



## Dictamen nº 228/2022

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 30 de septiembre 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 30 de marzo de 2022 (COMINTER 96257 2022 03 30-02 18), sobre responsabilidad patrimonial instada por D.<sup>a</sup> X, en representación de D.<sup>a</sup> Y, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2022\_112), aprobando el siguiente Dictamen.

### **ANTECEDENTES**

**PRIMERO.-** Con fecha 22 de junio de 2015, la Letrada D.<sup>a</sup> X, actuando en representación de D.<sup>a</sup> Y, presenta ante la Administración regional reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños que dice haber sufrido como consecuencia de la asistencia sanitaria dispensada por el Servicio Murciano de Salud.

Relata la reclamante que, tras dar a luz a su hija el 15 de junio de 2014 en un parto sin complicaciones, el 21 de junio comenzó a sentir un fuerte dolor abdominal y fiebre, por lo que fue atendida de urgencia en Cieza, donde tras un análisis se detectó una infección y se le recomendó acudir al Hospital Universitario “Virgen de la Arrixaca” (HUVA) de Murcia, dado lo reciente del parto.

Es ingresada en la planta de Ginecología del referido Hospital ese mismo día 21 de junio con el diagnóstico de Pielonefritis Aguda en puérpera.

Se le pauta un tratamiento antibiótico y refiere una cierta mejoría, hasta que durante la tarde del 22 de junio comienza a sentir náuseas, dolor abdominal, imposibilidad de orinar, dificultad para respirar, falta de fuerza ni siquiera para sostener a su hija recién nacida y alimentarla y sin poder levantarse de la cama aun con ayuda. Avisado el personal sanitario de guardia se le dijo que tenía ansiedad y se le dio un ansiolítico.

Durante el día 23 continúan agudizándose los síntomas. En un análisis realizado en la mañana del día 23, la PCR revela unos valores compatibles con una infección severa, a pesar de lo cual no se modifica el tratamiento. El mismo día 23 por la tarde, la disnea se agravó.

A pesar de las súplicas de los familiares de que se consultara con Medicina Interna dado que desde el punto de vista ginecológico todo estaba correcto, no fue hasta el día 24 en que se cursó la interconsulta y se realizaron nuevos análisis, a la vista de cuyos resultados la paciente fue ingresada de urgencia en la Unidad de Cuidados Intensivos, siendo informados los familiares de que había sufrido un shock cardiogénico por una miocardiopatía periparto, complicado con un shock séptico y edema de pulmón.

El 30 de junio fue dada de alta de la UCI, con el juicio clínico final de “*miocardiopatía periparto, disfunción sistólica*”

*severa. Fevi 30 %. Shock séptico de foco urinario por E.Coli”.*

Pasó a planta de Cardiología, donde estuvo ingresada hasta el día 8 de julio. Al alta, el diagnóstico principal fue de *“sepsis urinaria por E. Coli, Shock cardiogénico-miocardopatía peripartum, disfunción sistólica severa, Fevi 30%, insuficiencia suprarrenal aguda, dudosa positividad infección parvovirus (sic, parvovirus) B 19’.*

En el momento de presentar la reclamación continúa en tratamiento por Cardiología y Endocrinología (en tratamiento por Insuficiencia Suprarrenal aguda en paciente con estrés intenso por sepsis y shock cardiogénico) por las secuelas sufridas durante dicho episodio. Asimismo está en tratamiento psiquiátrico por las secuelas de estrés postraumático.

Entiende la reclamante que la asistencia que le fue dispensada en urgencias y en la Planta de Ginecología del HUVA no fue adecuada sino constitutiva de un “abandono sanitario”, pues no se tomaron las medidas necesarias para el control de la infección que presentaba a su ingreso, propiciando el shock séptico y cardiogénico y la insuficiencia suprarrenal aguda, por la falta de realización de las pruebas necesarias (exploración cardiopulmonar, gasometría, ecografía) ante la situación clínica y los claros síntomas de insuficiencia respiratoria y cardíaca que iba presentando y la omisión de los estándares mínimos de vigilancia y control de sus constantes vitales (tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, diuresis) ante el evidente empeoramiento progresivo de la situación clínica, sin que se derivara la paciente a otros especialistas diferentes de los ginecólogos hasta el tercer día de su ingreso. Considera la actora que existió un error de diagnóstico y que de haberse adoptado las medidas y realizado las pruebas oportunas de forma más precoz, se habría evitado la progresión de la enfermedad, su ingreso en UCI y las secuelas derivadas de aquélla.

Propone prueba documental adjunta a la reclamación y que se incorpore al expediente la historia clínica de la paciente. Anuncia prueba pericial y solicita la testifical del personal sanitario (auxiliar, de enfermería y facultativo) que relaciona en la reclamación.

No se formula en la reclamación evaluación económica del daño dado que, según la interesada, el proceso de curación aún no había finalizado a la fecha de aquélla.

**SEGUNDO.-** Admitida a trámite la reclamación por resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud de 6 de julio de 2015, se ordena la instrucción del procedimiento al Servicio Jurídico del indicado ente público sanitario, que procede a comunicar a la interesada la información prescrita por el artículo 42.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), al tiempo que recaba de las Gerencias de Área implicadas en la asistencia sanitaria de la paciente una copia de su historia clínica y el preceptivo informe de los profesionales que la atendieron.

Del mismo modo, se da traslado de la reclamación a la aseguradora del Servicio Murciano de Salud y a la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

**TERCERO.-** Recibida la documentación e informes solicitados por la instrucción, constan en el expediente los siguientes:

- Informe del Servicio de Tología del Área de Salud IX, Vega Alta del Segura, sobre el embarazo de la paciente.
- Informe de la Dra. Z sobre la asistencia prestada en Urgencias del Maternal del HUVA al ingreso de la paciente el 21 de junio de 2014. Tras describir las actuaciones, pruebas y resultados de las mismas efectuadas en Urgencias, la facultativa informa que *“mi asistencia a la paciente Y se limitó a la valoración inicial en urgencias el día 21/06/2014, donde presentaba un cuadro clínico claro de infección del tracto urinario, sin presentar en ese momento otra sintomatología ni signos clínicos ni analíticos de la sepsis o el shock cardiogénico-miocardopatía con las que lamentablemente se complicó el cuadro clínico posteriormente, y que precisaran por tanto de más exploraciones complementarias o valoración por otros especialistas. Así pues, en urgencias se estableció la necesidad de ingreso de la paciente, favoreciendo que lo hiciera con su hija recién nacida en el Hospital Maternal, y se inició el tratamiento antibiótico del proceso de pielonefritis aguda, si endo el microorganismo causante de dicha infección (Escherichia coli) sensible para uno de los antibióticos prescritos en urgencias como confirmó posteriormente el resultado del urocultivo tomado en urgencias”.*
- Informe de la Médico Residente de segundo año de Ginecología, Dra. P, que atendió a la paciente el 23 de junio

de 2014 a las 20.30 h en el transcurso de su guardia y tras ser requerida por Enfermería. Describe la situación clínica en la que se encontraba la paciente y su decisión de no alterar el tratamiento que tenía pautado. Así, informa como sigue:

*“...mi asistencia a la paciente se limitó a la valoración puntual por malestar de la misma en el transcurso de una guardia. La paciente estaba con tratamiento antibiótico empírico, afebril y a la espera de resultados de urocultivo y hemocultivos, el primero de los cuales estuvo disponible el 24/06/2014 a las 13:52h. Es por esto que no modifiqué el tratamiento y me limité a aliviar los síntomas nauseosos asociados a la antibioterapia con Primperan y Ranitidina.*

*En cuanto a la astenia y al cansancio asociado a la bipedestación, consideré que podían ser explicados por la anemia y el proceso infeccioso que presentaba. Además, al valorar la analítica, interpreté como signo de mejoría la bajada de la leucocitosis que presentaba la paciente (de 13380 con 77,4% de neutrófilos al ingreso el 21/06/2014 a 12790 con 72% de neutrófilos el 23/06/2014) y que ésta permanecía afebril. Por eso indiqué continuar con el tratamiento antibiótico y no di importancia a la subida en la PCR, puesto que esta última es un marcador sensible pero poco específico de infección y no traduce en muchos casos la gravedad de la misma.*

(...)

*En resumen: a mi juicio y en el momento puntual en el que yo la valoré no reunía criterios para modificar el tratamiento empírico, ni solicitar pruebas complementarias diferentes a las ya practicadas, ni la atención de otros especialistas, ya que la paciente se encontraba afebril, normotensa, no taquicárdica, la diuresis estaba mantenida, presentaba mejoría de leucocitosis y las plaquetas se encontraban en rango normal”.*

- Informe de la Internista que atendió a la paciente el 24 de junio de 2014, a las 14.24 h, en respuesta a la interconsulta formulada por Ginecología esa misma mañana, que tras reproducir la anotación que sobre su actuación obra en la historia clínica, manifiesta:

*“Como se refleja en historia clínica, se procedió a la exploración de la paciente y a indicar radiología, ecografía y analítica urgente (en contra de lo expuesto en el párrafo 2º folio 14 de la demanda). Se contactó con el internista de guardia para que viera a la paciente y los resultados de estas pruebas. Consta en la historia que el internista de guardia visitó a la paciente a las 16’27 h”.*

**CUARTO.-** El 19 de octubre de 2015 y a requerimiento de la instrucción, la interesada formula propuesta de prueba documental y testifical de quienes aparentemente son tres familiares de la paciente, de nueve enfermeras, seis facultativos y testifical-pericial de diversos facultativos de los Servicios de Medicina Intensiva, de Cardiología y de Endocrinología del HUVA, a quienes formula diversas cuestiones relativas a la asistencia dispensada a la enferma por parte del Servicio de Ginecología.

Anuncia, asimismo, pericial médica, que no aporta.

**QUINTO.-** El 30 de octubre, la instrucción contesta a la proposición de prueba efectuada por la interesada, rechazando algunas de las solicitadas por innecesarias y se le indica que la pericial habrá de ser aportada a su costa.

**SEXTO.-** En período de prueba se incorporan al expediente los siguientes informes:

- Informe del Psiquiatra del Centro de Salud de Cieza que trata a la paciente de sus secuelas psicológicas.

- Informe del Jefe de Servicio de UCI del HUVA:

*“1. En respuesta a la pregunta nº 1, “si desde el 21 de junio hasta el 24 de junio debieron realizarse o prescribirse pruebas complementarias en planta de Ginecología con anterioridad a su ingreso en UCI”, ruego se revisen los datos de historia clínica y de enfermería de esos días, durante su estancia en planta, para ver qué constantes se tomaron, qué pruebas complementarias se pidieron y qué respuesta se dio, en su caso, a las llamadas que los familiares afirman haber realizado pidiendo atención médica y que yo no puedo afirmar ni desmentir que se*

produjeran.

2. En mi opinión, la paciente ingresó por un cuadro de Infección urinaria por E Coli y durante su estancia en planta de Ginecología desarrolló un cuadro de shock cardiogénico con disfunción sistólica severa. Me remito a los datos del informe de alta de nuestro Servicio y a la evolución que presentó la paciente. A título personal, si se me pregunta si creo que deberían haberse realizado pruebas complementarias antes de su ingreso, debo decir que lo deseable sería que se hubiera producido un diagnóstico más temprano del cuadro de insuficiencia cardíaca/shock cardiogénico que presentó la paciente”.

- Informe de la Supervisora de Enfermería de la planta donde se atendió a la paciente, que tras describir de forma detallada las asistencias enfermeras que constan en la historia clínica, manifiesta que

“Como puede comprobarse, las llamadas a enfermería fueron constantes, en ningún momento se dice que no fueran atendidas, si se dice que las enfermeras y auxiliares no la trataron de forma correcta, no especifica qué fallos hubieron para poder subsanarlos, sinceramente siento que no se sintiera a gusto en nuestra unidad y que tuviera que pasar por todos los problemas que desencadenaron su entrada a UCI. Las enfermeras no deben llamar a ningún otro especialista que no sea el Ginecólogo, y este a su vez al que crea conveniente y necesario. Aparecen en las Notas de la Evolución de Enfermería desde el primer día de su estancia, llamadas al Ginecólogo de guardia en todos los turnos, a excepción del día 24/06/2014 por la mañana que la veía el Ginecólogo de planta.

En cuanto a que se le traían tilas y más tilas, también se puede ver en la Evolución de Enfermería, que le dieron siempre bajo indicación médica Diazepam y Lorazepam, pero en el intento de ayudarla le llevaban infusiones de tila, enfermería no hace diagnósticos médicos, pero trabaja junto al paciente para ayudarle en lo que necesite, por lo que si la veían nerviosa trataban de ayudarla”.

- Informe de Facultativo Especialista en Cardiología (Dr. Q), que se expresa en los siguientes términos:

“La paciente (...) reingresa el día 21 de Junio por molestias urinarias asociada a fiebre y se diagnostica acertadamente de infección urinaria. Previamente antes del ingreso no consta que tuviera síntomas de alarma. Se le administra tratamiento antibiótico con buen criterio y queda ingresada. A partir del día 22 de Junio se refleja en las notas de enfermería que la paciente refiere intranquilidad y nerviosismo y algún episodio de vómitos y mareo. Hay anotada alguna toma de tensión arterial que era de 95/57 (que podría ser normal en personas jóvenes). Por tanto, sólo con estos datos que no son específicos en una paciente recién ingresada por infección urinaria no podemos sacar conclusiones claras. Posteriormente y ante la mala evolución (“intranquilidad”, “náuseas”) de la paciente se consulta con Medicina Interna y ya en la analítica del día 24 de Junio aparecen datos de gravedad sospechando por ellos shock séptico de origen urinario. Ya en UCI es cuando integrando todos los datos y tras realizar ecocardiograma se diagnostica de que además del cuadro séptico, la paciente presenta una miocardiopatía dilatada con shock cardiogénico sobreañadido.

Se me pregunta si en el intervalo estrecho de días desde el 21 de Junio al 24 de Junio se podría haber anticipado el cuadro clínico. Está claro que la paciente ingresa por infección urinaria pero lo que era difícil de sospechar es que tuviera además de lo anterior un cuadro de disfunción cardíaca en relación a miocardiopatía periparto. No es habitual que coincidan al mismo tiempo dos cuadros graves, siendo además este último muy infrecuente. A posteriori los síntomas que la mayor parte de las veces se atribuyen a cuadros banales de ansiedad y que la paciente presentaba según las notas de enfermería, eran en realidad el reflejo de una insuficiencia cardíaca. La internista que valora al paciente el día 24 de Junio sí que percibe que la paciente tiene dificultad respiratoria real y que la paciente está grave aunque el diagnóstico final se establece en UCI. Con las limitaciones de no haber estado allí y no haber escuchado ni explorado directamente a la paciente, quizá habiendo adelantado la valoración clínica/analítica por un médico internista o cardiólogo se podría haber adelantado el diagnóstico final 24-48 horas antes pero esto no hubiera evitado en modo alguno ni la aparición del cuadro clínico (la disfunción ventricular no apareció de forma aguda el día del ingreso y seguro que ya la tenía días/semanas antes aunque sin dar la cara) ni la obligatoriedad de ingresar en UCI. Bajo mi punto de vista es un caso muy complejo y de evolución rápida e inesperada”.

- Informe de Facultativo Especialista en Endocrinología (Dr. R):

*“La paciente presenta hipotiroidismo primario autoinmune (Hashimoto) y una Insuficiencia suprarrenal primaria (autoinmune probablemente) de debut en periparto y precipitada por situación de stress (sepsis, shock cardiogénico) que sufrió la paciente. El Addison y la enfermedad tiroidea en un paciente es muy sugestivo de enfermedad poliglandular autoinmune tipo 2 endocrina. El Sd poliglandular autoinmune es una enfermedad rara (1 caso 100.000 hab) de herencia poligénica y asociada a HLA 11-111.*

*Aunque es imposible de demostrar la paciente durante su gestación presentó una baja reserva suprarrenal pero suficiente en situación basal, pero ante la situación de stress descrita esta fue insuficiente y claudicó apareciendo las alteraciones clínicas e iónicas.*

*Las preguntas que se me formulan no puedo contestarlas al no estar presente en el momento que ocurrieron, recuerdo que a la paciente la veo por primera vez ya con alta hospitalaria y de manera ambulatoria”.*

**SÉPTIMO.-** Con fecha 18 de enero de 2016 se solicita a la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria el preceptivo informe de la Inspección Médica.

**OCTAVO.-** El 25 de enero la interesada aporta tres informes realizados por el Psiquiatra, el Cardiólogo y el Endocrinólogo que tratan a la paciente en la sanidad pública y que ya informaron en el procedimiento en el período de prueba a propuesta de la actora (Antecedente sexto de este Dictamen).

**NOVENO.-** Por la aseguradora del Servicio Murciano de Salud se aporta informe médico pericial evacuado por una Especialista en Ginecología y Obstetricia, que alcanza las siguientes conclusiones:

*“Primera: La paciente fue perfectamente diagnosticada y tratada de una pielonefritis aguda en el postparto. Ingresó en planta de maternidad con tratamiento adecuado. Inicialmente no presentaba síntomas de patología cardíaca.*

*Segunda: La paciente durante los días 22, 23 y 24 de junio, ingresada en maternidad, fue valorada correctamente por los médicos de planta y por médico internista, realizando diferentes pruebas: ECG, analíticas y exploración neurológica.*

*Presentaba síntomas inespecíficos, sin poderse sospechar la patología cardíaca que posteriormente desarrolló.*

*Tercera: El diagnóstico definitivo se realizó el 24 de junio, tras el empeoramiento clínico y analítico de la paciente. El diagnóstico de shock cardiogénico por miocardiopatía periparto se realizó en UCI a través de la ecocardiografía. La paciente estaba desarrollando una insuficiencia cardíaca, que no pudo ser diagnosticada antes, dada la inespecificidad de los síntomas iniciales.*

*Cuarta: La miocardiopatía periparto es una patología muy infrecuente y que inicialmente se manifiesta de forma inespecífica. El haber adelantado el diagnóstico un día no habría cambiado la evolución de la enfermedad ni la obligatoriedad de haber entrado en UCI”.*

**DÉCIMO.-** El 22 de noviembre de 2021 se evacua informe de la Inspección Médica, que concluye como sigue:

*“1- Dª Y, de 30 años de edad en la fecha de los hechos, dio a luz a su primer hijo el 15/06/2014 tras un parto espontáneo y eutócico siendo alta hospitalaria el 17/06/2014.*

*2- El 21/06/2014 fue atendida por los facultativos del 061, los cuales en base a la clínica y resultado de la tira de orina sospecharon un cuadro de pielonefritis aguda y derivaron correctamente a Urgencias.*

*3- En Urgencias del HUVA se exploró a la paciente, se hicieron pruebas complementarias de bioquímica y hemograma, orina y ecografía; con el diagnóstico de pielonefritis aguda se inició tratamiento antibiótico y quedó ingresada en planta de Ginecología. Esta actuación fue correcta.*

*4- Durante los días 22, 23 y la madrugada del 24 de junio, la paciente fue valorada por la ginecóloga y por el médico internista al que consultó. Durante estos días se realizó ECG, analítica y exploración ginecológica y neurológica. Se realizaron por tanto las exploraciones y pruebas complementarias indicadas en base a la clínica que presentaba la paciente. Un incremento en los valores de PCR es indicativo de un proceso inflamatorio, este dato junto al leve aumento en los valores de leucocitos y en ausencia de fiebre no es indicativo de shock séptico. Así mismo los síntomas que presentaba la paciente eran inespecíficos y no se podía sospechar que estuviera desarrollando una insuficiencia cardíaca.*

*5- El 24 de junio presentó un empeoramiento en su situación clínica y en los resultados analíticos; fue valorada por la ginecóloga y el internista que consultaron de inmediato con los intensivistas, siendo trasladada a UCI donde se diagnosticó la insuficiencia cardíaca por miocardiopatía periparto. La asistencia en UCI y posteriormente en Cardiología permitieron la recuperación de la paciente que fue alta hospitalaria el 08/07/2014.*

*6- Por tanto, consideramos que Dña. Y desde su ingreso en Urgencias fue atendida correctamente en cada momento, con un adecuado seguimiento y asistencia por parte de los facultativos de Urgencias, Ginecología y Medicina Interna y posteriormente en UCI y Cardiología”.*

**UNDÉCIMO.-** Conferido el preceptivo trámite de audiencia a la aseguradora del Servicio Murciano de Salud y a la interesada, presenta esta última alegaciones el 20 de enero de 2022, para reiterar su imputación de mala praxis a la actuación facultativa del Servicio de Ginecología, que sustenta en un informe médico pericial elaborado por una Especialista en Medicina Interna cuyas consideraciones médicas sobre el caso, una vez relatados los antecedentes, son las siguientes:

*“- En Resumen, se trata de una paciente puérpera, que ingresa por cuadro compatible con pielonefritis, cuadro potencialmente grave, en el que además de iniciar tratamiento antibiótico hay que comprobar la situación hemodinámica del paciente (tensión arterial, FC y respiratoria, diuresis) ingresando en UCI en situación de shock.*

*Ya desde el inicio del ingreso la paciente refiere en varias ocasiones encontrarse mal, con cansancio, mareo y dificultad respiratoria, (la paciente refería que no podía respirar), síntoma este último que se obvia, fue siendo etiquetada en varias ocasiones de “ansiedad” o “se pone muy nerviosa”, administrándose tilas y tranquilizantes, sin quedar reflejado en la historia ni la medición de la frecuencia respiratoria, ni datos de auscultación pulmonar, no se solicitan ni gasometrías ni RX tórax hasta que la paciente es valorada por M interna con el consiguiente retraso diagnóstico y terapéutico.*

- Estamos de acuerdo en que los síntomas de cansancio, hipotensión y dificultad respiratoria son inespecíficos, pero son compatibles con varios procesos propios de una paciente gestante o púerpera, siendo algunos de ellos de extrema gravedad, como la complicación de la propia pielonefritis, con una sepsis grave con fracaso hemodinámico, la miocardiopatía periparto e incluso la enfermedad tromboembólica/tromboembolismo pulmonar, proceso relativamente frecuente en periparto y con síntomas similares de disnea/hiperventilación/bajo gasto.

En el caso de nuestra paciente, la afectación cardíaca no podría haberse evitado, pero con una atención adecuada, una vigilancia de constantes (insistimos en la necesidad de medición de diuresis y la frecuencia respiratoria, que son signos de alerta tanto en sepsis como en insuficiencia cardíaca), una exploración física adecuada, con una auscultación cardíaca y pulmonar, y la realización de RX tórax y gasometría (pruebas básicas y accesibles) se podría haber diagnosticado antes de que la paciente llegara a la situación de extrema gravedad, en situación de shock, y haberse optimizado el tratamiento cardíaco de forma precoz, con un adecuado ajuste de fluidoterapia/diuréticos y fármacos inotrópicos, y haberse evitado las secuelas que la paciente sufre en la actualidad, con necesidad de tratamiento crónico para la insuficiencia suprarrenal y las posibles complicaciones futuras derivadas de ello”.

A la luz de las indicadas consideraciones médicas, la actora evalúa económicamente su reclamación en 13.000 euros, en concepto de secuelas que identifica como una insuficiencia suprarrenal aguda y un trastorno de estrés postraumático. La valoración la hace a tanto alzado sin referirla a ningún baremo o sistema de valoración objetivo.

**DUODÉCIMO.-** Remitido el escrito de alegaciones y el informe pericial que lo acompaña a la Inspección Médica en solicitud de informe complementario, se evacua el 1 de febrero de 2022. El informe se limita a ratificarse en el emitido con anterioridad por dicha Unidad.

**DECIMOTERCERO.-** Conferido nuevo trámite de audiencia a los interesados (aseguradora del Servicio Murciano de Salud y actora), presenta la actora escrito para ratificarse en sus alegaciones de mala praxis y pretensión indemnizatoria.

**DECIMOCUARTO.-** El 25 de marzo de 2022 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación al considerar la instructora que no concurren los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria al no existir mala praxis en la asistencia dispensada a la paciente, lo que excluye el necesario nexo causal entre el servicio público sanitario y el daño alegado y su antijuridicidad.

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), todavía vigentes al momento de presentarse la reclamación.

### **SEGUNDA.- Régimen jurídico aplicable, legitimación, plazo y procedimiento.**

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), que junto a 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 LPACAP dispone que no resulta de aplicación a los procedimientos que, como el que es objeto del presente Dictamen, se hubieran iniciado antes de su entrada en vigor, que se regirán por la normativa anterior. En consecuencia, el régimen legal aplicable en el supuesto

sometido a consulta es el que establecía la LPAC.

II. Cuando de daños físicos o psíquicos a las personas se trata, la legitimación para reclamar por ellos corresponde, de forma primaria, a quien los sufre en su persona, lo que determina que la legitimada en el supuesto sometido a consulta sea la propia paciente.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional, en su condición de titular del servicio público de asistencia sanitaria a la población con ocasión de cuya prestación se produjo el daño reclamado.

III. La reclamación se ha presentado dentro del plazo anual que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 142.5 LPAC, toda vez que se ha ejercitado el 22 de junio de 2015, antes del transcurso de un año desde el alta hospitalaria de 8 de julio de 2014, que pone fin al ingreso durante el cual se habría producido la inadecuada asistencia sanitaria por la que reclama, y ello sin necesidad de entrar a considerar la fecha, posterior, de estabilización o curación de las lesiones alegadas, a la que el indicado precepto legal vincula el *dies a quo* del plazo prescriptivo.

IV. Se ha seguido el procedimiento previsto en la LPAC y en el RRP para la tramitación de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, sin que se observen carencias esenciales, obrando en el expediente el informe del Servicio a cuyo funcionamiento se imputa el daño y el trámite de audiencia a los interesados, que junto con el informe de la Inspección Médica y la solicitud de este Dictamen constituyen los trámites obligados de este tipo de procedimientos.

No puede dejar de advertirse la excesiva duración del procedimiento, iniciado el 22 de junio de 2015, hace ya más de siete años, que supera más allá de lo razonable el plazo de seis meses que para la sustanciación de este tipo de procedimientos establecía el artículo 13 RRP y en la actualidad el artículo 91.3 LPACAP.

### **TERCERA.- Elementos de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario.**

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 venían recogidos en los artículos 139 y siguientes LPAC y en la actualidad, en términos sustancialmente coincidentes, en los artículos 32 y siguientes LRJSP, habiendo sido desarrollados por una muy 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 de 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.

En este sentido, sólo en el caso de que se produzca una infracción del deber de aplicación de medios, considerando a tal efecto el estándar de los disponibles aplicado a las circunstancias del caso concreto, responderá la Administración de los daños causados, pues, en caso contrario, dichos perjuicios no habrán de imputarse, en términos jurídicos, a la atención sanitaria pública y, por tanto, no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que en tal caso podría declararse en todos los supuestos en los que, con ocasión de cualquier intervención de los servicios sanitarios públicos, no se pudieran evitar los daños a la salud de las personas que se producen por la misma naturaleza de la condición humana; tal resultado, obviamente, no respondería a la configuración constitucional y legal del instituto de la responsabilidad patrimonial de que se trata.

De ahí que, como recuerda el Consejo de Estado en Dictamen 52/2020, sea doctrina jurisprudencial reiterada (por todas, Sentencia de la Sección Quinta de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, de 15 de marzo de 2018, rec. n.º 1016/2016) 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 constituya 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 de l 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”*.

La actuación del médico 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, actú a como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

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).

Para la Administración, además de los informes de los facultativos intervinientes, de preceptiva incorporación al procedimiento ex artículo 81.1 LPACAP (10.1 RRP), su principal apoyo probatorio habrá de ser el informe de la Inspección Médica, dadas las peculiares características que reúne y que pone de manifiesto la STSJ Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, núm. 430/2014, de 9 de junio, al señalar en relación con el indicado informe que *“en la valoración conjunta de la prueba se han de ponderar sus consideraciones médicas y sus conclusiones como elementos de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para la decisión de la litis, considerando que su fuerza de convicción reside, además de en su motivación y coherencia, en la circunstancia de que la Inspección Sanitaria informa con criterios de profesionalidad, objetividad e imparcialidad respecto del caso y de las partes”*.

#### CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan a la Administración sanitaria.

Para la reclamante, durante las 70 horas del período comprendido entre su ingreso en Urgencias de Maternal del HUVA a las 19.53 horas del 21 de junio de 2014 y su ingreso en UCI a las 16.30 horas del 24 de junio, se produjo lo que califica como “*abandono sanitario*”, en el que se omitieron pruebas exploratorias y de imagen que, de haberse realizado, habrían permitido detectar con mayor prontitud la insuficiencia cardíaca que estaba sufriendo y posibilitado un tratamiento adecuado precoz, lo que hubiera evitado su ingreso en UCI, la situación de grave estrés a que se le sometió y, en consecuencia, el agravamiento de su insuficiencia suprarrenal y el trastorno de estrés postraumático asociados a aquél.

Las alegaciones actoras dibujan un supuesto de omisión de medios, por no realizar determinadas pruebas y actuaciones que habrían permitido adelantar el diagnóstico de la insuficiencia cardíaca o por no ser capaces de alcanzar el juicio clínico acertado los facultativos que la atendieron durante su ingreso en planta de Ginecología.

Es evidente que la determinación de si la situación clínica de la paciente en cada momento de su evolución precisaba de la práctica de nuevas pruebas que no se llegaron a realizar o si los signos y síntomas de enfermedad debieron llevar a los facultativos actuantes a sospechar de la existencia de una patología cardíaca, son extremos que están estrechamente ligados a la “*lex artis ad hoc*” y a la valoración que de la atención prestada han de hacer los técnicos en la materia, por lo que resulta obligado atender a los informes periciales obrantes en el expediente, que habrán de ser valorados conforme a las reglas de la sana crítica, por mandato del artículo 348 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

La paciente ingresa en planta de Ginecología procedente de Urgencias el 21 de junio. En la historia clínica no se reflejan incidentes o anotaciones dignos de mención hasta las 19.39 horas del día 22. Las notas de enfermería de este día reflejan que la paciente tiene un episodio de crisis de ansiedad que se relaciona con la dificultad para orinar. De ahí que aun cuando la perito de la interesada manifiesta que el día del ingreso en planta la paciente avisa a enfermería por dificultad para la micción y malestar general, con dificultad respiratoria, se trata de un lapsus, pues en realidad lo relatado no ocurrió el día del ingreso, el 21 de junio, sino el día 22 por la tarde-noche.

A partir de este momento comienza una evolución tórpida de la paciente marcada por el malestar general, náuseas y vómitos, astenia/disnea de esfuerzo, dificultad respiratoria, aumento de PCR, alteraciones de la tensión arterial y frecuencia cardíaca con episodios de taquicardia, y ansiedad de la paciente. Respecto de este último extremo ha de señalarse que, aun cuando el informe pericial aportado por la interesada omite las referencias contenidas en las notas de enfermería a la ansiedad e, incluso, llega a afirmar que “*la paciente no refiere en ningún momento encontrarse “nerviosa”*”, lo cierto es que en la mañana del día 23 de junio, constan sendas anotaciones a las 6:50 h y a las 7:41 h, en las que se recoge que la paciente “*refiere encontrarse ansiosa, igual que esta tarde*” y “*refiere notar la ansiedad desde que inició el tratamiento intravenoso*”.

Señala la perito de la interesada que a la luz de la evolución de la paciente, que fue etiquetada en varias ocasiones de nerviosa y ansiedad, lo cierto es que, aunque la enferma refería que tenía dificultades para respirar, no se reflejaron en la historia clínica las constantes relativas a la medición de la frecuencia respiratoria, datos de auscultación pulmonar, ni se solicitaron gasometrías o radiografías de tórax hasta que la paciente es valorada por Medicina Interna. Considera que, con una adecuada vigilancia de constantes, incluida diuresis, con una exploración física adecuada, con una auscultación pulmonar y cardíaca y la realización de radiografía de tórax y gasometría, podría haberse anticipado el diagnóstico de la insuficiencia cardíaca, antes de que se produjera el shock y evitado así las secuelas por las que reclama. Ahora bien, no precisa cuándo habría debido sospecharse de la existencia de una miocardiopatía y en qué momento resultaba inexcusable haber realizado su diagnóstico. Es decir, en cuánto tiempo podría haberse anticipado el diagnóstico adecuado, lo que entiende el Consejo Jurídico que resulta indispensable para poder establecer los efectos de ese adelanto y de la aplicación precoz del tratamiento adecuado sobre la salud de la paciente.

Por su parte, la perito de la aseguradora sostiene que la paciente estaba siendo tratada y controlada de forma adecuada para la pielonefritis por la que ingresó y que los síntomas que presentaba (astenia, dificultad respiratoria, vómitos, mareos, etc.) eran muy inespecíficos y que no orientaban el diagnóstico hacia una afección cardíaca que, además de ser muy infrecuente, inicialmente se manifiesta de forma inespecífica. Por otra parte, señala que de haberse adelantado el diagnóstico de la miocardiopatía periparto en 24 horas, no habría cambiado la evolución de la enfermedad ni la necesidad de ingresar en UCI para remontar la grave situación de shock cardiogénico.

La Inspección Médica, por su parte, se alinea con la aseguradora del Servicio Murciano de Salud coincidiendo en la inespecificidad de los síntomas de cara al diagnóstico de la miocardiopatía periparto, y afirma que el control y pruebas que se realizaron a la paciente durante su ingreso en planta de Ginecología eran los que demandaban la clínica que en cada momento presentaba la enferma, por lo que considera que fue atendida correctamente con un adecuado seguimiento y asistencia por parte de los facultativos que la atendieron.

Ha de señalarse que ninguna de las dos peritos cuyos informes son objeto de consideración, esto es, ni la de la aseguradora del Servicio Murciano de Salud ni la de la actora, se detienen en justificar sus respectivos y contradictorios asertos acerca de la incidencia (irrelevante para la primera, decisiva para la segunda) que el adelanto del diagnóstico habría tenido en la situación residual o secuelar de la paciente. La Inspección Médica, por su parte, no se pronuncia al respecto. No obstante, sí es muy ilustrativo sobre este extremo el informe del Cardiólogo, Dr. Q, cuyo buen hacer profesional no está en cuestión en la reclamación, pues las imputaciones de ésta se centran en la asistencia dispensada por Ginecología, y que informa a solicitud expresa de la interesada como "testigo-perito". Manifiesta el referido facultativo que *"quizá habiendo adelantado la valoración clínica/análítica por un médico internista o cardiólogo se podría haber adelantado el diagnóstico final 24-48 horas antes, pero esto no hubiera evitado en modo alguno ni la aparición del cuadro clínico (la disfunción ventricular no apareció de forma aguda el día del ingreso y seguro que ya la tenía días/semanas antes aunque sin dar la cara) ni la obligatoriedad de ingresar en UCI. Bajo mi punto de vista es un caso muy complejo y de evolución rápida e inesperada"*.

En atención a lo expuesto, cabe concluir que por la actora, a quien incumbe la carga de la prueba conforme a lo establecido en el artículo 217 LEC, no se ha acreditado que la miocardiopatía periparto que sufrió hubiera debido ser diagnosticada antes del momento en que se hizo o que las ginecólogas que atendieron a la paciente entre el 21 y el 24 de junio de 2014 se incurriera en mala praxis por omisión de pruebas diagnósticas o actuaciones facultativas que resultaran exigibles en atención a la clínica que presentaba la paciente. Tampoco se ha llegado a demostrar que la anticipación del diagnóstico hubiera evitado las negativas consecuencias para la salud de la paciente que tuvo el estrés asociado al rápido e inesperado progreso de su enfermedad cardíaca ni el ulterior ingreso en la UCI.

En consecuencia, procede desestimar la reclamación en la medida en que no concurren los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración, en particular el nexo causal ente el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado, ni su antijuridicidad, toda vez que en ausencia de mala praxis en la asistencia sanitaria dispensada a la enferma, las secuelas por las que solicita indemnización no pueden ser imputadas a la actuación facultativa, sino antes bien a la propia enfermedad que aquejó a la hoy actora.

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

## **CONCLUSIÓN**

**ÚNICA.-** Se dictamina en sentido favorable la propuesta de resolución que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial por no concurrir todos los elementos determinantes de ésta, en particular, la relación causal entre servicio público y daño ni la antijuridicidad de este último.

No obstante, V.E. resolverá.