



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 109/2017

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 8 de mayo de 2017, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excmo. Sra. Consejera de Sanidad), mediante oficio registrado el día 9 de noviembre de 2016, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otra, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. 308/16), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Por medio de un escrito fechado el 28 de febrero de 2011 x, y presentan una solicitud de indemnización fundamentada en la responsabilidad patrimonial que incumbe a la Administración de acuerdo con lo que se establece en la -entonces vigente- Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

En la reclamación exponen que el día 24 de diciembre de 2009 acudieron con su hijo x al servicio de urgencias del ambulatorio de Cehegín porque presentaba una erupción roja por todo el cuerpo con inflamación de la mano derecha. Le inyectaron *Urbason* y le dieron el alta.

Según relatan los interesados, esa situación se repitió los días 26 y 28 de diciembre en el Servicio de Urgencias del Hospital de Caravaca de la Cruz, a pesar de que la erupción había aumentado, tenía fiebre y experimentaba fatiga.

Sin embargo, el 1 de enero de 2010 quedó ingresado en el citado Hospital porque su hijo sufrió asma. Le trajeron entonces con antibióticos y de nuevo con *Urbason*. Ocho días más tarde le dieron el alta pero el 15 de enero tuvieron que acudir de nuevo al Servicio de Urgencias porque volvió a tener fiebre y a presentar dificultad respiratoria. Quedó ingresado hasta el 26 de enero.

El 4 de febrero experimentó una grave dificultad respiratoria y una gran inflamación de estómago y volvieron otra vez al Hospital de Caravaca de la Cruz. Manifiestan que aunque le pidieron al médico que los atendió que derivara a su hijo al Hospital *Virgen de la Arrixaca*, de Murcia, no accedió a ello y le dio de nuevo el alta.

Como el paciente no mejoraba, el 7 de febrero acudieron por su cuenta al último hospital citado, donde su hijo falleció el 7 de marzo, después de estar un mes ingresado en ese centro.

Los interesados consideran que la muerte de su hijo se produjo como resultado de la atención inadecuada que se le dispensó y de los continuos y graves errores de diagnóstico que se sucedieron. Entienden que se produjo un funcionamiento anormal del servicio sanitario regional y que existe una relación de causalidad evidente entre ese comportamiento de la Administración pública y el fallecimiento que se ha mencionado.

Por esa razón, solicitan que se les indemnice con la cantidad de ciento cincuenta mil euros (150.000 euros), que se calcula con arreglo a lo que se dispone en la Resolución de 20 de enero de 2011 por la que se publican las cuantías de las indemnizaciones por muerte, lesiones permanentes e incapacidad temporal que resultan de aplicar durante 2011 el sistema de valoración del daño en accidentes de tráfico, conforme establece una doctrina jurisprudencial consolidada.

SEGUNDO.- La Jefa de Servicio Jurídico del Servicio Murciano de Salud solicita a los interesados el 24 de marzo que acrediten la legitimación activa con la que dicen actuar, lo que llevan a efecto el 14 de abril siguiente mediante la aportación de un certificado del Registro Civil de Cehegín.

TERCERO.- El Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta una resolución el 19 de abril de 2011 por la que admite a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial y designa instructora del procedimiento, lo que es debidamente notificado a los interesados junto con un escrito en el que se contiene la información a la que se hace referencia en el artículo 42.4 LPAC y en el que se les requiere para que propongan los medios de prueba de los que pretendan valerse.

CUARTO.- Por medio de comunicaciones fechadas el citado 19 de abril de 2011 se da cuenta de la presentación de la reclamación de responsabilidad patrimonial a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, a la Dirección de los Servicios Jurídicos y a la correduría de seguros -- para que lo comunique a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

QUINTO.- Mediante otro escrito fechado ese mismo día 19 de abril de 2011 el órgano instructor solicita a la Dirección Gerencia del Área IV de Salud que remita una copia de la historia clínica del hijo de los reclamantes y los informes de los profesionales que le asistieron, acerca de los hechos expuestos en la solicitud de indemnización.

SEXTO.- Con fecha 23 de mayo de 2011 se recibe una comunicación de la Jefe de la Unidad de Admisión y Documentación Clínica del Área de Salud referida con la que adjunta una copia de la historia clínica solicitada -obtenida del programa informático SELENE- y el informe elaborado el día 18 del mismo mes por el Dr. x. En dicho documento se hace constar lo siguiente:

"Paciente atendido en Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal del Noroeste con el motivo de consulta de

dolor abdominal.

Como antecedente se constata patología alérgica con polinosis precisando tratamiento con corticoides a altas dosis y antihistamínicos, neumonía viral previa el día 8 de enero por sd mononucleósico.

Acude por dolor abdominal difuso, con distensión abdominal de unos 3 días de evolución, de inicio paulatino, sobre todo en fosa ilíaca derecha sin signos de irritación peritoneal y facies corticoidea.

A la exploración complementaria se aprecia leucocitosis con desviación a la izquierda 12540 leu (83%N), con perfil hepático, pancreático y renal normales, con un mínimo pinzamiento en seno costofrénico posterior y con una eco abdominal que informa como dato relevante de pequeña cantidad de líquido libre en perihepático y gotera paracólica derecha.

Consultado con cirujano de guardia, no aprecia patología quirúrgica urgente por su parte, recomendando tratamiento sintomático y con la advertencia de regresar si empeora".

SÉPTIMO.- El 21 de julio de 2011 se requiere a la Subdirección General de Atención al Paciente e Inspección Sanitaria para que la Inspección Médica emita un informe valorativo de la reclamación de responsabilidad patrimonial y se remite una copia del expediente a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

OCTAVO.- Obra en el expediente el informe médico-pericial aportado por la aseguradora realizado colegiadamente por cinco médicos especialistas en Medicina Interna el 14 de octubre de 2011, en el que después de que se ofrezca un relato de los hechos y de que se expongan ciertas consideraciones médicas, se formulan las siguientes conclusiones:

"1. El paciente falleció como consecuencia de un fracaso multiorgánico en el contexto de una enfermedad autoinmunitaria, cuyo origen no pudo ser filiado. Además, sufrió complicaciones infecciosas, secundarias al tratamiento inmunodepresor y de soporte en la Unidad de Cuidados Intensivos.

2. Todo el procedimiento diagnóstico y terapéutico fue correcto y ajustado a la *lex artis*. No hemos encontrado ningún argumento que sustente una mala práctica médica.

3. Un diagnóstico más precoz del proceso no hubiera variado el curso de la enfermedad.

4. El proceso padecido por el paciente es una enfermedad extremadamente infrecuente, sin apenas referencias en la bibliografía médica y con un pronóstico vital infausto".

NOVENO.- Con fecha 28 de enero de 2016 se recibe un oficio de la Subdirección General mencionada con el que se adjunta el informe valorativo emitido por la Inspección Médica el día anterior.

En ese documento se relatan los hechos acontecidos, se formula un juicio crítico y se expone las siguientes conclusiones:

"1) Paciente de 22 años de edad con antecedentes personales de alergia a varios materiales que consultó en Servicio de Urgencias del HCN en diversas ocasiones por exantema generalizado y posteriormente con fiebre.

2) Toda la actuación médica diagnóstica, de tratamiento y recomendaciones en las consultas realizadas en el Servicio de Urgencias son acordes con los protocolos empleados ante demandas de asistencia por esta sintomatología.

3) Por falta de mejoría a pesar del tratamiento del exantema maculopapuloso de 14 días de evolución es ingresado en Servicio de MI para estudio diagnóstico y tratamiento.

4) La asistencia tanto diagnóstica como de tratamiento y estudio-seguimiento llevada a cabo tras los ingresos hospitalarios por el Servicio de MI del HCN es correcta y adecuada.

5) Finalmente acude a Servicio de Urgencias del HUVA por fiebre y malestar general tras ECG se aprecia alteración del ritmo cardíaco y trastornos de la repolarización, es valorado por cardiología y se ingresa en UCI donde tras múltiples pruebas se diagnostica de miopericarditis y urticaria generalizada sin filiar.

6) Es alta en UCI pero por empeoramiento vuelve a ingresar, el estudio inmunológico, serológico y microbiológico es negativo a excepción de la presencia de Ac antifosfolípidos positivos.

7) La biopsia cutánea informa de la presencia de trombosis de capilares subepidérmicos con depósitos en pared capilar de IgM (inmunoglobulina M) compatibles con Síndrome antifosfolípido.

8) La evolución del paciente es desfavorable a pesar del empleo de todas las medidas terapéuticas (tratamiento con heparina, corticoides, anticuerpos monoclonales, plasmaférésis, soporte hemodinámico, intubación orotraqueal, diálisis...).

9) A pesar de todos los estudios realizados no se pudo filiar el origen de su patología.

10) Toda la actuación de la UCI es correcta y adecuada y acorde con los protocolos de asistencia publicados en

la literatura médica.

11) *El estudio necrópsico diagnostica probable SAF (síndrome antifosfolipídico) catastrófico.*

12) *La patología que afectó al paciente es una patología poco frecuente según lo publicado en la literatura médica que representa menos del 1% de todos los pacientes con SAF, siendo una situación médica grave y rápidamente evolutiva que conduce a la insuficiencia multiorgánica.*

13) *No hay evidencia de mala praxis en la asistencia sanitaria prestada al paciente".*

DÉCIMO.- El 11 de febrero de 2016 se confiere a los reclamantes y a la compañía aseguradora el correspondiente trámite de audiencia a los efectos de que puedan formular las alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que tengan por convenientes.

En este sentido, se contiene en el expediente un escrito firmado por los interesados el 26 de febrero en el que reproducen el contenido de sus alegaciones anteriores y en el que, de manera más concreta, ponen de manifiesto que a su hijo se le remitió con alta a su domicilio en numerosas ocasiones con diagnósticos erróneos, como síndrome mononucleósico y neumonía vírica.

También resaltan que, a pesar de la gravedad del cuadro que presentaba, no se le realizaron pruebas diagnósticas determinantes (biopsia dérmica-muscular) hasta el 12 de febrero de 2010, esto es, 51 días después de la primera consulta y 34 días después de recibir la primera alta hospitalaria en el Hospital Comarcal del Noroeste, sin diagnóstico correcto.

Debido a esas circunstancias, entienden que se produjo en este caso un error de diagnóstico en todos los ingresos en el citado hospital y la pérdida de la oportunidad de que su hijo hubiera sido trasladado al Hospital Virgen de la Arrixaca para someterlo a la prueba específica, es decir, a la biopsia citada. Consideran que ello privó a su hijo de la posibilidad de curarse, y recuerdan que falleció a causa de un síndrome antifosfolipídico catastrófico.

Por último, manifiestan que ante esa patología el diagnóstico y el tratamiento enérgico son determinantes para cambiar la potencial salida fatal y recuerdan que la asociación de heparina, altas dosis de corticoides, inmunoglobulinas y plasmaféresis son las bases del tratamiento.

Junto con el escrito de alegaciones adjuntan una abundante documentación clínica.

UNDÉCIMO.- Con fecha 13 de octubre de 2016 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por considerar que no concurren los requisitos necesarios para declarar la existencia de

responsabilidad patrimonial y, de manera singular, el nexo causal que debe existir en ese caso entre el daño alegado y el funcionamiento del servicio público sanitario.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en este Consejo Jurídico el 9 de noviembre de 2016.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, ya que versa sobre una reclamación que en concepto de responsabilidad patrimonial se ha formulado ante 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 los artículos 142.3 LPAC y 12.1 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Régimen legal aplicable, legitimación, plazo de interposición de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. En cuanto al régimen jurídico que resulta de aplicación a este procedimiento, conviene recordar que la LPAC ha sido derogada por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC 2015) y que este nuevo Cuerpo legal y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), configuran una nueva regulación de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Sin embargo, la Disposición transitoria tercera, apartado a), de la LPAC 2015 dispone que no resulta de aplicación a los procedimientos iniciados antes de su entrada en vigor, sino que se regirán por la normativa anterior. De conformidad con ello, el régimen legal que resulta aplicable en este caso es el que se contenía en la LPAC.

II. La reclamación por daño moral ha sido interpuesta por personas interesadas como son los padres del paciente fallecido, cuya condición acreditan por medio de una certificación expedida por el Registro Civil de Cehegín.

La Administración regional está legitimada pasivamente por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

III. En relación con el requisito del plazo, el artículo 142.5 LPAC establece que, en todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo.

En este caso, el fallecimiento del hijo de los reclamantes se produjo el 7 de marzo de 2010 y la solicitud de indemnización se presentó el 28 de febrero del año siguiente, de forma temporánea por tanto, ya que se ejercitó dentro del plazo legalmente establecido.

IV. 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, si bien se advierte que se ha sobrepasado en exceso el plazo de tramitación del procedimiento al que se refiere el artículo 13.3 RRP puesto que se ha debido esperar a que la Inspección Médica emitiera su informe valorativo.

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, según el cual *"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.

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

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupos de personas.
2. Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.
3. Ausencia de fuerza mayor.
4. 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 del sanitario ha de llevarse a cabo con sujeción a 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 (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del 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 una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para 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 (STS, Sala 3^a, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

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 que puedan imputarse a dicha actuación infractora, 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 en estos casos u otros análogos.

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).

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto: inexistencia de relación de causalidad entre el daño alegado y el funcionamiento del servicio sanitario regional.

Como se ha puesto de manifiesto con anterioridad, los reclamantes solicitan una indemnización porque consideran que su hijo falleció como consecuencia de los varios errores de diagnóstico que se cometieron cuando fue asistido en los Servicios de Urgencias del Centro de Salud de Cehegín y del Hospital Comarcal del Noroeste, e incluso cuando ingresó en este último centro hospitalario.

De igual modo, entienden que, a pesar de la gravedad del cuadro que presentaba, no se le realizaron pruebas diagnósticas determinantes (en particular, una biopsia dérmica-muscular) para obtener el diagnóstico de la enfermedad que padecía su hijo, un síndrome antifosfolipídico (SAF), y que se le privó de la posibilidad (pérdida de oportunidad) de haber sido trasladado al Hospital *Virgen de la Arrixaca*, de Murcia. Consideran que ello hubiera posibilitado que se le hubiera dispensado un tratamiento adecuado que hubiese evitado su fallecimiento, muy probablemente.

En el caso que nos ocupa conviene recordar que el paciente tenía 22 años y que tenía antecedentes médicos de alergias a múltiples materiales biológicos.

Sin embargo, los interesados no han aportado ninguna prueba, preferentemente de carácter pericial, que avale el contenido de sus imputaciones de mala praxis a pesar de que les corresponde hacerlo de acuerdo con el clásico aforismo *necessitas probandi incumbit ei qui agit* y de lo que se dispone en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, según el cual corresponde al demandante la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda, según las normas jurídicas a ellos aplicables, el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda.

De manera contraria, la Administración sanitaria ha aportado al procedimiento el informe valorativo de la Inspección Médica y un informe pericial realizado conjuntamente por cinco médicos especialistas en Medicina Interna en los que se concluye no se produjo en este caso ninguna contravención de la *lex artis ad hoc* y que la asistencia diagnóstica y de tratamiento que se proporcionó al hijo de los peticionarios fue correcta a la luz de la sintomatología que presentaba en cada momento y de las pruebas complementarias que se le realizaron. También se añade en ellos que la asistencia que se le dispensó al paciente se ajustó en todo momento a los protocolos de actuación de los servicios respectivos.

En concreto, se explica en el informe pericial que las enfermedades autoinmunes son aquellas en las que se produce una pérdida de la autotolerancia (falta de respuesta inmune específica frente a autoantígenos) y la reacción inmunitaria se dirige específicamente hacia componentes del propio organismo, causando daños en los tejidos. Entre las enfermedades autoinmunes no específicas de órgano destaca el SAF, en la que se producen anticuerpos contra las membranas de las células.

Se apunta asimismo que aunque no hay unanimidad al respecto algunas teorías afirman que, junto a una predisposición genética, el efecto de algunos microorganismos (virus o bacterias) o el de ciertos medicamentos desencadena estos procesos, y se añade que actualmente no existe un tratamiento específico ni curativo contra estas enfermedades.

Además, se expone que el síndrome antifosfolipídico se denomina "catastrófico" si afecta a tres o más órganos de forma simultánea. En los dos informes se coincide en señalar que este tipo de SAF es una forma muy rara de presentación cuyo pronóstico es muy desfavorable, y que constituye una variante del síndrome antifosfolipídico clásico, que conduce a una insuficiencia multiorgánica, caracterizada por la oclusión trombótica de los vasos de pequeño calibre, que se produce en un corto período de tiempo.

De igual modo, se destaca en los informes que representa aproximadamente el 1% de los pacientes con SAF que, sin embargo, su mortalidad es mucho mayor, hasta el punto de alcanzar el 50%. También se advierte que las causas y los factores pronósticos que influyen en esta elevada mortalidad son desconocidos. Se trata, por lo tanto, de una situación médica grave y rápidamente evolutiva que conduce a insuficiencia multiorgánica, de difícil diagnóstico y con tratamiento asociado con deterioro de la respuesta inmunitaria que favorece las infecciones oportunistas concomitantes.

En el informe de la Inspección Médica se analiza detalladamente la asistencia que se prestó al paciente en cada una de las ocasiones que acudió a los Servicios Urgencias mencionados y su conformidad con los protocolos médicos que resultaban de aplicación. Así, se detalla que:

a) Cuando acudió por vez primera a Urgencias el hijo de los interesados presentaba un exantema, es decir, una erupción de la piel, de color rojizo y más o menos extenso, que constituye la manifestación de un gran número de infecciones. El Inspector Médico considera que la actuación fue correcta y ajustada al protocolo, ya que cuando se presentan lesiones cutáneas con antecedentes alérgicos el tratamiento inicial indicado es sintomático con antihistamínicos y recomendación de seguimiento por el médico de atención primaria, que es lo que se realizó de forma correcta.

b) Cuatro días después acudió de nuevo con un cuadro de urticaria de tres días de evolución sin mejoría con antihistamínicos, con síntoma añadido de tos irritativa. Se inició entonces un tratamiento con corticoides, antihistamínicos y antitérmicos, con mejoría progresiva de los síntomas. Por el buen estado general se decidió el alta con diagnóstico de urticaria y fiebre de corta evolución. El Inspector Médico entiende que la actuación fue correcta y adecuada a la vista de la sintomatología que presentaba el paciente y de los resultados que ofrecieron las pruebas complementarias que se le realizaron.

c) A los cuatro días regresó por falta de mejoría en el exantema maculopapuloso pruriginoso, acompañado de fiebre de hasta 38,5º y deposiciones blandas. Se evidenció que las lesiones eran resistentes al tratamiento con antihistamínicos y corticoides y se ingresó al paciente en el Servicio de Medicina Interna que inició el procedimiento diagnóstico con la realización de múltiples pruebas analíticas complementarias que resultaron normales.

El hijo de los reclamantes experimentó una mejoría progresiva de sus síntomas con dosis elevadas de corticoides, por lo que el diagnóstico al alta fue de probable síndrome mononucleósico. De acuerdo con los protocolos, los procesos de más de 15 días deben ser estudiados y por ese motivo se le realizó la batería de pruebas citadas, que arrojaron resultados dentro de la normalidad. Por esa razón, junto con la mejoría de la sintomatología que se produjo, se concedió el alta hospitalaria de forma correcta, según entiende el Inspector Médico.

d) Una semana después acudió al Servicio de Urgencias por disnea y fiebre y fue ingresado en el Servicio de Medicina Interna para estudio, seguimiento y tratamiento. Se le sometió a una nueva batería de pruebas complementarias serológicas, radiológicas -incluida una TAC-, analíticas y se le realizó un estudio de autoinmunidad. Las pruebas, sin embargo, no mostraron ninguna alteración patológica y ello condujo a que se le diagnosticara de neumonía intersticial o de infección por microbacterias. Se añadió antibioterapia al tratamiento con corticoides, lo que hizo posible que el paciente experimentara una mejoría. Por ello, se le dio el alta hospitalaria. También considera en esta ocasión el Inspector Médico que la actuación del Servicio fue correcta y adecuada, y acorde con los protocolos de actuación.

e) Nueve días después el paciente consultó en el Servicio de Urgencias por sentir un dolor abdominal difuso con distensión abdominal e inicio en fosa ilíaca derecha. Se realizó interconsulta con Servicio de Cirugía que no apreció la existencia de una patología quirúrgica urgente y recomendó tratamiento sintomático. A juicio de la Inspección Médica, la actuación sanitaria fue correcta y adecuada a los protocolos que resultaban de aplicación.

f) A los cuatro días acudió al Servicio de Urgencias del Hospital *Virgen de la Arrixaca* por experimentar fiebre y malestar general. En el electrocardiograma se apreció una alteración en el ritmo cardíaco y trastornos en la repolarización, por lo que quedó ingresado en la UCI donde se le realizaron múltiples pruebas complementarias (estudio inmunológico, estudio serológico, nueva ecografía abdominal y nuevo ecocardiograma). El diagnóstico al alta fue de miopericarditis y urticaria generalizada sin filiar. Fue dado de alta en la planta de Cardiología pero debido a un empeoramiento de los síntomas ingresó de nuevo en la UCI.

En esta ocasión, el estudio inmunológico, serológico y microbiológico fue negativo con excepción de la presencia de anticuerpos antifosfolípidos positivos. Se realizó una biopsia cutánea que informó de la presencia de trombosis de capilares subepidérmicos con depósitos de inmunoglobulina M compatibles con SAF.

g) A partir de este momento la evolución del paciente fue desfavorable a pesar de que se emplearon todas las medidas terapéuticas disponibles (tratamiento con heparina, corticoides, anticuerpos monoclonales, plasmaférésis, soporte hemodinámico, intubación orotraqueal, diálisis...). Como señalan los peritos médicos, el tratamiento inmunosupresor fue llevado a su máxima expresión y el paciente fue tratado con anticuerpos monoclonales y plasmaférésis.

El control periódico de las infecciones oportunistas con cultivos de sangre, orina y secreciones respiratorias fue correcto, según entiende el Inspector Médico. Ante la persistencia de disfunción multiorgánica (renal, cardiaca, hepática) con coagulopatía y trombopenia progresiva, tratada con esteroides y con inmunoglobulinas, se interpretó el SAF como catastrófico.

Todas las pruebas complementarias de carácter inmunológico, serológico y microbiológico que se solicitaron no permitieron determinar la causa del proceso. El informe necrópsico de anatomía patológica que se le realizó al paciente después de su fallecimiento informó como causa un fallo multiorgánico compatible con el SAF primario o secundario asociado con otras enfermedades autoinmunes. Según considera la Inspección Médica, toda la actuación que se siguió en la UCI fue correcta y adecuada a los protocolos publicados en la literatura médica. Para los peritos médicos, el desenlace fatal del proceso no guarda relación con ninguna mala práctica médica tampoco en este último ingreso.

De lo que se ha expuesto sólo cabe concluir que se prestó al hijo de los reclamantes toda la asistencia médica que demandaba el estado en el que se encontraba en cada momento, que los diferentes diagnósticos que se emitieron se ajustaron a la sintomatología que presentaba en cada ocasión y que se trataron con arreglo a los protocolos médicos que resultaban de aplicación, como se apunta asimismo detalladamente en el informe médico-forense aportado al procedimiento.

En consecuencia, no se ha acreditado que exista relación de causalidad alguna entre el supuesto retraso de

diagnóstico que se ha alegado y la muerte del paciente, si se toma en consideración lo que se señala en el informe de la Inspección Médica ("consideramos que la evolución final del paciente en este caso hubiera sido la misma con independencia de todas las actuaciones que se realizaron para su diagnóstico y tratamiento, que todas ellas fueron correctas y adecuadas") y lo que se menciona en la Conclusión 3^a del informe pericial, según el cual "Un diagnóstico más precoz del proceso no hubiera variado el curso de la enfermedad".

Por los motivos que se han expuesto no se puede considerar que se haya producido una actuación sanitaria contraria a *la lex artis ad hoc* (Conclusiones segundas de los dos informes citados) que genere algún tipo de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria y que motive el abono de una indemnización a los interesados.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por entender que no concurren los elementos determinantes de la responsabilidad extracontractual de la Administración sanitaria y, de modo particular, una relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el fallecimiento del hijo de los interesados.

No obstante, V.E. resolverá.