



Dictamen nº 151/2022

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 29 de junio 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 9 de febrero de 2022 (COMINTER 34851 2022 02 09-00 11) y CD recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 14 de febrero de 2022, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.^a X y D. Y, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2022_040), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO. - Con fecha 31 de julio de 2020, D.^a X presenta escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, ante el Servicio de Atención al Usuario del Hospital Morales Meseguer (HMM), por los daños sufridos por la asistencia prestada a su hermana, D.^a Z, por los servicios sanitarios de dicho Hospital hasta su fallecimiento el día 9 de mayo de 2020.

Fundamenta la reclamación en los siguientes hechos:

"Que habiendo ingresado Z el día 8 de mayo de 2020 por urgencias, reclamo que no se utilizó los recursos sanitarios suficientes desde el inicio de la pandemia hasta su fallecimiento por salvar su vida".

Termina solicitando *"Los daños y perjuicios que pertenezca a sus familiares hermana y sobrinos"*.

Con fecha 2 de septiembre de 2020 reitera su solicitud, indicando que *"muriendo de una infección generalizada, tanto cuando vinieron a casa, como en urgencias, no fue atendida correctamente ni dando los cuidados necesarios ni en casa ni en el Hospital"*.

SEGUNDO. - Con fecha 17 de agosto de 2020, D. Y presenta escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, ante el Servicio de Atención al Usuario del HMM, por los daños sufridos por la asistencia prestada a su tía, D.^a Z, por los servicios sanitarios de dicho Hospital hasta su fallecimiento el día 9 de mayo de 2020.

Fundamenta la reclamación en los siguientes hechos:

"Habiendo fallecido Z en el Morales Meseguer, es motivo de Negligencia por parte de los Servicios Médicos en General de este Hospital los que le llevaron al fallecimiento de dicha persona".

Termina solicitando “Responsabilidad Patrimonial a los órganos competentes de dicha Institución o Autoridad Competente”.

Con fecha 2 de septiembre de 2020 reitera su solicitud, indicando que “*muriendo de una infección generalizada, tanto cuando vinieron a casa, como en urgencias, no fue atendida correctamente ni dando los cuidados necesarios ni en casa ni en el Hospital*”.

TERCERO. - Por Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (SMS), de 8 de enero de 2021, se admitió a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Al mismo tiempo la reclamación se notificó a la Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061, a la Gerencia del Área de Salud VI –HMM-, a la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria y a la correduría de seguros del SMS.

CUARTO. - Fueron recabados y remitidos la historia clínica del paciente y el informe de los profesionales implicados.

1. De estos profesionales del HMM ha emitido informe:

- el Dr. D. P, Jefe de Sección de Urgencias, que en un primer informe indica:

“La paciente de 92 años y con una situación basal muy deteriorada, consulta por un cuadro de un mes de evolución de un deterioro progresivo de su estado general, llegando a urgencias en estado muy grave. La paciente es tratada con antibioterapia, fluidoterapia y oxígeno informándole a la familia del mal pronóstico y decidiéndose medidas no invasivas e ingreso en cuidados paliativos. Dada su gravedad se deja en Urgencias y la paciente fallece en la sala de observación. Las medidas y recursos terapéuticos empleados en Urgencias fueron adecuados a la situación previa y estado general de la paciente”.

Con posterioridad emite nuevo informe en el que indica:

“La paciente, Dña. Z, acudió al servicio de Urgencias del hospital Morales Meseguer el día 9 de Mayo de 2020 a las 11:28 horas por presentar un cuadro de deterioro progresivo de su estado general de un mes y medio de evolución, hasta llegar en las últimas 24 horas a una disminución del nivel de conciencia y taquipnea, motivo por el que deciden traerla al hospital.

Tenía 92 años y presentaba los siguientes antecedentes patológicos:

-Hemorragia subaracnoidea tras caída accidental y trépano por hematoma subdural crónico en Abril de 2015

-Demencia avanzada probablemente degenerativa con componente vascular valorada por Neurología en Junio 2019. Presentaba un deterioro cognitivo severo, precisaba ayuda para todas las actividades de la vida diaria y en el último mes estaba encamada y con úlcera sacra.

La paciente presentó un traumatismo craneal con pérdida de conciencia mes y medio antes por el que no consultó al hospital. Desde entonces la paciente estuvo encamada, progresivamente fue dejando de comer y de interactuar con la familia y le apareció una úlcera sacra por el decúbito. El día de la consulta la paciente no responde, respira con dificultad y deciden traerla al hospital. Durante este periodo de tiempo, según refieren los familiares, han consultado varias veces con el 061 que han acudido a su domicilio, no decidiendo traerla al hospital, por tratarse de un empeoramiento progresivo.

La paciente cuando llega a nuestro hospital presenta signos de gravedad, estando inconsciente, con signos de hipoperfusión periférica, Tensión arterial de 61/31, frecuencia cardiaca de 157 y saturación de oxígeno del 85%, respiración agónica y úlceras sacras infectadas.

Se inicia tratamiento con oxigenoterapia y administración de fluidos intravenosos y antibióticos y se solicita analítica, electrocardiograma y radiografía de tórax. Esta muestra infiltrados bilaterales compatibles con cuadro neumónico. La PCR para coronavirus fue negativa.

Se habló con la familia y se le informó de la gravedad del proceso y de que la paciente, por su situación previa no era tributaria de maniobras agresivas de reanimación cardiopulmonar (no tenía criterios de intubación oro-traqueal ni de UCI). Se trató con fluidos, antibióticos, oxígeno y morfina para intentar mejorar a la paciente y evitar su sufrimiento. La paciente falleció, a pesar de estas medidas, dada la extrema gravedad que presentaba.

Las medidas y recursos terapéuticos empleados fueron adecuados y proporcionados a la situación previa de la paciente y a su estado clínico”.

- la Dra. D.^a Q, Facultativa Especialista de Atención Primaria en el Centro de Salud Vista Alegre/La Flota, que indica:

“La paciente vivía con su hermana y sus dos sobrinos, que en teoría se ocupaban de ella. En varias ocasiones pedían cita telefónica y no cogían el teléfono, y más tarde o al día siguiente llamaban al Centro de Salud quejándose de que nadie había llamado, cuando las llamadas quedaban registradas y no tenía sentido su queja.

En los 3 últimos meses a su muerte, marzo, abril y mayo, dejé reflejado el 3 y el 24 de abril mi deseo de que acudieran al hospital, pero no lo aceptaban por miedo al coronavirus, según referían ellos, en dichas ocasiones se limitaban a decir, “que ya vería ellos como evolucionaba y según vieran, actuarían”, no atendiendo a mis instrucciones.

Hubo varias consultas, que no dejó reflejado si eran telefónicas o presenciales, donde activo medicación para sus dolencias crónicas.

El día antes de su fallecimiento pidieron cita telefónica conmigo, y no consigo contactar con ellos, a pesar de hacer varias llamadas a diferentes horas de la mañana. Al final de la mañana contactan ellos por teléfono con el Centro de Salud, quejándose de que no les había llamado, cosa que no es cierta y se puede comprobar viendo las llamadas telefónicas que se realizaron con el teléfono de consulta dicho día, y hablan con un compañero médico que les sugiere que llamen al 112 para realizarle PCR”.

2. De la Gerencia de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061 ha emitido informe la Dra. D.^a R, Médico de Urgencias de Atención Primaria que atendió a la paciente, en el que indica:

“El día 08 de mayo asistimos al aviso 1032 y según mi informe clínico de ese día la paciente no presentaba alergias medicamentosas, tratamiento con Eutirox y con antecedentes de demencia senil.

Los familiares refieren caída el día 04 de abril del mismo año, y fiebre desde el día anterior (hasta 38.5°C). Refieren también tratamiento con azitromicina pautado según dicen ellos, en su Centro de Salud, no refiere tos ni otra sintomatología.

Durante la exploración física la paciente se encuentra consciente y desorientada, eupneica, normocoloreada y normohidratada, según consta en mi informe. Auscultación cardiaca rítmica, sin soplos auditables, auscultación pulmonar, murmullo vesicular conservado sin ruidos, abdomen normal, miembros inferiores no edematosos, no signos de tvt y pulsos periféricos presentes y simétricos.

Presentaba herida tipo ulcerosa.

Juicio clínico que consta en dicho informe, historia clínica, fiebre y deterioro de estado general.

Se realiza también una cura según consta en Historia.

Se decide traslado al Hospital, siendo rechazado por los familiares, a pesar de que se le informa que debe ser trasladada en Unidad Medicinalizada a su Hospital de referencia. Los familiares rechazan dicho traslado a pesar de

las explicaciones y firman el rechazo.

Finalmente me reafirmo en lo transcrita en la Historia Clínica de dicho día, ante la asistencia de Dña. B, en el que tras una anamnesis y una exploración física completa y toma de constantes, se recomienda traslado en Unidad Medicalizada a su Hospital de referencia, al cual los familiares lo rechazan, tras haberles explicado que es necesario el traslado para pruebas complementarias y evolución de la paciente, a pesar de nuestra insistencia de que se lleve a cabo.

Los familiares firman dicha negativa que consta en el informe.

Finalizado el aviso, se comunica al Centro Coordinador de Urgencias, la decisión por parte de los familiares del rechazo del traslado al Hospital, quedando firmado en la Historia Clínica".

QUINTO. - Con fecha 19 de marzo de 2021, la compañía aseguradora del SMS aporta informe médico-pericial de los Dres. D. S y D.^a T, ambos Especialistas en Medicina Interna, en el que se concluye que:

- "1. Se trataba de una paciente de 92 años con antecedentes de traumatismo craneoencefálico con hemorragia subaracnoidea y diagnosticada de demencia degenerativa por el servicio de neurología.*
- 2. El día 8 de mayo la familia requirió atención en el domicilio por caída de la cama.*
- 3. Cuando el equipo médico llegó al domicilio la familia le explicó que la caída había ocurrido más de un mes antes, el 4 de abril y que en la actualidad tenía fiebre de 38'5 °C.*
- 4. Tras explorar a la paciente la médico indicó el traslado al hospital a lo que la familia se negó en redondo.*
- 5. Al día siguiente fue atendida en servicio de urgencias del Hospital Morales Meseguer.*
- 6. En ese momento la enferma estaba inconsciente, con malestar general, desaseada y con signos de pocos cuidados como una úlcera por presión en el sacro y lesiones enrojecidas en las extremidades inferiores del mismo origen.*
- 7. El médico de urgencias procedió a la exploración física y solicitó pruebas analíticas, electrocardiograma y radiografías de tórax.*
- 8. Todo indicó que la paciente padecía una infección respiratoria por lo que se comenzó tratamiento correcto con antibiótico y sueros.*
- 9. Se indicó a la familia que dada la precaria situación de la enferma no era subsidiaria de medidas más agresivas y se llegó al acuerdo de no aplicar maniobras de reanimación cardiopulmonar en caso de PCR.*
- 10. Se solicitó ingreso en cuidados paliativos pero la enferma falleció antes de poder ser trasladada.*
- 11. Todas estas actuaciones fueron correctas y de acuerdo a la lex artis ad hoc".*

Revisada la nueva documentación remitida por el SMS, emiten informe complementario en el que se ratifican en las conclusiones expuestas en el dictamen emitido en fecha 19 de marzo de 2021.

SEXTO. - Con fecha 7 de octubre de 2021 se otorgó trámite de audiencia a los interesados, que con fecha 2 de noviembre de 2021 presentan escrito de alegaciones en el que se limitan a reiterar que la paciente no fue atendida por los Servicios Sanitarios.

SÉPTIMO. - La propuesta de resolución, de 8 de febrero de 2022, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, por no haberse acreditado la concurrencia de los requisitos necesarios para la existencia de responsabilidad patrimonial del SMS.

OCTAVO. - Con fecha 9 de febrero de 2022 se ha recabado el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo.

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 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

SEGUNDA. - Régimen jurídico, legitimación, plazo y procedimiento.

I. Los reclamantes ostentan legitimación activa para reclamar, de conformidad con lo previsto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP).

En cuanto a la legitimación pasiva, corresponde a la Administración regional en tanto que es titular del servicio público sanitario, a cuyo defectuoso funcionamiento se pretende imputar el daño.

II. La acción resarcitoria ha de considerarse temporánea, toda vez que se ejercitó mediante escritos registrados con fechas 31 de julio y 17 de agosto de 2020, como hemos dicho, antes del trascurso del año que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 67.1 LPACAP. Dicho artículo, en el caso de daños de carácter físico o psíquico, dispone que *“el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”*. En el presente caso, el fallecimiento de la paciente se produce con fecha 9 de mayo de 2020, por lo que la reclamación estaría dentro del plazo para reclamar.

IV. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales que integran esta clase de procedimientos, salvo el plazo máximo para resolver que excede del previsto en el artículo 91.3 LPACAP.

Además, no existe valoración económica del daño producido, a pesar de haberle sido requerido a los reclamantes para su cumplimentación por la instrucción del procedimiento.

Por otro lado, a pesar de que las dos reclamaciones planteadas se han tramitado conjuntamente, siendo admitidas a trámite en una misma resolución y constando una sola propuesta de resolución, no consta acuerdo de acumulación de estas.

TERCERA. - Elementos de la responsabilidad patrimonial.

I. El artículo 106.2 de la Constitución Española (CE) reconoce el derecho de los particulares a ser indemnizados por cualquier lesión que sufran en sus bienes y derechos cuando dicha lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos. En similares términos se expresa el artículo 32 y siguientes de la LRJSP, que configura una responsabilidad patrimonial de naturaleza objetiva, de modo que cualquier consecuencia dañosa derivada del funcionamiento de los servicios públicos debe ser en principio indemnizada.

No obstante, el Tribunal Supremo viene declarando de forma constante (por todas, en su Sentencia de 5 de junio de 1998) que no es acorde con el citado principio de responsabilidad patrimonial objetiva su generalización más allá del principio de causalidad, de manera que para que exista tal responsabilidad es imprescindible la existencia de nexo causal entre la actuación de la Administración y el resultado lesivo o dañoso sufrido, sin que la responsabilidad objetiva de la Administración pueda extenderse a cubrir cualquier evento. Ello, en definitiva, supone que la prestación por la Administración de un determinado servicio público no implica que aquélla se convierta en aseguradora universal de todos los riesgos, con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados que pueda producirse, con independencia del actuar administrativo, ya que, de lo contrario, el actual sistema de responsabilidad objetiva se transformaría en un sistema pr ovidencialista no contemplado en nuestro ordenamiento.

En suma, de acuerdo con lo establecido por los artículos 32 y ss. LRJSP son requisitos para que se reconozca la

existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración los siguientes:

- a) Que exista un daño real y efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas.
- b) Que el daño tenga su causa en el funcionamiento de los servicios públicos.
- c) Ausencia de fuerza mayor.
- d) Que el perjudicado 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 posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

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

Como señala la STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 9 de octubre de 2012, "debemos insistir en que, frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todas las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento del régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concorra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles (así Sentencia de esta Sala de 25 de febrero de 2.009, recurso 9.484/2.004 , con cita de las de 20 de junio de 2.007 y 11 de julio del mismo año).

Con esto queremos decir que la nota de objetividad de la responsabilidad de las Administraciones Públicas no significa que esté basada en la simple producción del daño, pues además éste debe ser antijurídico, en el sentido que no deban tener obligación de soportarlo los perjudicados por no haber podido ser evitado con la aplicación de las técnicas sanitarias conocidas por el estado de la ciencia y razonablemente disponibles en dicho momento, por lo que únicamente cabe considerar antijurídica la lesión que traiga causa en una auténtica infracción de la *lex artis*".

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 (LEC)-, 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. - Concurrencia de los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial en el presente caso.

Falta de acreditación.

Los reclamantes se limitan a afirmar que el fallecimiento de su familiar se produjo por la negligencia de los Servicios Médicos y porque no se utilizaron los recursos sanitarios suficientes para salvar su vida.

En el presente caso, no aportan los reclamantes al expediente ningún elemento de prueba en el que se sostenga su reclamación, obligándole a ello el principio sobre distribución de la carga de la prueba que se contiene en el artículo 217.2 LEC, que resulta de aplicación en materia administrativa. Así, en dicho precepto se establece que “*Corresponde al actor... 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...*”.

Es por ello que para poder determinar si ha existido o no vulneración de la *lex artis* será preciso acudir a los informes de los profesionales que obran en el expediente.

Así, en primer lugar, en el informe de la Médico de Atención Primaria correspondiente al Centro de Salud de la paciente, ya se indica que en los tres últimos meses anteriores a su muerte, en dos ocasiones les indicó a los familiares que acudieran al Hospital pero que no lo aceptaron por miedo al coronavirus.

Por otro lado, en el informe de la Médico de Urgencias de Atención Primaria que atendió a la paciente el día antes de su fallecimiento, se indica claramente que decide el traslado al Hospital, siendo rechazado por los familiares, firmando el rechazo, a pesar de que se les explica que resulta necesario para pruebas complementarias y evolución de la paciente.

Obra en el expediente un tercer informe, del Jefe de Sección de Urgencias del HMM, en el que se indica que la paciente presentó un traumatismo con pérdida de conciencia mes y medio antes por el que no se consultó al hospital. Cuando llega al hospital presenta signos de gravedad, informándose a la familia de dicho proceso y administrándole fluidos, antibióticos oxígeno y morfina, para mejorar a la paciente y evitar su sufrimiento, falleciendo finalmente dada la extrema gravedad que presentaba, concluyendo que las medidas y recursos terapéuticos empleados fueron adecuados y proporcionados a la situación previa de la paciente y a su estado clínico.

Por último, en el informe aportado por la compañía aseguradora del SMS se indica claramente que:

“*Se trataba de una mujer muy mayor, con 92 años en ese momento, que había sufrido una hemorragia subaracnoidea secundaria a un traumatismo craneoencefálico que precisó ser evacuado mediante un trepano, así mismo había sido diagnosticada de hipotiroidismo y debía seguir un tratamiento sustitutivo que al parecer no era bien cumplimentado.*

También había sido diagnosticada de demencia avanzada en el servicio de neurología...

El día 8 de mayo de 2020 la familia solicitó atención al 061 por haberse caído de la cama y permanecer

estuporosa. Cuando llegó la médica resultó que la caída había ocurrido hacía más de un mes y que en ese momento estaba consciente, desorientada y que tenía fiebre de 38'5 °C. La médica tras completar la anamnesis, la exploración física y valorar la situación aconsejó el traslado de la enferma al centro hospitalario en ambulancia, lo que fue una actitud totalmente correcta.

La familia se negó en rotundo y la médica solicitó que dejaran por escrito tal decisión que fue informada al centro coordinador...

Sin embargo, al día siguiente la enferma fue atendida en el servicio de urgencias del Hospital Morales Meseguer donde la historia que se recogió de los familiares que la acompañaban era un poco diferente a la referida a la médica que la había atendido en su domicilio el día anterior [DIR-11] foliado 6b, puesto que contaron que no tenía fiebre y que el problema simplemente era el deterioro del estado general a partir de una caída de la cama hacia un mes y que no habían acudido antes al hospital porque por teléfono se les dijo que no lo hicieran por el estado de alarma COVID 19.

En la exploración física la paciente estaba inconsciente con un Glasgow de 3, (puntuación mínima de la escala que mide el estado de conciencia) hipotensa, taquicárdica, sin fiebre y con saturación de oxígeno baja y con respiración agónica. También tenía signos de deshidratación y de pocos cuidados puesto que estaba desaseada y tenía lesiones de inmovilización por largo tiempo.

Al contrario de lo que se dice en la reclamación de que no se le realizaron las pruebas necesarias se le realizaron análisis, radiografía de tórax y electrocardiograma. Encontrando solo la presencia de ulceras por presión infectadas en el sacro y lesiones en la radiografía de tórax compatibles con una infección respiratoria tras de lo cual se comenzó tratamiento empírico con antibióticos, suero y cloruro mórfito.

Así pues existían suficientes pruebas de que padecía un proceso infeccioso respiratorio con infección de la ulcera por decúbito para lo que se comenzó con un tratamiento antibiótico adecuado.

Se comunicó a la familia la extrema gravedad de la situación y que la paciente no era candidata a intubación orotraqueal ni de ingreso en unidad de cuidados intensivos y se acordó con ellos el no aplicar maniobras de reanimación cardiopulmonar en el caso de parada cardiorrespiratoria dada la mala situación básica de la enferma de demencia, desconexión con el medio, malnutrición y ulceras por presión.

Se solicitó ingreso en la unidad de cuidados paliativos falleciendo mientras esperaba el traslado.

Ya se ha explicado en los epígrafes anteriores como los pacientes con demencia severa tienen una evolución mucho peor que el resto debido a múltiples causas y del mismo modo las infecciones son peor toleradas y combatidas por estos pacientes lo que hace que su pronóstico sea muy malo teniendo en cuenta el deterioro general del organismo en el que las más agresivas podían ser tan lesivas o más que no aplicarlas".

Por ello se concluye que todas las actuaciones fueron correctas y de acuerdo con la *lex artis ad hoc*, conclusión que comparte este Consejo Jurídico junto con la instrucción del procedimiento, excluyendo la existencia de daño antijurídico y de relación de causalidad entre el supuesto daño causado y el servicio público sanitario.

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 haberse acreditado relación de causalidad alguna entre los daños alegados y el funcionamiento del servicio público sanitario.

No obstante, V.E. resolverá.

