



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **223/2018**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 4 de septiembre de 2018, 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 Excm. Sra. Consejera de Sanidad), mediante oficio registrado el día 3 de marzo de 2017, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **59/17**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 7 de marzo de 2016 se presentó un escrito de reclamación patrimonial formulada por x, dirigida al Servicio Murciano de Salud (SMS), basada, en síntesis, en los siguientes hechos:

Su hijo x, de 29 años, fue diagnosticado de un glioma temporal izquierdo de alto grado en julio de 2014, siendo intervenido el día 11 de dicho mes, accediendo al lóbulo temporal y resecando la porción medial hasta cisura carótida, produciéndose una lesión isquémica izquierda y quedando como secuelas hemiparesia derecha y alteración del lenguaje. Inicia radioterapia el 27 de agosto de 2014.

En diciembre de 2014 es necesario colocarle una sonda nasogástrica para la alimentación, dado el deterioro progresivo con hemiplejía derecha, deterioro cognitivo y trastorno de la deglución. El 18 de enero de 2015 ingresa en Urgencias por neumonía por broncoaspiración, siendo alta tras estabilización el 4 de febrero de 2015, siendo su situación basal: deterioro cognitivo moderado, postración, incontinencia, caquexia y sarcopenia, dependiente de otras personas para todas las actividades de la vida diaria, vida cama-sillón.

El 9 de febrero de 2015 ingresa de nuevo por broncoaspiración y neumonía, con cuadro de sudoración y trabajo respiratorio, no relacionándose la aparición de esta sintomatología con la toma de nutrición por PEG (sonda nasogástrica). Su evolución fue buena, colocándosele una sonda para nutrición enteral, con buena tolerancia, dándosele alta el día 6 de marzo, con una gran mejoría desde el punto de vista respiratorio. Sobre las 17 horas de ese día el paciente se encontraba en la habitación del hospital esperando para ser trasladado en ambulancia a su domicilio. Se encontraba en una cama especial con colchón antiescaras, cuando una auxiliar de enfermería entró en la habitación, incorporando el respaldo de la cama hasta colocarlo a 90º y procediendo a desinflar el colchón. En vez de trasladar inmediatamente al paciente a otra camilla, al encontrarse sus compañeras auxiliares realizando sus funciones con el otro paciente con el que x compartía habitación, salió de la habitación dejando al paciente con el colchón desinflándose. Cuando la reclamante entró en la habitación, a los 15 minutos, encontró el

colchón totalmente desinflado y a su hijo *"atrapado y ahogándose"*, por lo que avisó rápidamente, colocando el respaldo de la cama en posición horizontal.

Tras el episodio relatado el paciente entra en taquicardia con trabajo respiratorio y tras recibir tratamiento con Atrovent y 200 iv de Azatosina se produce mejoría clínica, aunque con baja saturación. Se inicia Bipap Rx sin datos iniciales de broncoaspiración. Tras un empeoramiento general x fallece el día 7 de marzo de 2015, siendo la causa de la muerte insuficiencia respiratoria aguda.

La interesada entiende que la auxiliar no siguió el protocolo establecido para el traslado del paciente, pues debió trasladar primero al paciente y después desinflar el colchón, por lo que la maniobra realizada provocó una compresión traumática del paciente que, a su vez, produjo un desplazamiento del PEG y con ello una posible broncoaspiración, *"como se deduce del informe inicial de alta de fecha 6 de marzo de 2015"*. La reclamante señala que el segundo informe de alta, de fecha 7 de marzo, refiere una posible broncoaspiración tras nutrición enteral, pero no explica nada sobre quién la realizó y en qué circunstancias, por lo que cree que existe una evidente contradicción entre ambos informes.

Por todo lo relatado, la reclamante considera que existió una negligencia profesional por no seguir los protocolos establecidos, solicitando una indemnización de 115.993,82 euros. Adjunta diversa documentación.

SEGUNDO.- La reclamación fue admitida a trámite el 28 de abril de 2016 por el Director Gerente del SMS, notificándose a los interesados.

En la misma fecha se solicitó a la Gerencia de Área de Salud VII (Hospital *"Reina Sofía"*) la historia clínica del paciente y los informes de los profesionales que lo atendieron.

TERCERO.- Mediante oficio de dicha Gerencia de 1 de junio de 2016 se remitió la documentación solicitada, destacando la siguiente:

- Informe de 16 de mayo de 2016 de la supervisora de la planta 4ª de dicho hospital, que expresa:

"Tras consultar con el personal de la 4a derecha que trabajaba en los turnos de tarde y noche del día 6 de marzo del 2015 informo:

La celadora encargada de las altas llega a la habitación para recoger al paciente de la 427 cama 2.

Según el protocolo, desconecta la cama y el colchón para proceder al traslado.

No puede salir en ese momento ya que estaban terminando de asear al paciente de la cama 1, por lo que debe esperar a que finalicen para poder sacar la cama de la habitación.

Cuando acaban, vuelve a entrar y se encuentra a la madre del paciente dado de alta, muy nerviosa, diciendo que su hijo "se estaba ahogando". El colchón se había desinflado.

A partir de ahí las enfermeras se hacen cargo inmediatamente y avisan al internista".

- Informe del Dr. x, Jefe del Servicio de Medicina Interna, de 30 de mayo de 2016, en el que expresa:

"El paciente presentaba un tumor cerebral de alto grado de malignidad que en conjunto ha seguido la evolución esperable en estos tipos de neoplasias. Los tumores cerebrales pueden tener un comportamiento clínico desfavorable, como el del paciente que nos ocupa, por tres motivos: su estirpe celular y grado de agresividad citológica, hipertensión endocraneal grave que puede conducir a la muerte y, finalmente, por su localización, de la que se puede derivar imposibilidad absoluta de resección o, como en el caso que nos ocupa, secuelas motoras y disfasia. La supervivencia está relacionada, pues, con su agresividad, posibilidad de resección completa y respuesta al tratamiento adyuvante con radioterapia y quimioterapia. En los gliomas de alto grado no alcanza, en un porcentaje elevado de casos, el año desde el diagnóstico, siendo la causa última de muerte una infección generalmente pulmonar, la enfermedad tromboembólica venosa, el síndrome de hipertensión endocraneal o el sangrado intracraneal de la neoplasia.

En cuanto a la broncoaspiración, motivo de la reclamación patrimonial, es un fenómeno complejo derivado de la alteración del mecanismo de la deglución y de la tos y de la disminución del nivel general de alerta. Debemos resaltar que la colocación de sondas nasogástricas o de gastrostomía facilita la posibilidad de alimentar al paciente y evita el atragantamiento durante la deglución; pero en absoluto previene las regurgitaciones del contenido gástrico y la consiguiente broncoaspiración. Prueba de ello es que el paciente había sufrido varios episodios clínicos de neumonía por aspiración y, con toda seguridad, muchas más aspiraciones subclínicas que no llegaron a provocar una neumonitis importante.

El momento de cada una de las broncoaspiraciones es completamente fortuito y el tratar de vincularlo de manera causal absoluta y directa con la manipulación del mueble cama o el colchón antiescaras, máxime cuando se incorporó al paciente, carece, desde mi punto de vista, del rigor necesario para hacerlo responsable causal de la broncoaspiración. Con anterioridad había broncoaspirado en otras posiciones y el aumento de la presión intrabdominal y la producción de reflujo gastroesofágico se produce en circunstancias muy variadas. Por tanto, en mi opinión no es posible establecer una relación causa/efecto entre la manipulación de la cama y la broncoaspiración que produjo el exitus, que ya era esperable por la evolución clínica del tumor cerebral".

CUARTO.- Mediante oficio de 7 de junio de 2016 se comunica a la reclamante que tiene la documentación solicitada a su disposición y que no es necesario realizar la prueba testifical solicitada al haberse confirmado los hechos que relata en su reclamación.

QUINTO.- El 13 de junio de 2016 se solicita informe a la Inspección Médica de la Consejería consultante.

SEXTO.- Obra en el expediente, aportado por la compañía aseguradora del SMS, un informe pericial realizado el 27 de junio de 2016 por una Médico Internista en el que, tras analizar los hechos y realizar diversas consideraciones médicas, concluye lo siguiente:

"1. x, de 29 años estaba diagnosticado de un glioblastoma temporal izquierdo de alto grado en julio del 2014 y tras la intervención diagnóstico/terapéutica se produjo una lesión isquémica izquierda dejando como secuela una hemiparesia derecha y alteración del lenguaje. Inició radioterapia el 27 de julio.

2. El 30 de septiembre acudió a urgencias por crisis comicial secundaria al proceso tumoral, objetivándose un deterioro progresivo con hemiplejía derecha, trastorno de la deglución y deterioro cognitivo con progresión tumoral documentada.

3. Precisó la colocación de una sonda nasogástrica en diciembre del 2014.

4. El 18 de enero del 2015 acudió a urgencias por un cuadro de neumonía por broncoaspiración, siendo ingresado y dado de alta el 4 de febrero del 2015.

5. Reingresó el 9 de febrero por otro episodio similar. Tenía episodios de tos y sofocación frecuentes.

6. En el momento del alta, por mejoría respiratoria, que no de las demás condiciones, sufrió un nuevo episodio que la familia relacionó con la actuación de una auxiliar pero que, tal como está descrito, es uno de los episodios de broncoaspiración de sus propias secreciones o de la sonda enteral que sufría habitualmente.

7. Falleció el 7 de marzo en relación con la progresión de su enfermedad de base que producía cuadros de broncoaspiración repetidos.

VI.- CONCLUSIÓN FINAL.

La atención recibida por x es correcta y ajustada a lex artis. No es imputable a la actuación de la auxiliar el cuadro sufrido por el paciente, sino de su situación basal, algo que la familia ya conocía y con un desenlace fatal inevitable".

SÉPTIMO.- Mediante oficios de 15 de noviembre de 2016 se acordó un trámite de audiencia y vista del expediente para los interesados, no habiendo comparecido ni formulado alegaciones.

OCTAVO.- El 22 de febrero de 2017 se formula una propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación; en síntesis, por no acreditarse infracción a "*lex artis ad hoc*" en la asistencia sanitaria pública, por lo que no existe la necesaria y adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización.

NOVENO.- 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 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), y 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), vista la fecha de iniciación del procedimiento.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. La reclamante tiene legitimación para formular la pretensión indemnizatoria objeto del presente procedimiento, por los daños morales inherentes al fallecimiento de su hijo, que imputa al anormal funcionamiento de los servicios sanitarios del SMS.

Por su parte, la Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse los daños al funcionamiento de 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 LPAC, no hay reparo que oponer, vista la fecha de los hechos y la 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.

I. 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.

II. 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 razonablemente 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, entre muchos otros, 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 ad hoc"* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, 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 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).

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. No obstante, y como hemos reiterado en anteriores Dictámenes, habiéndose solicitado dicho informe y no siendo emitido hasta el momento, en el presente caso no resulta determinante, pudiendo entrarse en el fondo del asunto a la vista tanto de los informes obrantes en el expediente como de la falta de contradicción técnica de los mismos por parte del reclamante.

CUARTA.- Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que reclama indemnización. Falta de acreditación.

I. De la reclamación reseñada en el Antecedente Primero se desprende que se imputa a la Administración regional una actuación contraria a la praxis médica en la asistencia prestada al hijo de la reclamante el 6 de marzo de 2015 en el hospital público *"Reina Sofía"*, determinante de su fallecimiento. En concreto, alega que el paciente se encontraba en la habitación del hospital esperando para ser trasladado en ambulancia a su domicilio cuando una auxiliar de enfermería entró en la habitación, incorporando el respaldo de la cama hasta colocarlo a 90º y procediendo a desinflar el colchón y, en vez de trasladar inmediatamente al paciente a otra camilla, como habían unas compañeras realizando sus funciones con el otro paciente de la habitación, salió de ella dejando al primero con el colchón desinflándose, de modo que cuando la reclamante entró en la habitación a los 15 minutos encontró el colchón totalmente desinflado y a su hijo *"atrapado y ahogándose"*, por lo que avisó rápidamente a enfermería, colocando el respaldo de la cama en posición horizontal, entrando el paciente en taquicardia, con empeoramiento general, falleciendo de insuficiencia respiratoria aguda.

En su reclamación afirma que, *"como se deduce del informe inicial de alta de fecha 6 de marzo de 2015"*, dicha operación de desinflado provocó una compresión traumática del paciente que, a su vez, produjo un desplazamiento del PEG y con ello una broncoaspiración que, al final, acabó causando su fallecimiento. Señala que el segundo informe de alta, de fecha 7 de marzo, refiere una posible broncoaspiración tras nutrición enteral, pero no explica nada sobre sus circunstancias, por lo que cree que existe una evidente contradicción entre ambos informes.

Frente a ello debe decirse, en primer lugar, que no es cierto que del primer informe de alta, el del 6 de marzo de 2015, se desprenda que el proceso de desinflado del colchón produjera un atrapamiento o ahogamiento del paciente, por la sencilla razón de que dicho primer informe se redactó antes de dicho desinflado, para dar el alta al paciente (por entender que sus graves procesos basales se encontraban estabilizados). Desgraciadamente, como indica el segundo informe de alta, sin contradicción alguna con el primero, a las 17.15 del citado 6 de marzo, estando aún ingresado (en espera de traslado a domicilio), el paciente *"presenta un episodio de insuficiencia respiratoria aguda coincidiendo con episodio de broncoaspiración tras nutrición enteral"*, sin que ello pueda ser imputado a atrapamiento alguno por el desinflado del colchón, como indican los informes emitidos, sin que la reclamante haya aportado ninguno que avale sus meras afirmaciones.

En este sentido, en fin, se destaca lo expresado por el Servicio de Medicina Interna del hospital en cuanto que *"el momento de cada una de las broncoaspiraciones es completamente fortuito y el tratar de vincularlo de manera*

causal absoluta y directa con la manipulación del mueble cama o el colchón antiescaras, máxime cuando se incorporó al paciente, carece, desde mi punto de vista, del rigor necesario para hacerlo responsable causal de la broncoaspiración. Con anterioridad había broncoaspirado en otras posiciones y el aumento de la presión intrabdominal y la producción de reflujo gastroesofágico se produce en circunstancias muy variadas. Por tanto, en mi opinión no es posible establecer una relación causa/efecto entre la manipulación de la cama y la broncoaspiración que produjo el exitus...".

II. A la vista de todo lo anterior, conforme con lo señalado en la Consideración precedente, y a los pretendidos efectos de que se reconozca la responsabilidad patrimonial de la Administración regional, se concluye que no existe una relación de causalidad jurídicamente adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios cuestionados y los daños por los que se reclama indemnización, por lo que procede desestimar la reclamación objeto de Dictamen.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución, en cuanto es desestimatoria de la reclamación al no haberse acreditado relación de causalidad jurídicamente adecuada, a los efectos de determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración regional, entre el funcionamiento de sus servicios sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización, por las razones expresadas en las Consideraciones Tercera y Cuarta del presente Dictamen.

No obstante, V.E. resolverá.