



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 85/2022

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 25 de abril de 2022, 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 del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 29 de diciembre de 2021 (COMINTER 386527 2021 12 29-00 08) y disco compacto (CD) recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día siguiente, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X y otros, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2021_354), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 9 de octubre de 2015, D. X, D. Y, D. Z, D.ª P, D. Q, D. R y D. S formulan una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

En ella exponen que son los hijos de D.ª T, que falleció el 10 de octubre de 2014 en el Hospital Clínico Universitario *Virgen de la Arrixaca* (HUVA) de Murcia. Explican que tenía 65 años, que era diabética, que padecía enfermedad de Parkinson y trastorno bipolar y que tomaba medicación crónica.

Los interesados relatan que el 4 de octubre la llevaron al Servicio de Urgencias de dicho hospital porque sufría un fuerte dolor abdominal justo donde termina el esternón y empieza el abdomen. Le hicieron unas pruebas y les informaron de que padecía una cirrosis leve, que no revestía gravedad y que se podía tratar en Consultas Externas. Señalan que pasaron toda la noche en el HUVA y que se le dio el alta con el diagnóstico de gastroenteritis aguda.

El 6 de octubre empezó a encontrarse mucho peor y los niveles de azúcar se le dispararon a 500. Por eso, la volvieron a llevar al hospital. Después de varias horas, se quedó en pre-hospitalización ingresada. Les dijeron que tenía algún tipo de infección y empezaron a administrarle antibióticos de amplio espectro hasta que supieran qué la causaba. Destacan que su madre experimentaba una confusión total y que sufría delirios, según les dijeron, porque el hígado no le estaba funcionando bien.

A las 18:00 h del 7 de octubre les dijeron que la iban a subir a planta porque estaba mejor, aunque lo cierto es que la encontraron muy agitada, no podía articular palabra y no estaba consciente. También advirtieron que se le había salido la sonda anal. A las dos horas empezó a subirle la fiebre, los niveles de azúcar seguían altos y las convulsiones continuaban. Tiempo después le administraron un antitérmico, que hizo que le bajara la temperatura y que se quedase dormida sobre las 23:30 h.

A continuación, explican que a las 0:30 h del 8 de octubre empezó a subirle la fiebre, que ya no bajó ni con antitérmicos. Manifiestan que ellos mismos le colocaban paños húmedos pero que la fiebre no bajaba y que se mantenía en los 40 y 41°. Resaltan que las convulsiones y el ritmo cardíaco empeoraron desde ese momento.

Recuerdan que hasta las 3:00 o 3:30 h no apareció un médico, que les dijo que siguieran con el antitérmico, aunque no le había hecho efecto, y que la vigilasen. Sin embargo, su madre empeoraba cada vez más, las convulsiones iban a más, el ritmo cardiaco se elevaba y la fiebre seguía incrementando. Denuncian que no les atendía ningún médico, aunque ellos no hacían más que pedirlo desesperadamente.

Manifiestan que hacia las 8:30 o 9:00 h, tras montar un escándalo, apareció un médico y la llevaron de Urgencias a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Allí intentaron estabilizarla, pero precipitadamente empezaron a fallarle los órganos vitales hasta que falleció el citado 10 de octubre de 2014.

Consideran que no se le prestó a su madre la asistencia que requería una persona de su edad y de su estado de salud. Entienden que se cometió un error de diagnóstico y que no se la debió haber mantenido en Urgencias y en planta, en aquella situación de abandono, sino haberla ingresado en la UCI desde un primer momento. Insisten en que, si se hubiera alcanzado un diagnóstico correcto, se hubiera identificado el foco del shock séptico (de probable origen abdominal) que padecía, por lo que no pudo recibir a tiempo un adecuado manejo diagnóstico y terapéutico que hubiese evitado su muerte.

Por lo que se refiere a la valoración del daño por el que reclaman, la concretan en la cantidad de 115.036 euros.

Junto con la reclamación aportan una copia del acta en la que se les declara herederos *ab intestato* de la causante. Además, en dicho documento notarial se incluye una copia del certificado literal de defunción de su madre y otra del Libro de Familia.

Asimismo, adjuntan copias del certificado médico de defunción y diversos documentos de carácter clínico.

SEGUNDO.- La solicitud de indemnización se admite a trámite el 22 de octubre de 2015 y cuatro días más tarde se da cuenta de ese hecho a la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud (SMS), para que lo comunique a la compañía aseguradora correspondiente, y a la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

También se solicita a la Dirección Gerencia del Área de Salud I-HUVA que remita una copia de la historia clínica de la paciente fallecida y los informes de los facultativos que la atendieron.

El 27 de enero de 2016 se reitera la solicitud de documentación e información que se había dirigido a la Dirección Gerencia citada.

TERCERO.- El 18 de febrero de 2016 se recibe una copia de la documentación clínica solicitada y un disco compacto (CD) que contiene los resultados de las pruebas de imagen que se le efectuaron a la madre de los reclamantes.

Asimismo, se adjuntan tres informes médicos y otro de la Supervisora de la Planta 4ª Izquierda del HUVA.

El primero de los informes es el realizado el 1 de diciembre de 2015 por el Dr. D. V, facultativo del Servicio de Medicina Intensiva, que es del siguiente tenor:

“El día 8 de octubre de 2014 a las 8:33 horas se avisó de forma urgente al médico intensivista de guardia para valorar a [la paciente], que se encontraba ingresada a cargo de Medicina Interna-Digestivo por sospecha de sepsis y hepatopatía no filiada. Dicha paciente no era previamente conocida, ni había sido valorada con anterioridad por la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).”

(...).

Durante su estancia en UCI se tomaron las siguientes medidas:

- Intubación y conexión a ventilación mecánica.
- Toma de nuevos cultivos para microbiología.
- Tratamiento antibiótico de amplio espectro.
- Reanimación cardiopulmonar.
- Perfusión de noradrenalina a dosis muy elevadas.
- Colocación de electrodo de marcapasos.
- Hemofiltración venovenosa continua.
- Ecocardiografía.
- AngioTAC de arterias pulmonares.

En las siguientes horas la paciente presentó inestabilidad hemodinámica creciente con aumento de acidosis y de lactato a pesar de drogas vasoactivas a dosis crecientes y de noradrenalina.

El día 10 de octubre del 2014, la paciente presentaba situación clínica de fracaso multiorgánico con afectación hemodinámica, renal, neurológica y hepática. En la exploración llamaba la atención la presencia de midriasis bilateral arreactiva tras varias horas de hipotensión arterial que iba en aumento a pesar de tratamiento, por lo que se informó a la familia de la irreversibilidad del cuadro. Posteriormente se ofreció a la familia la posibilidad de retirar medidas de soporte hemodinámico, aceptando la familia.

Se solicitó a la familia consentimiento para necropsia clínica, siendo desestimada, por lo que no se pudo realizar.

Con anterioridad al ingreso en UCI es especulativo realizar valoraciones sin haber conocido ni explorado a la paciente personalmente, aunque según se refleja en la historia clínica se realizaron las siguientes exploraciones:

- Ecografía abdominal para descartar patología abdominal infecciosa grave, encontrando signos de hepatopatía crónica con datos de hipertensión portal.
- TAC craneal para descartar patología estructural que pudiese explicar las alteraciones neurológicas, resultando normal.
- Punción lumbar, que descartó la presencia de meningitis y/o meningoencefalitis responsable del deterioro neurológico con fiebre.
- TAC abdominal para descartar patología ante la persistencia de los síntomas, que se informó con signos de hepatopatía crónica no conocida con ascitis moderada y distensión de asas de causa no aclarada.

Desconocemos si la paciente hubiese presentado una evolución diferente si hubiera ingresado antes en la UCI".

El segundo es el informe realizado el 5 de febrero de 2016 por la Dra. D.^a B, facultativa del Servicio de Medicina Digestiva, en el que se expone lo que seguidamente se transcribe:

“Se me consulta [sobre] la paciente desde urgencias en la mañana del 7/10/14, encontrando a una mujer de 65 años con deterioro neurológico, agitada, febril y con hiperglucemia mal controlada. El TAC ya realizado muestra un hígado de contorno abollonado sin evidencia de foco infeccioso. Historiando a la familia me comentan que cuatro tres días antes consultaron por dolor abdominal y diarrea que mejoró, y que posteriormente acuden por deterioro de nivel de conciencia y aumento del dolor abdominal. Tras la exploración física y la valoración de la historia indicamos que la hepatopatía ha sido un hallazgo casual radiológico, sin que sea causa del cuadro, sino un factor de mal pronóstico más en el mismo, además de su diabetes, su síndrome metabólico... No hay historia de descompensaciones hepáticas previas, siendo el estadio de su cirrosis un A child y un MELD de 10, indicando que el cuadro es inicial y no se encuentra en fase de hepatopatía terminal. Val orando pues a la enferma como un cuadro infeccioso, contactamos con medicina interna-infecciosas, quienes nos indican se ingrese a cargo de Medicina Interna. Así lo hacemos, sin participar desde ese momento en el curso clínico de la paciente y sin que se nos requiera para nueva valoración”.

El tercero es el informe suscrito el 10 de febrero de 2016 por el Dr. D. DOC, Jefe de Servicio de Medicina Interna, en el que confirma, a la vista del historial clínico, que su Servicio no asistió a la paciente y considera que estuvo bajo el cuidado del de Aparato Digestivo hasta que se la trasladó definitivamente a la UCI.

También se aporta el informe de la Supervisora de la Planta 4^a Izquierda en el que expone que *“Con respecto a la reclamación puesta por los familiares de [la fallecida], que efectivamente estuvo ingresada en mi unidad desde el 7/10/2014 a las 18,20 horas hasta el 8/10/2015 a las 8,59 horas, he de comunicar que tanto el trato como las diferentes actuaciones del personal de enfermería en cada uno de los turnos, fueron las correctas y adecuadas, comunicándole al facultativo de todas las incidencias ocurridas en cada uno de ellos, como así consta en las anotaciones de los enfermeros, las cuales pueden consultar en su historia médica”.*

CUARTO.- El 9 de marzo de 2016 se remiten sendas copias del expediente administrativo a la Inspección Médica y a la correduría de seguros del SMS para que se puedan elaborar los informes valorativo y pericial correspondientes.

QUINTO.- Obra en el expediente un informe pericial realizado el 31 de mayo de 2016, a instancia de la compañía aseguradora del SMS, por una médica especialista en Medicina Interna, en el que se contienen las siguientes conclusiones:

“1. Tras su primera visita a Urgencias es criticable la ausencia de tratamiento antibiótico dentro del tratamiento pautado, si bien la opción más probable hubiera sido la de ciprofloxacino (que se instauró a las 48 horas siendo tórpida la evolución) fármaco que no hubiera cambiado el curso clínico de la paciente.

2. La valoración en la segunda visita a Urgencias fue adecuada, se ampliaron los estudios ante el deterioro de conciencia (atribuido a la febrícula en el contexto de paciente pluripatológica en el que un proceso infeccioso puede justificar este deterioro) y fue comentada con Gastroenterología. Ingresó con buena orientación diagnóstica. Su manejo fue adecuado.

3. La valoración en planta por parte de los médicos de guardia: el primer médico que la ve describe que estaba consciente, aunque desorientada y de entrada afebril y sin criterios de sepsis. Además, se amplió la cobertura antibiótica. En la llamada de madrugada la paciente muestra ya síntomas y signos que pueden orientar a una sepsis (de acuerdo a las guías vigentes en ese momento y antes mencionadas). Se pautaron apiréticos y se mantuvo el tratamiento antibiótico y se ajustó el dirigido a control de las glucemias puesto que es prioritario en la sepsis controlarlas adecuadamente. En la valoración de las 8:00, se estableció el diagnóstico de shock séptico, si bien por los datos recogidos en los informes aportados más bien parece una sepsis grave que un shock séptico, en cualquier caso, el manejo fue adecuado, ampliando la cobertura antibiótica y pasando a manejarla en UCI.

4. El manejo en UCI fue completamente correcto y diligente a pesar de lo cual sufrió un shock séptico con fallo multiorgánico.

5. No contamos con una autopsia clínica denegada por la familia, fundamental en casos de diagnóstico incierto como fue el de esta paciente.

En conclusión, globalmente su manejo fue correcto y de acuerdo a la lex artis. La mortalidad de la sepsis sigue siendo elevada aún con un manejo adecuado”.

SEXTO.- El 28 de septiembre de 2021 se recibe el informe elaborado por la Inspección Médica el día anterior, en el que se recogen las siguientes conclusiones:

“- La asistencia que se prestó a la paciente en el proceso asistencial de urgencias que se inició el 04/10/2010 fue en términos generales correcta y adecuada a la lex artis, pero la presencia de leucocitosis con neutrofilia en las tres analíticas realizadas podía haber hecho considerar el añadir un tratamiento antibiótico en el momento del alta.

- Aunque se hubiera añadido dicho tratamiento es más que dudoso que se hubiera podido evitar así el fallecimiento de la paciente. Dada la mala evolución en el segundo ingreso a pesar de que ya en la mañana del día 07/10/2014 se instauró antibioterapia intravenosa, es muy poco probable que un tratamiento antibiótico oral y empírico dos días antes hubiera modificado el curso de los acontecimientos.

- No se detecta retraso significativo en el ingreso en la UCI. No es fácil decidir cuál hubiera sido el momento justo para remitir a la paciente a la UCI, la enfermedad es un proceso continuo y la decisión del ingreso en UCI se hace cuando se considera que requiere medidas de soporte y cuidados que no se pueden dar en planta. No podemos afirmar que un ingreso más precoz en UCI (unas horas) hubiera supuesto una evolución diferente de la paciente.

- La no realización de autopsia clínica impide conocer con certeza la etiología del shock”.

SÉPTIMO.- El 13 de octubre de 2021 se concede audiencia a los reclamantes y a la compañía aseguradora interesada para que puedan formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que estimen convenientes, aunque no consta que alguno de ellos haya hecho uso de ese derecho.

OCTAVO.- Con fecha 29 de diciembre de 2021 se formula propuesta de resolución desestimatoria por no concurrir los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria regional.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante un escrito recibido el 29 de diciembre de 2021 y un CD presentado en la sede de este Consejo Jurídico al día siguiente.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo puesto que versa 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 los artículos 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 12 del Reglamento de los procedimientos de las Administraciones públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (RRP).

SEGUNDA.- Régimen jurídico: legitimación, plazo de ejercicio 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 (LPACAP), y que este Cuerpo legal y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, configuran una nueva regulación de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Sin embargo, la Disposición transitoria tercera, apartado a), de la LPACAP establece 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 los siete hijos mayores de edad de la paciente fallecida, según se deduce del contenido del expediente administrativo y han acreditado mediante una copia del Libro de Familia y del acta de declaración de herederos *ab intestato*.

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 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 de la madre de los reclamantes se produjo el 10 de octubre de 2014 y la solicitud de indemnización se presentó el 9 de octubre 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 con notable exceso el plazo de tramitación al que se refiere el artículo 13.3 RRP, dado que se ha tenido que esperar más de cinco años y medio a que la Inspección Médica evacuara su informe.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los criterios que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 de la Constitución Española, 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 con 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 3ª, 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.

Como se ha expuesto, los interesados solicitan que se les reconozca el derecho a recibir una indemnización de 115.036 euros como consecuencia del fallecimiento de su madre en el HUVA, el 10 de octubre de 2014, debido a un shock séptico.

Argumentan que se cometió un error de diagnóstico y que no se la debió haber mantenido ni en Urgencias y ni en planta sino haberla ingresado en la UCI desde un primer momento. Insisten en que, si se hubiese alcanzado un

diagnóstico correcto, se hubiera identificado el foco de la grave infección que padecía, de probable origen abdominal, y se habría podido implantar una terapia adecuada que hubiese evitado su muerte.

Sin embargo, los reclamantes no han presentado ningún medio de prueba, preferentemente de carácter pericial, que avale la imputación de mala praxis que realizan. Conviene recordar, en ese sentido, que el artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, aplicable asimismo en materia de práctica de prueba en los procedimientos administrativos, establece que *“Corresponde al actor ... la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda ... el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda...”*.

De manera contraria, la Administración sanitaria ha aportado una copia de la historia clínica de la fallecida y ha traído a las presentes actuaciones los informes de los distintos facultativos, de varios servicios médicos, que la trataron, en los que dan cuenta de las asistencias que le dispensaron en cada momento. Por su parte, la compañía aseguradora del SMS ha presentado un informe médico-pericial y, de forma destacada, la Administración también ha presentado el informe elaborado por la Inspección Médica en relación con este caso.

Con carácter inicial se debe resaltar que ni los interesados ni la perita ni el Inspector médico cuestionan de alguna manera el tratamiento que se dispensó a la enferma una vez que se la remitió desde la planta a la UCI, a pesar del lamentable desenlace que se produjo finalmente en ella. Lo que los reclamantes entienden erróneo, precisamente, es que no se la hubiese ingresado desde el primer momento en que acudió al HUVA, en esa segunda ocasión, en dicha Unidad de Cuidados Intensivos para que fuese tratada de forma más conveniente.

Pese a ello, el Inspector Médico lleva a cabo un análisis de la asistencia que se prestó a la madre de los reclamantes la primera vez que acudió al Servicio de Urgencias del HUVA, el 4 de octubre de 2014, y destaca que la exploración fue completa y que se le realizaron pruebas correctas (tres analíticas, radiografías de tórax y de abdomen y una ecografía abdominal urgente). También resalta que la orientación diagnóstica fue hacia un proceso digestivo, aunque no se consideró la posibilidad de que estuviese sufriendo una infección bacteriana.

Asimismo, expone que esa posibilidad de infección no era evidente por los signos y síntomas que presentaba la enferma, pero añade que la existencia de leucocitosis con neutrofilia en las tres analíticas realizadas podía haber hecho considerar el añadir un tratamiento antibiótico en el momento del alta (Conclusión 1ª).

Respecto a la pregunta sobre si dicha prescripción de antibioticoterapia domiciliaria, de haberse realizado, hubiera podido evitar el deterioro posterior de la paciente, el Inspector considera que es dudoso. Añade que se habría tratado de un antibiótico empírico (en ausencia de cultivos que, de otra parte, resultaron negativos cuando se realizaron) por vía oral, y, dada la mala evolución de la paciente en el segundo ingreso en el que ya en la mañana el 7 de octubre de 2014 se instauró antibioterapia intravenosa, es dudoso que se hubiera modificado significativamente el curso de los acontecimientos (Conclusión 2ª).

Ya acerca de la cuestión sobre si la paciente estuvo demasiado tiempo sin ingresar en la UCI y con un tratamiento inadecuado, el Inspector recuerda que la madre de los reclamantes llegó a Urgencias, en la segunda ocasión, en la tarde del 6 de octubre y que en ese momento lo que más destacaba era el deterioro neurológico y la hiperglucemia que presentaba. Se trató esta última, se implantó tratamiento antibiótico y se realizó una tomografía axial computarizada para descartar una patología neurológica urgente, además de otras diversas pruebas. La documentación médica que ha estudiado le permite entender al Inspector Médico que no había signos de shock en ese momento.

De hecho, recuerda que el empeoramiento de la paciente fue progresivo y que se hizo evidente a partir de la noche del 7 de octubre (madrugada del día 8), en el que la fiebre se hizo alta y persistente, con taquicardia y posteriormente taquipnea, y la paciente comenzó a ofrecer signos de estupor. Fue a primera hora de la mañana cuando se realizó interconsulta con la UCI y se decidió en el ingreso en dicha unidad.

A juicio del Inspector Médico, no es fácil decidir cuál hubiera sido el momento justo para remitir a la paciente a la UCI. En este sentido, explica que la enfermedad y el empeoramiento de la paciente fue un proceso continuo y que la decisión del ingreso en UCI se adoptó cuando se consideró que requería medidas de soporte y cuidados que no se podían ofrecer en la planta.

También recuerda que en este caso fue una noche la que transcurrió entre el empeoramiento decidido y mantenido de la paciente y el aviso a la UCI, y que durante ese período fue adecuadamente valorada por el equipo

de guardia.

Debido a esa circunstancia, el Inspector no detecta un retraso significativo en el ingreso en la UCI y, además, aunque hubiera existido algún retraso, entiende que se hablaría de un margen de tiempo muy corto, y que sería difícil determinar la repercusión que esa hipotética demora hubiera ocasionado en el posterior fallecimiento de la paciente.

De igual modo, destaca que así se pronunció también el facultativo de la UCI que la atendió, que en su informe manifestó que *“Desconocemos si la paciente hubiera presentado una evolución diferente si hubiera ingresado antes en la UCI”*. Así pues, no puede afirmar (Conclusión 3ª) *“que un ingreso más precoz en UCI (unas horas) hubiera supuesto una evolución diferente de la paciente”*.

Finalmente, resalta que los médicos solicitaron permiso a la familia para realizar una autopsia a la fallecida pero que la familia no accedió, lo que impide conocer con certeza la etiología del shock que sufrió (Conclusión 4ª).

Por otro lado, conviene señalar que la perita médica que realizó su informe a instancia de la compañía aseguradora del SMS alcanzó conclusiones muy similares a las de la Inspección Médica.

Así, coincide, en primer lugar, con la apreciación de que la asistencia del 4 de octubre fue, en esencia, correcta. No obstante, expone su opinión de que, ante una paciente diabética descompensada por la hiperglucemia, con insuficiencia renal y hepatopatía recién diagnosticadas, con sospecha de infección abdominal con febrícula y leucocitosis marcada, habría sido recomendable añadir tratamiento antibiótico empírico. Pese a ello, resalta que si se hubiera pautado ciprofloxacino (que se instauró a las 48 horas con evolución tórpida), este fármaco que no hubiera cambiado el curso clínico de la paciente (Conclusión 1ª).

En segundo lugar, recuerda que, tras la valoración en la planta por los médicos de guardia, se amplió la cobertura antibiótica. Admite que en la madrugada del 8 de octubre la paciente mostraba ya síntomas y signos que podían orientar a una sepsis, aunque no grave. Por ello se pautaron apiréticos, se mantuvo el tratamiento antibiótico y se ajustó el dirigido al control de las glucemias puesto que es prioritario en la sepsis controlarlas adecuadamente.

Destaca que en la valoración de las 8:00 h se emitió el diagnóstico de shock séptico, aunque por los datos recogidos en los informes aportados más parecía entonces una sepsis grave que un shock séptico, pues no se evidenciaba una hipotensión arterial grave refractaria a tratamiento, situación de notable gravedad que no presentaba la paciente en ese momento. En cualquier caso, concluye que la asistencia fue adecuada, que se amplió la cobertura antibiótica y que se la remitió a la UCI (Conclusión 2ª).

Recuerda, igualmente, que tras el óbito se planteó a la familia la realización de la autopsia clínica, única forma de poder llegar a un diagnóstico de certeza y especialmente indicada en casos como éste, pero que la familia la desestimó (Conclusión 5ª).

A juicio de esta facultativa, la sospecha más probable es la de sepsis grave de probable origen abdominal, que condujo a la madre de los reclamantes a un fracaso multiorgánico y éste a la muerte. La perita explica que el hecho de que los cultivos fuesen negativos resulta posible porque se hubiese iniciado antes el tratamiento antibiótico.

Tanto el Inspector como la perita médicos recuerdan que la mortalidad en casos de sepsis sigue siendo muy elevada, aunque se trate adecuadamente, y coinciden en que la asistencia que se dispensó a la enferma fue, en general, correcta y plenamente ajustada a la *lex artis ad hoc*.

Lo que se ha explicado conduce a la conclusión de que, en este caso y pese al lamentable desenlace que se produjo, no existe atisbo de mala praxis ni, por ello, relación de causalidad alguna entre el daño mencionado y el funcionamiento del servicio público sanitario, lo que debe determinar la desestimación de la pretensión resarcitoria promovida por 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 no existir relación de causalidad alguna entre el funcionamiento normal del servicio sanitario regional y el daño moral alegado, cuyo carácter antijurídico tampoco se ha acreditado.

No obstante, V.E. resolverá.

