



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 198/2023

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 11 de julio 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 2 de marzo de 2023 (COMINTER 56328) y CD recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 7 de marzo de 2023, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.ª X y otro, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2023_071), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO. - Con fecha 17 de julio de 2018, D.ª X, en su propio nombre y derecho y en el de su hijo entonces menor de edad Y, presenta escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños causados por la asistencia prestada por los servicios sanitarios del Hospital "Reina Sofía" (HRS), de Murcia, por el fallecimiento de su hijo y hermano, respectivamente, Z.

Fundamenta la reclamación en los siguientes hechos:

Que su hijo Z manifestó a la edad de pocos meses de vida una enfermedad llamada beta oxidación de ácidos grasos con déficit de Lach.

Durante su infancia y adolescencia, Z es ingresado en el Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia en numerosas ocasiones y, ya en las últimas ocasiones, al Hospital Reina Sofía de Murcia.

El día 6/7/2017, Z es ingresado en el HRS (por la puerta de Urgencias) con piernas cansadas, agotamiento físico ... Se le practica un análisis que da como resultado un elevado nivel de CPK (creatina-fosfocinasa), lo que obliga a que se quede ingresado. Se le administra Primperan y Zopran, y se le añade suero fisiológico para eliminar el CPK.

El día 8/7/2017 se le sigue administrando Primperan y Zopram a Z. Esa misma noche se le administra un Orfidal, cuando con la enfermedad diagnosticada a Z, está absolutamente prohibido administrar sedantes, y esta prohibición aparece expresamente indicado en su Historial.

Al día siguiente (9/7/2017), Z se despierta poco lúcido, con síntomas de bloqueo y sin reconocer a nadie. La familia pide avisar al médico de guardia, a lo que la enfermera presente se niega (llega a decir, literalmente, "que para eso no lo llama"). No obstante, la insistencia de la familia de Z consigue que se le practica un análisis de sangre y otro de orina. Mientras, al paciente se le sigue administrando Orfidal, a lo que la madre se sigue insistente y expresamente negando.

El 10/7/2017 acude el Dr. Q y decide hacerle una punción lumbar, a lo cual la madre se opone de plano y así se lo comunica. A consecuencia de la punción, Z entra en parada cardíaca, se le intenta reanimar, mandándolo a la UVI, donde entra en coma profundo y se le intuba, permaneciendo en tal Servicio los días 11 a 18 de julio, fecha en la que fallece en el Hospital.

La medicación que se le administró (Orfidal) y la prueba practicada (punción), absolutamente erróneo e incompatible con su enfermedad, fue lo que le produjo una parada cardíaca, primero, y la muerte, pocos días más tarde.

Como poco, se trata, por supuesto, de un caso de imprudencia grave, dados los errores de diagnóstico, tratamiento, fármacos y pruebas que hubo en el último ingreso hospitalario de Z.

Acompaña a su reclamación certificado de defunción de su hijo e informes médicos de la medicina pública.

En cuanto a la valoración económica del daño, solicita 500.000 euros para ella y otros 500.000 euros para su hijo Y.

SEGUNDO. - Subsana la solicitud con la aportación del Libro de Familia, por Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (SMS) de 19 de noviembre de 2018 se admitió a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Al mismo tiempo la reclamación se notificó a la Gerencia de Área de Salud VII –HRS- y a la correduría de seguros del SMS.

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

De estos profesionales del HRS han emitido informe:

1º. El Dr. P, Jefe del Servicio de Urgencias, que indica:

“Paciente de 20 años que consultó por debilidad en miembros inferiores.

Entre sus antecedentes personales destaca una miopatía por depósito de lípidos con déficit de beta oxidación de ácidos grasos con diagnóstico a los 14 meses de vida con polineuropatía sensitivo-motora axonal crónica, retinosis pigmentaria en revisiones por neurología, cardiología y oftalmología. Anulación funcional de riñón izquierdo. Ingreso en 2009 por rabdomiolisis por ejercicio físico intenso. Asma y bronquitis de repetición. Pies cavos y debilidad de peroneos.

Refería que desde hace una semana ha tenido pérdida de fuerza en los MMII y caídas continuas que han aumentado notablemente en los últimos dos días. No fiebre ni dolor aunque si que refiere pesadez en las piernas. Orina bien. Ningún otro síntoma acompañante. El paciente tiene debilidad en MMII de base, refiere que le cuesta caminar pero no tanto como ahora. Estaba en seguimiento por neurología por el Dr. Q. El aparente desencadenante es un episodio físico intenso hecho hace 3 días (natación). El paciente refiere episodios similares con ingreso por rabdomiolisis.

En la exploración física tenía TA: 126/81 Temperatura: 36.9, FC: 100, SAT: 99 Buen Estado General. Normocoloreado · Bien hidratado· Bien nutrido· Bien perfundido·

AC: rítmica sin soplos ni extratonos.

AP: MVC conservado en ambos campos pulmonares sin ruidos sobreañadidos.

ABD: Blando y depresible. No dolor a la palpación. No palpo masas ni megalias.

Exploración Neurológica: Consciente y orientado. Funciones superiores y lenguaje conservados. Pupilas isocóricas y normorreactivas. MOEs sin restricciones. Campimetría por confrontación normal. Resto de pares craneales sin alteraciones. Fuerza 5/5 en las cuatro extremidades. Reflejos miotáticos normales. RCP flexor

bilateral. Romberg negativo. Marcha con dificultad con pies en supinación.

En las exploraciones complementarias Hemograma: Hb 13.6, Hto 40.2%, Plaquetas: 248, Leucocitos: 6.50 (N 75.50 %). Bioquímica: Glu: 71.00, Urea: 30.00, Creatinina: 0.66, Na 141.00, K : 4.60, Creatin Quinasa: 3573

Orina: Sedimento normal. Se inició tratamiento con fluidoterapia intravenosa durante su estancia en el servicio de urgencias.

Con el diagnóstico de Rabdomiolisis y debilidad en miembros inferiores se decidió ingreso en neurología”.

2º. El Dr. Q, de la Sección de Neurología del Servicio de Medicina Interna, que indica:

“Paciente de 20 años que acude a Urgencias de este Hospital el día 6/7/2017 por debilidad en MI, siendo diagnosticado de Rabdomiolisis e ingresado a cargo de la Sección de Neurología de este Hospital. El paciente fue atendido por mí el día 10/7/2017: Enfermería nos avisa a primera hora de la mañana por presentar el paciente mutismo, tendencia a desviar la mirada conjugada hacia la izquierda y rigidez generalizada. Cuando veo al paciente se encuentra consciente, emite tacos ante las maniobras exploratorias, no rigidez de nuca, moviliza los ojos hacia ambos lados, negativista, y el resto de la exploración es normal. Se solicita. una analítica urgente (CPK: 1467, Creatinina 1.34, resto de los valores normales) y un EEG que no se puede realizar por presentar el paciente agresividad muy importante. Posteriormente se solicita: Interconsulta a Psiquiatría y la realización de TAC craneal, que se realiza a última hora de la tarde y es informado como normal. Se avisa a in ternista de guardia en varias ocasiones durante la tarde del día 10/07/2017 y en la madrugada del día 11/07/2017 por agitación importante sin apreciar datos de focalidad neurológica. Es valorado de nuevo por mí en la mañana del día 11/07/2017 y dentro de la exploración física destaca: afebril, las constantes son normales (Saturación O2, TA, Frecuencia Cardíaca y Respiratoria), no rigidez de nuca, moviliza espontáneamente las extremidades, consciente aunque no responde a ordenes verbales, muestra agresividad, no respuesta ante maniobra amenaza ocular y tendencia a desviar la mirada hacia la izquierda. Ante la situación clínica del paciente y teniendo en cuenta que el resultado del TAC craneal es normal, se decide realizar una punción lumbar para descartar un cuadro de Meningoencefalitis. Se realiza dicha prueba diagnóstica obteniendo un líquido cefalorraquídeo de aspecto normal y el resultado de Bioquímica de dicho líquido fue normal.

El paciente presenta una parada cardiorrespiratoria aproximadamente 1.5 horas después de la realización de la punción lumbar, por lo cual, se avisa a Intensivista de Guardia y es ingresado en la UCI de este Hospital”.

3º. La Dra. R, del Servicio de Medicina Intensiva, que indica:

“(…)

ENFERMEDAD ACTUAL: El paciente el día 4 de julio de 2017 tras realizar un esfuerzo físico intenso (nadar por el mar), actividad a la cual no estaba acostumbrado comienza con mayor cansancio de lo habitual y mayor debilidad (el paciente presenta una debilidad de miembros inferiores de base). Persiste la clínica los días siguientes motivo por el que consulta en el Servicio de Urgencias de nuestro Hospital el 7 de julio, siendo ingresado a cargo de Neurología con el diagnóstico de "Rabdomiólisis en paciente con miopatía secundaria a déficit de la betaoxidación de ácidos grasos tras esfuerzo físico", con cifras a su ingreso de CPK de 3573. La tarde de su ingreso comienza con clínica de náuseas y vómitos incoercibles, se deja en dieta absoluta, se pauta antieméticos (metoclopramida iv cada 8 horas) y se deja en ayunas aunque el paciente sigue comiendo y negándose a colocación de sonda nasogástrica. El día siguiente lo encuentran muy nervioso, con agitación y agresividad, presentando ya el día 10 de julio mutismo, con desviación de la mirada conjugada hacia la izquierda y rigidez generalizada, respondiendo tacos ante las maniobras exploratorias, con midriasis reactivas, sin rigidez nuca ni otra focalidad neurológica. Le pautan Haloperido y se le administra de forma puntual Orfidal y diacepam (un total de 2 orfidales y 1 diacepam durante su ingreso en planta). Le realizan un TC craneal que informan como normal, un anormal y sedimento también normal y tóxicos en orina que son negativos. Esta mañana en analítica destaca nuevo repunte de niveles de CPK (3470) y disfunción renal que no presentaba previamente con cifras de creatinina de 1.5. Persiste con misma clínica: mutismo, agresividad, tendencia a desviar la mirada hacia la izquierda, midriasis bilateral reactiva y

le realizan una punción lumbar con bioquímica negativa. 12:30 horas nos avisan por parada cardiorrespiratoria. A nuestra llegada tras 5 minutos de masaje cardíaco se monitoriza al paciente, objetivándose asistolia, se continúa con el masaje cardíaco y se administran 2 ampollas de adrenalina separadas 3 minutos y se visualiza una fibrilación ventricular que se desfibrila, saliendo a ritmo sinusal. Se procede a intubación con 5 miligramos de midazolam, con respiración agónica y se administra 150 miliequivalentes de bicarbonato. Se realiza de nuevo un TC craneal urgente sin hallazgos y en este contexto se ingresa en nuestra unidad.

(...)

EVOLUCIÓN: Tras PCR en planta ingresa en UCI iniciando perfusión de sedantes y analgesia, aminas vasoactivas por hipotensión así como suplementos de magnesio de forma empírica sin volver a presentar episodios de fibrilación ventricular el día de ingreso. A las 24 horas se suspende la perfusión de sedantes para valoración neurológica y es posible suspender perfusión de aminas manteniendo adecuado gasto urinario. El día 13/07/17 presenta 5 episodios de fibrilación ventricular (FV) y se inicia de nuevo perfusión de sedantes y de antiarrítmico (flecainida) con estabilización inicial pero por la tarde presenta nuevos episodios de FV que precisa desfibrilación hasta en 3 ocasiones y con parada cardiorrespiratoria de 5 minutos de duración. Se contacta con servicio de arritmias de HCUVA que indica continuar con la medicación antiarrítmica iniciada. Se realiza nuevo electroencefalograma (ver informe). Durante las siguientes 48 horas continúa estable desde un punto de vista hemodinámico. El día 16/07 presenta pico febril, con extracción de muestras para cultivo (positivo para *E. faecalis* en orina) y se inicia tratamiento antibiótico empírico con piperacilina-tazobactam. Tras estabilización desde un punto de vista infeccioso y sin nuevos episodios de arritmias durante las siguientes 24 horas se retira de nuevo la sedación. Se despierta progresivamente con adecuada situación neurológica (responde a órdenes sencillas y reconoce a familiares), pudiendo ser extubado el día 18/07 manteniendo inicialmente buen nivel de conciencia y adecuada dinámica respiratoria. Tras aproximadamente 2 horas de la extubación presenta desconexión del medio y desaturación de oxígeno hasta 80%. Se decide reintubación y conexión a ventilación mecánica con nuevo episodio de FV. Se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar durante aproximadamente 50 minutos sin recuperar ritmo propio en ningún momento, siendo éxitus letalis.

DIAGNÓSTICO: - ÉXITUS LETALIS. PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA. - FIBRILACIÓN VENTRICULAR. CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA NO EXITOSA.

- MIOCARDIOPATÍA INFILTRATIVA SECUNDARIA A DÉFICIT DE LA BETAOXIDACIÓN DE ÁCIDOS GRASOS TRAS ESFUERZO FÍSICO.

- QT ALARGADO (500 MILSEGUNDOS)

- RABDOMIOLISIS EN PACIENTE CON MIOPATÍA SECUNDARIA A DÉFICIT DE LA BETAOXIDACIÓN DE ÁCIDOS GRASOS TRAS ESFUERZO FÍSICO.

- INSUFICIENCIA RENAL AGUDA SECUNDARIA A RABDOMIOLISIS

PROCEDIMIENTOS: CVC: 1, nº de días: 7, Tipo: Subclavia, VMI: SI, nº de días: 8, Arteria: SI, Sonda urinaria: SI, días de sonda urinaria: 7, TAC: TAC craneal nasogástrica, nº de días de NE: 4, SAPSII: 67, Posibilidad de muerte SAPS II (%): 48.0 %, SAPS III: 82, Posibilidad de muerte SAPS III (%): 76.0 %, SOFA: 12, Respiratorio: 2, CCV: 4, Renal: 2, Neurológico: 4, Apache II: 29.0, Apache III: 111.0”.

CUARTO. - Por resolución de 4 de marzo de 2019, se suspende el procedimiento de responsabilidad patrimonial hasta que concluya el procedimiento penal incoado con núm. de Diligencias Previas Procedimiento Abreviado nº 1794/2018, en el Juzgado de Instrucción nº 8 de Murcia; suspensión que es levantada mediante resolución de fecha 21 de enero de 2022.

QUINTO. - En la documentación remitida por el Juzgado de Instrucción nº 8, obra el informe Médico Forense, de fecha 30 de mayo de 2019, en el que se concluye:

“En relación a los hechos que se denuncian y en base a la documentación aportada y que ha sido desglosada respecto a los aspectos fundamentales de estos hechos, se considera que no ha existido Mala Praxis en la

atención de dicho paciente, por parte de los profesionales que le atendieron durante su proceso clínico.

No se encuentra relación de causalidad entre la evolución de su enfermedad y la atención prestada que en todo momento se hizo conforme a las necesidades que planteaban el estado clínico del paciente, tal y como se ha explicado en apartados anteriores de este informe”.

SEXTO. - Con fecha 24 de enero de 2022, se solicita informe de la Inspección Médica, no constando que haya sido evacuado hasta la fecha.

SÉPTIMO. - Con fecha 4 de febrero de 2022, la compañía aseguradora del SMS, aporta informe médico-pericial del Dr. D. S, Profesos Asociado del Departamento de Pediatría de la Universidad Autónoma de Madrid, en el que se concluye que:

“1. EL paciente Z tenía el diagnóstico de una enfermedad metabólica rara conocida como déficit de 3-OH-Acil-CoA Deshidrogenasa de Cadena Larga. Esta enfermedad puede cursar con arritmias y parada cardíaca.

2. En las pruebas realizadas previamente (2012) se objetivó infiltración miocárdica secundaria a esta enfermedad.

3. Durante el ingreso de 2017 el paciente recibe de forma correcta, medicación ansiolítica (benzodiazepinas) que no estaba contraindicada. Esta medicación, además, no se asocia al evento surgido posteriormente (arritmia o parada cardíaca).

4. La enfermedad metabólica que presentaba el paciente no contraindicaba el empleo de ansiolíticos.

5. Durante su ingreso presenta alteración neurológica que obliga a descartar una meningoencefalitis. Por tanto, la punción lumbar estaba correctamente indicada.

6. Esta punción lumbar fue precedida por una prueba de imagen, concretamente un TAC, ajustándose a la lex artis ad hoc.

7. Aproximadamente 60-90 min después de la punción lumbar, presenta una parada cardíaca. Dicho evento no guarda relación causal con la punción lumbar llevada a cabo.

VI.- CONCLUSIÓN FINAL

La atención llevada a cabo en el paciente Z se ajusta a la lex artis en relación con la atención dispensada por el SERVICIO MURCIANO DE SALUD (Hospital Reina Sofía). No existe relación causal entre la administración de benzodiazepinas o la punción lumbar realizada y el fallecimiento del paciente”.

OCTAVO. - Con fecha 30 de mayo de 2022 se otorgó trámite de audiencia a la interesada, siendo la notificación del mismo infructuoso, por lo que se publica la notificación en el BOE nº 238 de 4 de octubre de 2022, no constando que haya formulado alegaciones.

NOVENO. - La propuesta de resolución, de 1 de marzo de 2023, 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 Dictamen preceptivo de este Órgano Consultivo, acompañando al efecto 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, plazo y procedimiento.

I. La reclamante ostenta 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 escrito registrado con fecha 17 de julio de 2018, 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 del hijo y hermano de los reclamantes se produce el día 18 de julio de 2017, por lo que la reclamación estaría dentro del plazo para reclamar.

III. 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, con mucho, a pesar del tiempo de suspensión del procedimiento, del previsto en el artículo 91.3 LPACAP.

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 predicable 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 concurra 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. - Sobre el fondo del asunto.

I. Considera la reclamante, como se expuso en los antecedentes de hecho, que la medicación que se le administró (Orfidal) y la prueba practicada (punción), absolutamente erróneo e incompatible con su enfermedad, fue lo que le produjo una parada cardíaca, primero, y la muerte, pocos días más tarde.

En el presente caso, no aporta la reclamante al expediente ningún elemento de prueba en el que se sostenga su reclamación, a pesar de que le obliga 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 y, en particular, al informe Médico-Forense al que nos hemos referido en el antecedente de hecho 5º, y al informe aportado por la compañía aseguradora del SMS (antecedente de hecho 7º).

Son dos las cuestiones que plantea la reclamante y que relaciona como causa directa de la muerte de su causante:

1º. Que se le administró un orfidal que, debido a su enfermedad de base tenía prohibido.

2º. Que como consecuencia de la punción realizada entró en parada cardíaca.

II. En cuanto a la primera cuestión planteada, en el informe Médico-Forense se indica al respecto:

"a) "... que con la enfermedad diagnosticada a Z, está absolutamente prohibido administrar sedantes".

En la obra ENFERMEDADES MINORITARIAS EN EL ADULTO, (publicada por el Grupo de Enfermedades Minoritarias de la Fundación Española de Medicina Interna (FEMI). Editada por: S&H Medical Science Service, S.L.2019), en su capítulo 6, figura que "se deben evitar fármacos que consuman carnitina, como salicilatos, valproato y paracetamol" pero no se menciona que en estos pacientes estén prohibidos o se deban evitar los sedantes.

En la Ficha Técnica del Orfidal, elaborada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), NO figura contraindicado su uso en pacientes con alteraciones de la oxidación de los ácidos grasos (como es el Déficit de 3-hidroxiacil-CoA deshidrogenasa de cadena larga (LCHAD)). Solo figuran las siguientes contraindicaciones para el uso de este medicamento:

"-Hipersensibilidad a lorazepam o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1.

-Hipersensibilidad a las benzodiazepinas.

-Miastenia gravis.

-Insuficiencia respiratoria severa.

-Síndrome de apnea del sueño.

-Insuficiencia hepática severa"

b) "... y esta prohibición aparece expresamente indicada en su Historial". En el historial clínico del paciente que se nos ha facilitado no se ha encontrado ningún informe médico (o de alergias o de hipersensibilidad o de intolerancia medicamentosa) que prohíba o desaconseje la utilización de Orfidal (lorazepam) o de benzodiazepinas en el paciente. Tampoco he encontrado en este historial clínico del paciente, ninguna anotación medica indicando que se evite el uso de psicotrópicos con efectos sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, anticonvulsivos, o amnésicos".

Por su parte, el informe médico-pericial aportado por la compañía aseguradora, afirma:

“Según se observa en la demanda, se realiza la afirmación de que esta medicación (benzodiazepinas) está absolutamente contraindicada en esta metabolopatía y, además, consta específicamente esta advertencia en su historial clínico. En primer lugar, no es cierto que esta medicación esté contraindicada y para ello nos basamos en dos hechos objetivos: en primer lugar, no consta en la ficha técnica de ninguno de los dos medicamentos (diazepam ni Lorazepam) que estén contraindicados en esta patología; en segundo lugar, no consta en la literatura científica médica que estos medicamentos deban evitarse en esta enfermedad. Y en segundo lugar, dentro de la historia clínica aportada no se ha podido objetivar la advertencia de no emplear esta medicación en este paciente en concreto. Cabe destacar que, además, la aparición de eventos del tipo arritmia cardíaca o parada cardíaca no están descritos en estos fármacos cuando se administran a las dosis habituales. Por tanto, en absoluto su empleo guarda relación con la evolución del paciente”.

Es por ello por lo que, a la vista de ambos informes y, en particular, el informe Médico Forense, dotado especialmente de objetividad e imparcialidad, debemos concluir que la administración de sedantes no está contraindicada con la enfermedad que padecía el paciente y que tampoco constaba la prohibición de su administración en su historia clínica.

III. En segundo lugar, y por lo que respecta a la afirmación realizada por la reclamante de que como consecuencia de la punción que le fue practicada al paciente, éste entró en parada cardíaca, el informe Médico Forense indica:

“En el artículo científico de A.P. Sempere, L. Berenguer-Ruiz, M. Lezcano-Rodas, F. Mira-Berenguer, M. Waez Punción lumbar: indicaciones, contraindicaciones, complicaciones y técnica de realización Rev Neurol., 45 (2007), pp. 433-436, figuran descritas las siguientes complicaciones de la punción lumbar:

"Cefalea pospunción lumbar

Lumbalgia e irritación de raíces nerviosas

Neuropatías craneales

Complicaciones infecciosas

Complicaciones hemorrágicas

Herniación cerebral

Síncope vasovagal y parada cardíaca"

Esta última complicación (Síncope vasovagal y parada cardíaca) en caso de producirse lo hace durante la realización de la punción lumbar y se acompaña de bradicardia pero no de forma diferida a las 24 horas y acompañada de fibrilación ventricular, por lo que [la] causa más probable de dicha parada cardiorrespiratoria es la rabdomiolisis.

La rabdomiolisis es un síndrome caracterizado por la destrucción del músculo esquelético, liberándose mioglobina, electrolitos y enzimas musculares al torrente circulatorio. La complicación más frecuente de la rabdomiolisis es la insuficiencia renal aguda. Otras alteraciones que se pueden presentar son la hiperpotasemia (que es la más peligrosa) por la liberación de potasio al torrente circulatorio desde las células necróticas, lo que puede dar lugar a arritmias graves y paradas cardiorrespiratorias."

La tasa de mortalidad de la rabdomiolisis es aproximadamente 8-10%, la mayor mortalidad está asociada a insuficiencia renal (complicación que se presenta en un 15 a 50% de los casos) o arritmia con paro cardíaco

debido a hiperkalemia"...".

Coincide con este informe el aportado por la compañía aseguradora, al indicar:

"Así mismo, y según se observa en la nota elaborada por el neurólogo que atendió al paciente durante su ingreso, con el fin de descartar una meningoencefalitis (infección del sistema nervioso central que cursa con signos meníngeos y alteración de la conciencia y del comportamiento) se decide realizar una punción lumbar. De forma acertada, y para descartar un proceso expansivo intracraneal (tumor, absceso, etc) se realiza previamente un TAC craneal cuyos resultados, y teniendo en cuenta la sospecha diagnóstica, habilitaban la realización de la punción lumbar deseada. No se observa ninguna otra contraindicación de la punción lumbar.

Esta punción lumbar (sin duda correctamente indicada) es llevada a cabo antes de las 12h del 11/07/2017, según se deduce de la fecha de impresión de la muestra del LCR extraído (12:01). Dado que la fecha de impresión es la establecida, ello supone que la punción lumbar se habría llevado a cabo sobre las 11:00-11:30h de ese mismo día. El evento de la parada cardiorrespiratoria tuvo lugar sobre las 12:30h. Por tanto, es imposible que la punción lumbar realizada unos 60-90 min antes, guarde algún tipo de relación con dicho evento, toda vez que no está descrito en la literatura la aparición de una parada cardiorrespiratoria de forma diferida tras una punción lumbar.

Por tanto, ¿a qué se debió la evolución final del paciente? Muy probablemente presentó una arritmia cardíaca grave (recordemos que existía infiltración miocárdica en la RM realizada 5 años antes, y que en el ECG realizado se observa un QTc prolongado, sustrato de arritmias) que, tal y como se ha referido en las consideraciones médicas, puede surgir en este tipo de enfermedades metabólicas.

En relación con su evolución posterior en UCI de nuevo se observa la realización de pruebas complementarias pertinentes, así como de tratamientos correctamente indicados. A pesar de ello y, como consecuencia, insistimos, de su patología de pág. 10 base, el paciente presentó un nuevo episodio de arritmia que no revirtió tras aplicar las medidas de RCP indicadas".

Necesario, pues, es concluir también en este punto, que la parada cardíaca sufrida por el paciente entre los 60 y 90 minutos posteriores a la punción lumbar no pudo ser consecuencia de ésta, lo que implica que la reclamación formulada debe ser desestimada al no existir relación de causalidad entre el fallecimiento del paciente y la asistencia prestada a éste en el HRS.

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.