



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 221/2013

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 31 de julio de 2013, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Ilmo. Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excmra. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 6 de febrero de 2013, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otros, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. 38/13), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 26 de diciembre de 2011, x, y, z, viuda e hijas respectivamente de x, presentan reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración regional por los daños padecidos como consecuencia del fallecimiento de este último, que imputan a la defectuosa asistencia sanitaria recibida del Servicio Murciano de Salud.

Relatan las reclamantes que sobre las 20:15 horas del 4 de abril de 2011, x acudió al Centro de Salud de Mazarrón por prurito fuerte por todo el cuerpo, ampollas en los muslos y dolor en el abdomen. Una hora antes y en el mismo centro su médico de cabecera, la Doctora x. le había recetado ACTIRA 400 mg.

Desde el primer momento la facultativa fue consciente de que el paciente sufría una reacción alérgica a ACTIRA y, sin realizar ningún reconocimiento ni anamnesis, le escribió una nota al ATS para que le administrase urbasón y polaramine intramuscular.

El paciente tuvo un mareo y a continuación sufrió un desmayo antes de ser conducido al servicio de urgencias del mismo centro, donde se le diagnosticó reacción anafiláctica secundaria a ACTIRA, se le tomó la tensión arterial, la frecuencia cardíaca, la glucemia y saturación de oxígeno, describiendo en la exploración un estado semiinconsciente, con habones, eritema generalizado y disnea. Se le prescribió adrenalina intramuscular, suero fisiológico y actocortina 300 mg, O₂, ranitidina y mascarilla con reservorio.

El paciente no mejoró en ningún momento, y tras unos 20 minutos empeoró gravemente y se avisó a la UME a las 21:42, que lo encontró con taquipnea y taquicardia, a punto de morir y sin tener tiempo siquiera de hacerle un ECG. Tras 45 minutos de reanimación cardiopulmonar sin respuesta se certificó el éxitus.

Para las reclamantes, si bien se acertó desde el primer momento con el diagnóstico del shock anafiláctico, la atención dispensada no fue la correcta. Consideran que la gravedad del shock exigía una actuación terapéutica diferente, que habría evitado la muerte. Así, indican que "*en estos casos lo previsible es que la súbita hinchazón de las vías aéreas impidan la oxigenación del paciente y le causen la muerte, como fue el caso. Una medicina estándar, dado que el paciente estaba inconsciente, exigía haber avisado desde el primero momento a la UME para medidas de soporte vital, quienes le hubieran hecho al paciente: Monitorización, Electrocardiograma (por riesgo de infarto), administración de adrenalina e intubación*".

Sin embargo, "se perdió 1 hora entre que el paciente es visto en urgencias del centro de salud a las 20'50, y las 21'47, que es cuando lo asiste la UME. A las 20'50 el paciente ya está muy grave (semiinconsciente, disnea, eritema generalizado, etc.), y por ello debió haber sido atendido por la UME".

Además, consideran que la adrenalina, dada la gravedad del caso, no debió administrarse vía intramuscular, sino diluida por vía intravenosa.

Solicitan una indemnización de 100.000 euros para la viuda y 10.000 euros para cada una de las cuatro hijas, cantidad que "*deberá ser actualizada conforme al I.P.C. hasta su efectivo pago, e incrementada en el interés de la LGP, según establece el art. 141.3 de la Ley 30/92 para el caso de la Administración, y del art. 20 de la Ley 50/80 para su aseguradora*".

Propone la siguiente prueba: a) documental, que aporta (copia de los DNI de las reclamantes, del libro de familia y diversa documentación clínica); b) que se solicite informe de los facultativos intervenientes; c) que se informe quién estuvo con el paciente en el período comprendido entre que fue atendido en el centro de salud y se avisó a la UME; y d) transcripción de la llamada desde el centro de salud a la UME.

SEGUNDO.- Por resolución de 25 de enero de 2012, del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, se admite a trámite la reclamación y se ordena su instrucción al Servicio Jurídico del Ente Público sanitario, que procede a comunicar a las reclamantes la información prescrita por el artículo 42.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

Asimismo, comunica la reclamación a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, a la Dirección de los Servicios Jurídicos y a la aseguradora del Servicio Murciano de Salud, al tiempo que recaba de la Gerencia de Área de Salud II la copia de la historia clínica del paciente e informe de los facultativos que le prestaron asistencia. Del mismo modo se solicita a la Gerencia de Emergencias 061, el informe de los médicos intervenientes y la transcripción de la llamada efectuada desde el centro de salud de Mazarrón.

TERCERO.- Con fecha 24 de febrero de 2012, la Gerencia del Área de Salud II remite la documentación solicitada, constando de copia de la historia clínica y sendos informes, de la enfermera y de la médica de atención primaria que recetó el antibiótico origen del shock anafiláctico y que asistió al paciente tras el shock. El informe de la indicada facultativa se expresa en los siguientes términos:

"x de 71 años de edad, con DNI n° ..., padecía las siguientes patologías crónicas:

Intolerancia a aspirina y otros AINES, probable alergia a Rhodogil, intolerancia a Arava, HTA, asma intrínseco, neumotórax en la juventud, poliartrosis, poliartritis seronegativa y trauma acústico bilateral.

El día 4/4/2011 fue atendido en mi consulta, alrededor de las 19.00 por absceso glúteo (que había comenzado en marzo 2011). Cuando comenzó el proceso inicié tratamiento con moxifloxacino, con respuesta parcial. Al acabar el tratamiento volvió a empeorar, por lo que cuando vino a mi consulta decidí poner una segunda caja de este medicamento.

Alrededor de las 20.55 este paciente regresó a la puerta de mi consulta. Aún no había acabado mi consulta programada, por lo que seguía en el centro. En ese momento tenía un paciente dentro de la consulta y x abrió mi puerta y habló conmigo sin esperar a que terminara con el paciente que tenía dentro. Le expliqué que era hora de que se atendiera en el Servicio de Urgencias (cosa que ya sabía), pero constaté una urticaria importante, por lo que decidí que iniciara tratamiento con polaramine-urbason IM sin demora con mi enfermera y que después lo acompañara hasta el Servicio de Urgencias. En ese momento el paciente estaba consciente, sin fatiga y con buen estado general, a pesar de la reacción cutánea. No lo exploré porque no me dio tiempo a sacar al otro paciente de la consulta.

La enfermera de centro de salud, a las 21.00 h, administró la medicación pautada (urbason 60 IM y polaramine IM). En ese momento, la enfermera notó que el paciente empezaba a encontrarse peor, con más eritema facial, más picor... por lo que lo sentó en una silla de ruedas. En ese instante, parece ser que el paciente aún estaba consciente.

Durante el traslado al Servicio de Urgencias -distancia de escasos metros- (que era donde correspondía atenderlo desde el primer momento) el enfermo perdió la conciencia, según me informó después mi enfermera.

Posteriormente, mi enfermera contactó conmigo para explicarme lo sucedido, y me comentó que seguían con el paciente en el servicio de urgencias en ese instante, aunque tenía más pacientes todavía esperando a ser atendidos, a pesar de la hora que era, acudí a verlo al Servicio de Urgencias.

Cuando lo volví a valorar en SEDU (Servicio de Urgencias) lo encontré consciente, con auscultación cardiaca rítmica sin soplos, y sin sibilantes respiratorios. En ese momento, era responsable de la asistencia una médica a la que le expliqué la gravedad del cuadro, e insistí para continuar con la observación y la valoración del cuadro en segundo nivel, a pesar del buen aspecto del paciente en ese momento. Parece ser que en el intervalo de tiempo entre que la médica del SEDU comenzó a verlo hasta que yo bajé se le había administrado adrenalina.

Volví a subir a mi consulta, que se encuentra en la primera planta del centro de salud de Mazarrón y recuperé la historia clínica de este paciente para facilitar la tarea a mis compañeros (tanto de SEDU como de otros dispositivos asistenciales que pensaba que precisaba). En ese momento incluí en la historia el antecedente de

alergia a moxifloxacino, que para mí era claro, ya que la reacción urticarial había comenzado a la hora de haber ingerido la primera pastilla de la 2^a caja de este medicamento.

Cuando me dirigí por 2^a vez al servicio de urgencias, con la historia del paciente en la mano, constaté que el paciente estaba peor, nauseoso y con sensación de ahogo que antes no tenía. Pregunté a la compañera encargada de la asistencia si se había llamado a la UME: me contestó que no, y le pedí permiso para llamar a la UME en su nombre, ya que consideré que hacía falta. Mientras, la médica encargada había indicado realizarle un electrocardiograma, y creo que volvió a repetir la dosis de adrenalina.

Cuando regresé del mostrador del Servicio de Urgencias a la habitación donde se encontraba el paciente, lo encontré con signos de parada y colaboré en la asistencia del paciente, hasta que llegó el equipo de la UME, que se hizo cargo del resto de la asistencia, continuando la reanimación pulmonar, que desgraciadamente, se interrumpió a los 45 minutos, sin éxito.

Durante este tiempo, continué en el Servicio de Urgencias y hablé con la familia, acompañando a la otra médica, para que la familia entendiera la gravedad del cuadro.

Cuando la reanimación se interrumpió, decidí dar la noticia a la familia, ya que los compañeros de la UME no la habían llegado a ver y me pareció que la compañera que estaba asistiendo con anterioridad al paciente no tenía mucha experiencia en este tipo de sucesos".

Días después (el 16 de marzo) se remite el informe de la médica que atendió al paciente en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud. Es el siguiente tenor:

"El día 4 de abril a las 20.50pm x es traído desde el servicio de enfermería del centro de salud de Mazarrón por presentar eritema generalizado y habones en todo el cuerpo con deterioro progresivo de su estado general, cuadro que se inició tras la administración oral de ACTIRA, tratamiento que el paciente estaba tomando desde hacía unos días para un absceso que tenía a nivel glúteo. En el centro de salud se le había administrado Urbasón IM y Polaramine IM, tratamiento previamente ordenado por su médico de cabecera sin mejoría del cuadro.

Al examen físico de ingreso al servicio de urgencias el paciente se encuentra disneico con TA: 130/50, FC: 74 lpm; Glucemia: 124 mg/dl, y se evidenciaba el eritema generalizado en tronco y extremidades.

Junto con el equipo de guardia iniciamos tratamiento: Oxígeno con mascarilla a 3 litros/minuto, suero fisiológico 100 ml+300 mg de Actocortina (hidrocortisona), Ranitidina IV en bolo y adrenalina 1 ml SC en bolo.

Tras la administración del tratamiento inicial el paciente mejora progresivamente de su cuadro respiratorio, con saturación de O₂: 99%, alerta, orientado, se le deja vía venosa a mantenimiento y oxígeno con mascarilla reservorio; sin embargo, pasados unos 20 minutos inicia de nuevo con dificultad respiratoria, tiraje intercostal y cianosis peribucal, presenta saturación de oxígeno 92% y coloco nueva dosis de adrenalina IM, sin mejoría, razón

"por la cual comunico el paciente al 112 y acude al servicio de urgencias la Unidad Médica Especializada, UME, quienes inician las maniobras de reanimación".

El informe del Médico de la UME que atendió al paciente se expresa en los siguientes términos:

"A las 21:42 horas, recibimos aviso del CCU para acudir al centro de salud de Mazarrón para atender paciente varón de 70 años por intoxicación por fármacos. A nuestra llegada a las 21:44 horas al centro de salud, observamos paciente que impresiona de gravedad con respiración caótica con importante disnea, taquipnea acompañado de sudoración profusa y fría secundaria a hipoperfusión periférica, destacando en la monitorización del pulsioxímetro Sp O₂ del 60%. Mientras intentamos estabilización del paciente, presenta parada cardiorrespiratoria por lo que procedemos a maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada con registro en el monitor de asistolia refractaria a todas las medidas de reanimación. Tras aproximadamente 45 minutos de reanimación se confirma el fallecimiento del paciente".

CUARTO.- Con fecha de 28 de marzo de 2012, se solicita informe a la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria (Inspección Médica).

QUINTO.- Por la aseguradora del Servicio Murciano de Salud se aporta informe pericial elaborado por una especialista en Anestesia y Reanimación, en el que tras hacer un resumen de los hechos y formular las oportunas consideraciones médicas concluye como sigue:

- "- Que x acudió el 4-4-11 al Centro de Salud de Mazarrón por presentar un rash urticariforme tras haber tomado un comprimido de Actira 400 mg que le había sido prescrito y que ya había tomado con anterioridad.*
- Que se le administró Urbasón y Polaramine.*
- Que poco después entró en estado semiinconsciente con dificultad respiratoria, por lo que se le trasladó a urgencias y se le administró una ampolla de adrenalina.*
- Que tras una mejoría inicial presentó un empeoramiento de su dificultad respiratoria por lo que se requirió a la UME.*
- Que en presencia de esta unidad sufrió una parada cardiaca con fibrilación ventricular.*
- Que se le aplicaron maniobras de reanimación avanzada durante 45 minutos sin conseguir su recuperación.*
- Que se diagnosticó un shock anafiláctico.*
- Que una reacción anafiláctica ante cualquier sustancia es una eventualidad imprevisible e inevitable.*
- Que la complicación fue diagnosticada de inmediato y se tomaron todas las medidas existentes, pese a lo cual se produjo su fallecimiento.*
- Que las actuaciones médicas, tanto en la prescripción del fármaco como en el tratamiento de la reacción anafiláctica fueron correctas y adecuadas a las normas de la Lex Artis".*

SEXTO.- El 26 de junio de 2012, las reclamantes presentan escrito de alegaciones en el que ponen de manifiesto que el informe de la aseguradora no ha podido tener en cuenta los de las facultativas que atendieron al paciente, pues la fecha del primero es anterior a la de los segundos. Del mismo modo, insiste en que no es cierto que se avisara a la UME "*en el momento en que el paciente empeoró*", como señala el indicado informe pericial, sino que, conforme al relato de los hechos efectuado por la Médico de Familia, se requirió la presencia de dicha unidad no cuando comenzó el empeoramiento, sino cuando la indicada facultativa acudió a ver al paciente al Servicio de urgencias, pues quien debía atenderlo no había llamado a la UME. Señala, asimismo, que cuando la Médico de Familia indica que la doctora de urgencias "no tenía mucha experiencia en este tipo de sucesos", palmariamente quiere decir que no actuó como debía.

Concluyen señalando que "*está acreditado que existía un riesgo evidente de colapso respiratorio del paciente; que para atender esa emergencia se requería un carro de paradas e intubación que garantizase la ventilación, medios que proporcionaba la UME, que, a pesar de que el paciente empeoró y comenzó a ahogarse, no se avisó hasta pasado un tiempo y a instancias de quien no tenía enfermo a su cargo y no estuvo, por lo tanto, presente desde que comenzó el ahogo; que, por lo tanto, y dado lo valioso de los segundos en un proceso en el que una persona no puede respirar, es claro que no se adoptaron los medios de la medicina estándar para evitar la muerte (medios que sí tuvo perfectamente claros la médica de cabecera)*".

De dicho escrito se da traslado a la aseguradora y a la Inspección Médica.

SÉPTIMO.- El 24 de septiembre se confiere trámite de audiencia a los interesados, presentando las reclamantes escrito de alegaciones para reiterarse en lo ya afirmado con anterioridad e insistiendo en que "*no estamos ante una pérdida de oportunidad terapéutica por la que se deba atemperar el daño: la terapia de urgencia ante un shock anafiláctico, consiguiendo la ventilación del paciente hasta el transcurso de los momentos críticos, es totalmente efectiva. El paciente se murió porque no pudo respirar, y eso se pudo evitar, y de haberse hecho, una vez eliminado del cuerpo el alérgeno, su estado de salud hubiera vuelto a ser igual al de antes del episodio*".

OCTAVO.- con fecha 21 de enero de 2013, el órgano instructor formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar que no concurren los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial, al estimar que la asistencia prestada al paciente fue adecuada a normopraxis, sin que las actoras hayan conseguido acreditar lo contrario.

NOVENO.- En tal estado de tramitación y una vez incorporados los preceptivos extracto de secretaría e índice de documentos, se remitió el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en el Consejo Jurídico el pasado 6 de febrero de 2013.

DÉCIMO.- El 6 de mayo, la Consejería consultante remite a este Consejo Jurídico el informe de la Inspección Médica, que alcanza las siguientes conclusiones:

"1.- Paciente de 70 años, que tras toma de un comprimido de Actira 400 mg (moxifloxacino) prescrito por su médico de cabecera y que ya había tomado con anterioridad en dos ocasiones, presenta cuadro de urticaria habonosa por la que consulta en su Centro de Salud. Se administra en la misma consulta de Atención Primaria primer escalón terapéutico (corticoides y antihistamínicos intramusculares).

2.- Se traslada inmediatamente al SUAP del mismo centro que se encuentra a escasos metros, en silla de ruedas. Se ponen a su disposición todos los medios de que dispone el SUAP, de acuerdo a protocolos y en el menor tiempo posible, cumpliendo tiempos de observación de eficacia de la medicación prescrita. Durante los 20 minutos siguientes a la administración de adrenalina intramuscular, el paciente mejora de su sintomatología. Pasado este tiempo, reinició dificultad respiratoria. Cuando se observa ésta, se avisa a UME y se administra nueva dosis intramuscular de adrenalina. La UME acude en 5 minutos.

3.- A su llegada el paciente está obnubilado, con respiración espontánea, vía permeable, taquicárdico y taquipneico. Durante la asistencia de la Unidad Móvil de Emergencia se administra adrenalina intravenosa hasta 6 ampollas además de Actocortina y Urbasón sin respuesta, presenta parada cardiorrespiratoria por fibrilación auricular que requiere reanimación avanzada durante 45 minutos sin conseguir resucitación.

4.- La adrenalina se pauta primero intramuscular y luego intravenosa según protocolos de actuación y evolución clínica del paciente de menor a mayor gravedad.

5.- Según datos de la historia clínica y relato de los intervenientes, la atención fue continuada, coordinada y diligente entre todo el personal sanitario del Centro de Salud, SUAP de Mazarrón y Unidad Móvil de Emergencia (UME).

6.- La asistencia realizada por los facultativos del Servicio Público de Salud, fue correcta y de acuerdo a protocolos y líneas de actuación habituales en un Servicio de Urgencias de Atención Primaria".

UNDÉCIMO.- Consta en el expediente que por las reclamantes se ha interpuesto recurso contencioso-administrativo frente a la desestimación presunta de su reclamación, que se sigue ante el Tribunal Superior de Justicia de Murcia con número de Procedimiento Ordinario 483/2012.

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 Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Por lo que se refiere a la legitimación activa, en supuestos como el presente en que se reclama por el daño moral inherente al fallecimiento de una persona, la jurisprudencia reconoce legitimación activa, en principio, al cónyuge e hijos, como sucede en el caso que nos ocupa, sin que conste ninguna circunstancia que justifique variar tal conclusión.

En cuanto a la legitimación pasiva, corresponde a la Administración regional, por dirigirse contra ella la pretensión indemnizatoria e imputarse el daño a uno de los servicios públicos de su competencia, prestado con sus propios recursos humanos y materiales.

II. En cuanto al plazo de un año, previsto en el artículo 142.5 LPAC, para interponer la acción de reclamación, no existe reparo alguno, vistas las fechas de la producción del daño, el fallecimiento del paciente (4 de abril de 2011), y de presentación del escrito de reclamación (el 26 de diciembre de ese mismo año).

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, con la excepción del plazo máximo para dictar y notificar la resolución, que ha excedido en mucho el de seis meses fijado por el artículo 13 RRP.

Esta circunstancia ha llevado a los reclamantes a interponer, ante la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de Murcia, el correspondiente recurso contencioso administrativo contra la desestimación presunta de su reclamación (PO 483/2012), lo que no excluye la obligación de resolver expresamente el presente procedimiento (artículo 42.1 LPAC) y tampoco es óbice para que la Administración regional lo resuelva durante su sustanciación, a tenor de lo dispuesto en el artículo 36.4 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, Reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, pues los reclamantes podrían desistir o solicitar la ampliación del recurso contencioso administrativo a la resolución expresa. De hecho, el letrado de las reclamantes ha seguido actuando en el presente procedimiento con posterioridad a la interposición del indicado recurso, prueba de ello son las alegaciones presentadas el 18 de octubre de 2012 con ocasión del último trámite de audiencia otorgado.

En cuanto a la evacuación del informe de la Inspección Médica con posterioridad a la propuesta de resolución, si la Consejería consultante pretende resolver el procedimiento sin fundarse en aquél, como parece ocurrir en el supuesto sometido a consulta, dado que el indicado informe no ha determinado la formulación de una nueva propuesta de resolución que tomara en consideración la valoración que de la asistencia médica prestada al paciente realiza la Inspección, no sería necesario dar traslado del mismo a las reclamantes con plazo para presentar alegaciones.

Sin embargo, considera el Consejo Jurídico que las especiales características que el parecer de la Inspección Médica reviste en los procedimientos de responsabilidad patrimonial por el funcionamiento de los servicios sanitarios (por todos, nuestro Dictamen 193/2012), aconsejarán que, habiéndose emitido el informe, se confiriera un nuevo trámite de audiencia a los interesados y se formulara una nueva propuesta de resolución, que tomara en consideración el dictamen de la Inspección. No obstante, atendida la prolongada tramitación del presente procedimiento de responsabilidad patrimonial y que el interesado ha acudido ya a la vía contencioso-

administrativa, donde podrá obtener pleno conocimiento del parecer inspector, se procede a dictaminar sobre el fondo.

El expediente se ha remitido sin foliar, en contra de lo prevenido en el artículo 46.2 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, aprobado por Decreto 15/1998, de 2 de abril.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada 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".

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, han sido desarrollados por la LPAC, en particular por sus artículos 139 y 141, pudiéndose concretar en los siguientes:

- 1) El primero de los elementos es la lesión patrimonial, entendida como daño ilegítimo o antijurídico, y esta antijuridicidad o ilicitud sólo se produce cuando el afectado no hubiera tenido la obligación de soportar el daño.
- 2) La lesión ha de ser real y efectiva, nunca potencial o futura, evaluable económicamente e individualizada en relación a una persona o grupo de personas.
- 3) El vínculo entre la lesión y el agente que la produce, es decir, entre el acto dañoso y la Administración.
- 4) Por último, también habrá de tenerse en cuenta que no concurra fuerza mayor u otra causa de exclusión de la responsabilidad.

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 debe esperar de los poderes 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, atribuyéndole, por tanto, y cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico, que puede condensarse en los siguientes deberes (STS, Sala 1^a, de 25 de abril de 1994): 1) Utilizar cuantos remedios conozca la ciencia médica y estén a disposición del médico en el lugar en que se produce el tratamiento, de manera que la actuación de aquél se desarrolle 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 e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle; 2) informar al paciente o, en su caso, a los familiares del mismo, siempre que ello resulte posible, del diagnóstico de la enfermedad o lesión que padece, del pronóstico que de su tratamiento pueda

esperarse y de los riesgos potenciales del mismo (artículo 9 y 10 de la Ley General de Sanidad y Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y de documentación clínica); 3) continuar con el tratamiento del enfermo hasta el momento en que éste puede ser dado de alta, advirtiendo al mismo de los riesgos que el abandono de aquél le puede comportar.

CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios.

Para las reclamantes la asistencia sanitaria prestada a su familiar no fue correcta, señalando las siguientes actuaciones contrarias a normopraxis:

a) Se perdió una hora (entre las 20:50 y las 21:47) antes de avisar a la UME para que le aplicaran medidas de soporte vital. Como el paciente estaba inconsciente, debió haberse solicitado la presencia de dicha unidad desde el primer momento, ya que existía un evidente riesgo de colapso respiratorio que precisaba de un carro de paradas e intubación, recursos estos que proporcionaba la UME.

b) La adrenalina debió administrársele vía intravenosa y no intramuscular.

En consecuencia, para las actoras, se produjo una infracción de los dictados de la ciencia médica, que ante la situación que presentaba el paciente, indicaba la adopción de medidas terapéuticas y preventivas diferentes de las aplicadas al enfermo.

Tales cuestiones aparecen íntimamente relacionadas con el criterio jurisprudencial de la "lex artis". Ésta actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa cuando del ámbito sanitario se trata, como tiene declarado el Tribunal Supremo en numerosas resoluciones. Por todas, la STS, Sala 3^a, 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"*. Esta doctrina sigue hoy plenamente vigente, como recoge la STS, 3^a, de 2 de noviembre de 2011.

Asimismo, la obligación de medios que incumbe a la Administración no supone que, en todo momento y bajo cualquier circunstancia, se hayan de agotar todas las posibilidades y técnicas diagnósticas, hasta las más avanzadas y complejas, sino que esta exigencia también aparece limitada por la "lex artis", que se revela así como estándar de comportamiento profesional medio o normal exigible en un determinado supuesto. Es decir, la *lex artis* es un criterio de normalidad de carácter relativo que se aplica "ad hoc", en relación siempre a un caso concreto, y que exigirá valorar la prestación sanitaria en atención a las circunstancias en que se desarrolla, sin poder exigir en todos los casos que el criterio de la normopraxis venga definido por la avanzadilla del progreso de la ciencia médica, o por el agotamiento de todos los recursos conocidos por la medicina para efectuar el juicio clínico que es el diagnóstico (por todas, STS, Sala 1^a, de 24 de mayo de 1999).

Descripción a grandes rasgos la doctrina relativa a la *lex artis*, habremos de acudir al expediente para desvelar en qué medida la actuación de los profesionales intervenientes se adecuó a dicho estándar.

La valoración de dicha actuación para establecer si el momento en que se decidió avisar a la UME era el establecido por los protocolos de asistencia en urgencias de atención primaria y si la administración de adrenalina por vía intramuscular y no intravenosa estaba indicada por la ciencia médica a la luz de las circunstancias que presentaba el paciente, exige un juicio técnico que únicamente puede ser realizado por los profesionales de la medicina. 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 (LEC)-, resultan trascendentales los informes médicos obrantes en el expediente -el especial valor probatorio de estas pericias en los procedimientos de responsabilidad patrimonial por 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-.

A tal efecto, ha de considerarse que las imputaciones efectuadas por los familiares del finado encuentran cumplida respuesta en los informes médicos obrantes en el expediente, singularmente en los de la aseguradora del Servicio Murciano de Salud y de la Inspección Médica.

En cuanto al primero de ellos, fue fechado por error el 17 de agosto de 2011, lo que determinó que los reclamantes consideraran que la perito de la aseguradora no había podido tomar en consideración los informes de los médicos actuantes, que habrían sido evacuados con posterioridad. Sin embargo, es evidente que dicha fecha es un error, toda vez que sería anterior a la formulación misma de la reclamación, que data del 26 de diciembre de 2011, y a la que viene referida el indicado informe. A la aseguradora se le dio traslado del expediente completo, en el que constaban también los aludidos informes facultativos.

En cualquier caso, el informe de la aseguradora sostiene la corrección del diagnóstico de reacción alérgica al antibiótico prescrito y que el paciente ya había tomado con anterioridad, lo que convertía dicha reacción del organismo en algo totalmente imprevisible. Asimismo, sostiene que en un primer momento el paciente no presentaba compromiso respiratorio ni colapso circulatorio (el informe de la médica de cabecera indica que únicamente presentaba un rash cutáneo, estaba consciente y no presentaba fatiga) por lo que el tratamiento adecuado era administrar corticoides, como efectivamente se hizo. Pese a ello, el paciente empeoró (dificultad respiratoria y semiinconsciencia) por lo que se administró adrenalina y oxígeno, además de nueva dosis de corticoides, "*también según las pautas habituales de tratamiento*". Con estas medidas el paciente pareció mejorar y estabilizarse durante unos veinte minutos, pero después sufrió un brusco empeoramiento, momento en que se requirió la presencia de la UME.

Para las reclamantes, sin embargo, no se solicitó la presencia de la UME en el mismo momento en que se advirtió el empeoramiento del paciente, sino que dicha decisión se demoró hasta que la Médico de familia volvió al Servicio de Urgencias y vio el estado en que se encontraba el paciente. En efecto, así se deduce del informe efectuado por esta facultativa en su informe. No obstante, ha de observarse que, en el evacuado por la Médico responsable del Servicio de Urgencias, se refleja cómo antes de llamar a la UME y tras el empeoramiento del paciente se le administra nueva dosis de adrenalina, sin mejoría, momento en que se decide requerir la presencia de la UME.

Es decir, la demora en la llamada se debe a la espera necesaria para determinar si la administración de la segunda dosis de adrenalina hace efecto. Cuando se advierte que no es así, es cuando se requiere la presencia de la UME.

La valoración global de esta asistencia que hace la perito de la aseguradora es que "no había ninguna otra medida que hubiera podido tomarse ni para prevenir la reacción ni para cambiar el curso de la evolución. Una reacción anafiláctica es siempre imprevisible y, como tal, inevitable, ante la que sólo caben las medidas terapéuticas que se tomaron".

La Inspección Médica ratifica esta positiva valoración de la asistencia prestada al paciente. Así, en respuesta a la imputación de mala praxis referida a la administración de adrenalina vía intramuscular y no intravenosa, señala cómo "tanto en las guías de práctica clínica como las monografías de revisión de protocolos del SUAP se prefiere utilizar la vía de administración intramuscular o subcutánea de la adrenalina en las formas menos severas de reacción anafiláctica por el riesgo de una arritmia cardíaca. Esta administración se puede repetir cada 5-15 minutos hasta un máximo de tres dosis. Sólo excepcionalmente se administra por vía intravenosa (casos de shock profundo, anafilaxia en el curso de anestesia) y siempre diluida y bajo monitorización electrocardiográfica".

Así se hizo en el presente supuesto, en el que inicialmente se administra adrenalina intramuscular, pues el paciente cuando llega al SUAP, aunque presenta síntomas de reacción anafiláctica, mantiene tensiones arteriales y frecuencia cardíaca. El paciente parece mejorar durante unos veinte minutos y, cuando comienza a empeorar, se administra una nueva dosis (la segunda) de adrenalina, también intramuscular. Cuando el shock anafiláctico se convierte en profundo, con taquicardia y taquipnea, se administra adrenalina intravenosa, ya por la UME.

En cuanto a la demora en solicitar la asistencia de la UME y que, según los reclamantes, fue de una hora -entre las 20:50 y las 21:47-, se considera oportuno transcribir el siguiente fragmento del informe de la Inspección Médica, que es suficientemente expresivo de lo ocurrido y de la valoración técnica que le merece la atención prestada al paciente:

"Según la historia clínica (folio 18), hoja de asistencia en SUAP, a las 21:15 horas presenta mejoría tras la administración de la primera dosis de adrenalina, pasados 20 minutos inicia de nuevo dificultad respiratoria (aproximadamente a las 20:35 horas); y se avisa a la UME a las 21:41 horas (folio 219). Es decir, en 6 minutos se toma la decisión y se hace la llamada, lo que parece un tiempo razonable, es decir, no se pierde una hora como dice el reclamante, durante tres cuartos de hora lo que se hizo fue una asistencia continuada y una colaboración estrecha entre facultativos (médica de familia y del SUAP) y enfermeros para tratar de salvar la vida del paciente. En las guías de actuación se considera la llamada al 061 dependiendo de la respuesta del paciente al segundo escalón terapéutico".

Así, cuando el paciente tras la mejoría experimentada vuelve a empeorar, se le administra de nuevo adrenalina y, cuando se advierte que no mejora, es cuando se llama a la UME.

Todo ello lleva a la Inspección Médica a concluir que, según los datos de la historia clínica y el relato de los intervinientes, la atención fue continuada, coordinada y diligente entre todo el personal sanitario del Centro de Salud, SUAP de Mazarrón y UME, calificando la asistencia prestada por todos los facultativos de "correcta y de acuerdo a protocolos y líneas de actuación habituales en un Servicio de Urgencias de Atención primaria".

Ante estos informes evacuados por quienes tienen los conocimientos técnicos y científicos adecuados para ello,

las manifestaciones vertidas por las interesadas en su reclamación tendentes a establecer una relación directa entre la administración de la adrenalina por vía intramuscular en lugar de intravenosa, la demora en requerir la presencia de la UME y el fallecimiento del paciente, carecen de eficacia enervante por constituir meras afirmaciones de parte no avaladas por dictamen médico alguno.

En consecuencia, a juicio del Consejo Jurídico no ha sido acreditado por las reclamantes, sobre quienes recae la carga de la prueba (art. 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil), ni resulta del expediente, que se haya producido una violación de la *lex artis* médica en la prestación sanitaria desplegada por los facultativos integrados en el sistema de salud regional.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Sin perjuicio de lo señalado en la Consideración Segunda de este Dictamen acerca del procedimiento seguido, se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al no concurrir los requisitos necesarios para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

No obstante, V.E. resolverá.