificarse como un informe de alta precisamente por no estar firmado, tratándose, según indica la Inspección Médica, de un *"documento de trabajo en el que, tras recoger los antecedentes, los síntomas actuales y los resultados de la exploración, se hace un juicio diagnóstico con las posibles explicaciones para la situación actual del paciente. Juicio diagnóstico que los resultados de las exploraciones y la evolución del paciente se encargarán de confirmar o por el contrario de modificar o descartar, pero que de forma inicial son hipótesis que sirven para establecer un plan con los pasos diagnósticos y terapéuticos a seguir. Se trata por tanto de una parte de la historia clínica que refleja las reflexiones de los facultativos en un momento determinado del curso de la enfermedad que probablemente serán modificados posteriormente, y no un informe de alta"*.

Por otra parte, y en lo que se refiere a la alegación relativa a la infracción del deber de recabar el consentimiento informado para los tratamientos realizados al paciente, debe destacarse, en primer lugar, lo expresado en el informe del Servicio de Medicina Interna-Infecciosas de 24 de marzo de 2009 (Antecedente Sexto) en relación con la continua información a la familia; además, la única intervención realizada al paciente que requería la obtención de un formal consentimiento informado, conforme a la normativa aplicable en la materia, fue la colocación de un catéter venoso central, para lo que se obtuvo tal consentimiento, documentado en los folios 33 y 34 del expediente, en el que se expresa, como complicaciones potencialmente graves, las *"complicaciones infecciosas (20-60%)"*, así como las alternativas a dicho procedimiento. Ello ponía de manifiesto, en fin, el riesgo de infección inherente a los tratamientos a los que tuvo que someterse el paciente, justificados por las graves patologías que padecía (que intensificaban especialmente tal riesgo) y que final e

inevitablemente para la ciencia y técnica médicas, determinaron su fallecimiento.

IV. En conclusión de todo lo anterior, y conforme con lo expresado en la precedente Consideración, el daño por el que se reclama indemnización no puede imputarse, de forma jurídicamente adecuada y a los efectos resarcitorios pretendidos, a la actuación sanitaria pública, no concurriendo a tal fin la necesaria y adecuada relación de causalidad, por lo que no procede reconocer la pretendida responsabilidad patrimonial de la Administración regional.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- No se ha acreditado la existencia de infracción a la *"lex artis ad hoc"* o mala praxis médica en el caso de que se trata, no existiendo, entre los daños por los que se reclama indemnización y el funcionamiento de los servicios sanitarios regionales, la relación de causalidad que es jurídicamente necesaria y adecuada para determinar la responsabilidad de la Administración regional, por las razones expresadas en las Consideraciones Tercera y Cuarta del presente Dictamen.

SEGUNDA.- En consecuencia, la propuesta de resolución objeto de Dictamen, en cuanto es desestimatoria de la reclamación, se informa favorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.