



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 83/2023

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 12 de abril de 2023, 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 17 de octubre de 2022 (COMINTER número 281349), sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2022_319), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO. - Con fecha 22 de septiembre de 2020, D. X presenta escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial por los perjuicios causados como consecuencia del fallecimiento de su padre, el día 24 de agosto de 2019, en el "Hospital Rafael Méndez" (HRM), de Lorca.

Fundamenta la reclamación en los siguientes hechos:

Que el día 23 de agosto de 2019, el fallecido se encontraba en planta del servicio de Nefrología en el HRM por diversas dolencias previas que requerían de ingreso hospitalario. El mismo día se le hacen las pertinentes revisiones. En el informe clínico del servicio de rehabilitación hacen saber que no presenta muchas secreciones, pero si surgen deben de ayudarle a retirarlas en expectoración, deviniendo de la traqueostomía percutánea realizada con anterioridad y siguiendo con la misma. Poco después, ese mismo día, manifiesta PCR (parada cardiorrespiratoria), se le inician maniobras de reanimación y se le inyecta adrenalina, recuperando así el pulso. Tras la misma ingresa en la unidad (UCI) donde se hace constar que el diagnóstico principal es PCR probablemente secundaria a tapón de moco, tapón que, como se manifiesta en el informe de rehabilitación, deberían de haber limpiado en expectoración, provocando el mismo un riesgo obstruyendo la cánula, produciéndole así ? una primera PCR.

Que a su ingreso en la UCI, el día 23 de agosto, haciendo caso omiso al informe del servicio de rehabilitación para que se le retiraran en expectoración o ignorando el personal del mismo servicio la necesidad de retirar esas secreciones, manifestando en el informe que no notaban muchas de estas, en las primeras 12 horas sufre una segunda PCR causando el fallecimiento de su padre.

Acompaña a su reclamación los diversos informes médicos de la medicina pública en relación con este episodio.

En cuanto a la valoración económica del daño, no la cuantifica.

SEGUNDO. - Solicitada la subsanación de la solicitud, en orden a acreditar su legitimación y la representación con la que actúa el letrado, así como la evaluación económica del daño, cumplimenta el requerimiento aportando

copia del Libro de Familia, así como hoja de encargo profesional, que no cumple con los requisitos de acreditación de la representación, y no realiza la valoración económica del daño.

TERCERO. - Por Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (SMS), de 17 de noviembre de 2019, se admitió a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial.

CUARTO. - Requerido de nuevo el reclamante para que acredite la representación del letrado actuante y realice la valoración económica del daño, con fecha 21 de diciembre de 2020 presenta certificado de inscripción de apoderamiento *apud acta* y, en cuanto a la valoración económica del daño, solicita un indemnización de 281.475,58 euros, conforme al baremo de daños causados en accidente de circulación.

QUINTO. - La reclamación se notificó a la Gerencia de Área de Salud III –HRM- y a la correduría de seguros del SMS.

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

De estos profesionales del HRM ha emitido informe:

1º. El Dr. Y, Jefe de Sección de Nefrología, que indica:

“En resumen, se trata de un paciente de 74 años que ingresó en nuestro hospital el 19 de junio de 2019 por hemoptisis masiva y fallo renal de rápida progresión secundarios a vasculitis sistémica tipo poliangeitis microscópica ANCA +. Preciso ingreso en UCI por insuficiencia respiratoria secundaria a hemorragia pulmonar masiva, para soporte ventilatorio y hemodiálisis continua. Durante su ingreso en UCI sufrió múltiples complicaciones hemorrágicas e infecciosas por gérmenes multirresistentes. Fue alta a planta de medicina interna el 19 de agosto de 2019, en situación de importante desnutrición con edemas severos, paresia de 4 extremidades por polineuropatía del paciente crítico, fallo renal moderado sin necesidad de diálisis y aceptable situación respiratoria con traqueostomía cerrada. Fue valorado por nefrología, endocrinología, rehabilitación, neumología y medicina interna. El día 23 de agosto sufre parada cardiorrespiratoria, por lo que reingresa en UCI, siendo éxitus a las 12 horas del reingreso.

Leídos los argumentos del reclamante, que hace constar: (...)

Revisada la historia clínica, los informes médicos y las notas evolutivas del ingreso, tengo que puntualizar lo siguiente:

1. El diagnostico de UCI es parada cardiorrespiratoria PROBABLEMENTE secundaria a tapón de moco. Sin embargo, en las notas evolutivas de los 3-4 días anteriores al suceso, se puede constatar la AUSENCIA de datos clínicos, analíticos o radiológicos que hagan sospechar dicha complicación. El diagnostico reflejado por UCI es más por posibilidad estadística, dada la debilidad y antecedentes del paciente, no por datos objetivos. De hecho, en la historia clínica consta por escrito todo lo contrario (transcribo literalmente de las notas evolutivas): (...)

Por tanto, no se detecta NINGUN síntoma previo de exceso de mucosidad (la expectoración ocasional de algún esputo es normal en un paciente de estas características) ni de problema respiratorio, como se refleja en el informe de ingreso en UCI (literalmente: "es valorado por internista de guardia que encuentra al paciente eupneico"). Esto se constata 50 minutos antes de la PCR. Tampoco consta durante su estancia en UCI la extracción de tapón de moco alguno tras la intubación. Sin embargo, sí se sospecha infección por pseudomona panresistente y se inicia tratamiento antibiótico, que ya llevaba en planta.

2. No se pudo obstruir ninguna cánula porque se consiguió la DECANULACIÓN el día 8 de agosto, según consta en informe de alta de medicina intensiva de fecha 19 de agosto. Por tanto, el paciente NO ERA PORTADOR DE CÁNULA INTRATRAQUEAL en el momento de la parada cardiorrespiratoria ni durante todo el ingreso en planta. Por tanto, el argumento de que un tapón de moco obstruyó la cánula y provocó la primera parada cardiorrespiratoria no pudo haber ocurrido porque no existía dicha cánula.

3. El informe de rehabilitación de fecha 23 de agosto de 2019 a las 13:03 horas indica en el tratamiento que se ayude a la expectoración SI SURGEN SECRECIONES, e indica que en ese momento no las ha notado (importante puntualizar que dicho informe está firmado el mismo día de la PCR). Esa sugerencia está indicada en

el apartado de tratamiento por fisioterapia y dirigida a ellos mismos como parte de la rehabilitación y se refiere a maniobras externas de ayuda a la expectoración (que ya realizaba el fisioterapeuta en sus visitas diarias), no a la extracción directa de mucosidad, que no se puede realizar en paciente sin acceso traqueal directo (cánula de traqueostomía o intubación). Me remito a las notas evolutivas que constatan la ausencia de secreción bronquial importante y la ausencia de problemas respiratorios de sospecha. Por tanto, no es cierto que el personal sanitario hiciera caso omiso de ninguna recomendación médica.

4. Visto lo anterior, es insostenible afirmar que ha existido desatención por parte del personal sanitario, como demuestran las notas diarias y las visitas de varios especialistas en las que se vigilan la nutrición, la rehabilitación, la función respiratoria, la función renal, etc.

En cuanto a la causa de la PCR, considero como más probable las complicaciones infecciosas por la existencia de gérmenes multirresistentes (casi panresistentes) que provocaron una SEPSIS. A favor de esta causa:

- a. Fiebre diaria refractaria a todo el importante tratamiento antibiótico implantado y cambios de acceso vascular.
- b. Acidosis metabólica e hiperlactacidemia en ascenso pese al soporte ventilatorio en UCI tras la PCR.
- c. Elevación de reactantes tipo procalcitonina.

Por último, recordar que el paciente sufrió durante el primer ingreso en UCI un muy probable INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM sin revascularizar, diagnóstico que consta al alta de UCI de fecha 19 de agosto de 2020), y que no se pudo tratar por el altísimo riesgo hemorrágico. No se puede descartar un nuevo IAM como causa de la PCR.

Todos los datos aquí reseñados se encuentran disponibles en la historia clínica digital del paciente, en forma de informes de alta e ingreso, analíticas, informes radiológicos y notas evolutivas, por lo que no acompaño este informe de dichos documentos”.

2º. Los Dres. Z y D.ª P, del Servicio de Medicina Intensiva -Unidad de Electroestimulación Cardíaca-, que indican:

“PREMISAS:

A.- En primer lugar no se menciona que este paciente estuvo ingresado en el servicio de Medicina Intensiva del Hospital Rafael Méndez durante 62 días, precisando de 55 días de ventilación mecánica por un proceso clínico, asociado a alta mortalidad y que condicionó que el paciente estuviera en el momento que tuvieron lugar los hechos reclamados en una situación biológica muy deteriorada y con poca reserva fisiológica, por lo que se aporta informe de alta de UCI con fecha 19 de Agosto de 2019 (referenciado como documento IB). Con la ausencia de este dato, parece que el evento sobre el que se realiza la reclamación es un proceso independiente del paciente.

B.- Sin embargo se aporta en la reclamación el documento Nº 2 que corresponde al consentimiento informado para la realización de una traqueotomía percutánea que esta si se realizó durante el periodo de ingreso en la UCI anteriormente mencionado (fecha 6 de Junio de 2019) como si hubiera sido un procedimiento realizado durante el periodo de tiempo en el que tiene lugar los hechos motivo de la demanda. Por tanto cuando el paciente es dado de alta a planta desde UCI el 19 de Agosto de 2019, el paciente ya no es portador de traqueotomía.

RESPUESTA A LAS CUESTIONES Y HECHOS PLANTEADOS EN LA RECLAMACIÓN:

PRIMERO: El paciente el día 23 de Agosto de 2019, que se encuentra en planta convencional recibiendo las atenciones por parte de enfermería, así como visitas y asistencia por parte de fisioterapia, y a cargo de Nefrología; no es portador de ninguna traqueotomía percutánea, y se encuentra respirando espontáneamente, sin muchas secreciones por vía oro-nasofaríngea y adecuada oxigenación (como recogen los informes de planta y comentarios de Rehabilitación). Cuando presenta la parada cardiorrespiratoria se procede a intubación orotraqueal y por tanto control de vía aérea, el motivo de la parada pudo haber sido un tapón de moco (probable no confirmado), situación que es frecuente en pacientes que se encuentran con una situación biológica deteriorada y con poca reserva fisiológica, en los que suelen concurrir otros múltiples factores. En este caso los derivados de la poli neuropatía del paciente crítico, colonización de pseudomona panresistente y síndrome renopulmonar, tal y como se recoge en el diagnóstico del informe de alta de la UCI con fecha 24 de Agosto de 2019, cuando tiene

lugar el fallecimiento del paciente. Este documento se adjunta como documento 2B, puesto que tampoco se aporta ni ha sido analizado en la reclamación.

SEGUNDO: Respecto a la evolución del paciente en la UCI, se aplicaron todas las medidas necesarias: ventilación mecánica, canalización de vía venosa central y administración de vasopresores, tal y como se recoge en el documento 2B. A pesar de las cuales no se objetiva respuesta clínica, presentando una nueva parada cardiorrespiratoria (encontrándose en ese momento con aislamiento de vía aérea y ventilación mecánica) y por tanto no motivada por existencia de secreciones y tapón de moco, sino de nuevo por múltiples factores propios de un paciente con deterioro biológico, poca reserva fisiológica y patologías clínicas basales que persisten: Síndrome renopulmonar, poli neuropatía del paciente crítico y colonización por pseudomona panresistente.

TERCERO.- Esta contestado previamente en los apartados primero y segundo2.

SÉPTIMO. - Con fecha 12 de enero de 2021 se solicita informe de la Inspección Médica, no constando que haya sido evacuado hasta la fecha.

OCTAVO. - Con fecha 2 de mayo de 2022, la compañía aseguradora del SMS, aporta informe médico-pericial de la Dra. Q, Especialista en Medicina Intensiva, en el que se concluye que:

“1. Don R de 74 años, ingresó en el HRM con un cuadro de deterioro clínico de dos meses de evolución que resultó ser una vasculitis p-ANCA tipo poliangeítis microscópica, enfermedad grave y de mal pronóstico

2. Que en su caso cursó inicialmente con fracaso renal agudo y hemorragias pulmonares lo que motivó su ingreso en UCI para soporte ventilatorio (ventilación mecánica) y renal (hemodiálisis).

3. Que el curso clínico de su enfermedad fue tórpido y lento con múltiples complicaciones agudas (IAM, sangrado pulmonar y digestivo, infecciones por bacterias multirresistentes) y crónicas (inmunosupresión, desnutrición, polineuropatía) derivadas de su enfermedad y del tratamiento de la misma por lo que su estancia en UCI se prolongó durante 60 días.

4. Que fue dado de alta de la UCI sin precisar medidas de soporte vital: decanulado 10 días antes; manejando secreciones respiratorias, comiendo y levantándose a sillón, pero en un estado de extrema fragilidad, para continuar tratamiento en planta de hospitalización

5. Que estando en planta sufrió una parada cardiorrespiratoria (PCR) que por sus características de presentación aguda y con sus antecedentes (IAM, arritmias) fue probablemente como la mayoría de las PCR intrahospitalarias de origen cardiológico.

6. Que de ninguna manera pudo deberse a un tapón de moco alojado en la cánula de traqueotomía porque NO ERA PORTADOR DE CANULA DE TRAQUEOSTOMIA desde hacía 15 días y es extremadamente improbable que fuera de origen respiratorio ya que el paciente fue capaz de expectorar unos minutos antes.

7. Que reingresó en UCI en un estado de fracaso multiorgánico y lesión hipóxica del cerebro que, al que no tener ya reserva fisiológica, evolucionó mal, y a pesar de máximo esfuerzo terapéutico, falleció en pocas horas.

8. Por tanto: no hubo negligencia ni mala práctica, el paciente fue atendido con extrema diligencia durante toda su prolongada estancia hospitalaria por todos los especialistas que precisó”.

NOVENO. - Con fecha 14 de julio de 2022 se otorgó trámite de audiencia al reclamante, no constando que haya formulado alegaciones.

DÉCIMO. - La propuesta de resolución, de 17 de octubre 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.

En la fecha y por la autoridad indicada se ha solicitado 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. - Legitimación y procedimiento.

I. El reclamante ostenta legitimación activa para reclamar, de conformidad con lo previsto en el artículo 32.1 de la 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. 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.

TERCERA. - Plazo para reclamar. Prescripción.

En cuanto a la temporaneidad de la acción resarcitoria, a ejercer en el plazo de un año previsto en el artículo 67.1 LPACAP, no coincidimos con la propuesta de resolución en estimar que se interpuso temporáneamente.

En efecto, el artículo 67.1 LPACAP establece que *“El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”*.

En el caso que nos ocupa, el fallecimiento del padre del reclamante se produce el día 24 de agosto de 2019, en el HRM, mientras que la reclamación no ofrece dudas de que fue presentada el día 22 de septiembre de 2020, por lo que resulta claramente extemporánea sin necesidad de entrar a dictaminar sobre el fondo del asunto.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA. - Se dictamina desfavorablemente la propuesta desestimatoria de la reclamación patrimonial formulada, en cuanto que no aprecia la prescripción de la acción para reclamar.

No obstante, V.E. resolverá.