



Dictamen nº 107/2024

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 29 de abril de 2024, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por la Ilma. Sra. Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 10 de octubre de 2023 (COMINTER 240196) y CD recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 13 de octubre de 2023, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, en representación de D.ª Y y otro, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2023_327), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 31 de agosto de 2021, D. X, en nombre y representación de D.ª Y y D. Z (cónyuge e hijo del perjudicado), presenta escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, frente a la Administración regional, por los daños que alegan haber sufrido como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Murciano de Salud a D. P, quien falleció a causa de las complicaciones derivadas de una neumonía bilateral y un deterioro neurológico severo. La reclamación se fundamenta en los siguientes hechos:

“Como antecedentes, en junio de 2020 se produjo una disección total de carótida izquierda por posible traumatismo por movimientos reiterados en su puesto de trabajo. Como consecuencia de dicha disección, el Sr. P estuvo de baja laboral, presentó afasia, problemas para entender las cosas, confundía las palabras, los significados, olvidó parte del vocabulario cotidiano, etc. Se perdía en las conversaciones, repetía las cosas y se encontraba cansado con mucha frecuencia -tenía que tumbarse muy a menudo porque incluso le fallaban las piernas-, se despistaba e incluso se perdía en los sitios y solía encontrarse desorientado”.

“El 05-01-2021 el paciente fue remitido desde atención primaria al servicio de urgencias del Hospital Morales Meseguer de Murcia por presentar un cuadro clínico caracterizado por fiebre, tos, malestar y decaimiento general, así como dificultad respiratoria -disnea-”.

“A su llegada a los servicios de urgencias se le realizó radiografía de tórax que evidenció infiltrados pulmonares bilaterales, un aumento de los marcadores inflamatorios y una saturación de oxígeno del 94%. El diagnóstico fue el siguiente:

Radiología. Conclusión: Hallazgos sugestivos de neumonía por COVID-19; Score Brixia (máximo 18 puntos): 13 puntos

Juicio Diagnóstico Activo: Neumonía Score Brixia 18 en paciente Co V2 positivo”.

“El Sr. P parecía encontrarse hemodinámicamente estable a su llegada a urgencias, pero dada la clínica del

mismo y la persistencia de la fiebre desde hacía varios días, se decidió su ingreso para su seguimiento, puesto que estaba acumulando CO₂ y el riesgo de empeorar era muy alto, según el criterio de los médicos que lo atendieron”.

-“La tarde del 05-01-2021, a las 20:47 h, se inició el tratamiento del paciente y se avisó por fiebre de 38º C, anotando que no era preciso tomar hemocultivo. Por parte de los familiares del Sr. P se advirtió de la necesidad de estar pendientes del paciente, dado que no recordaba nunca si se tomaba o no la medicación y siempre refería ‘que se encontraba bien’ pese a que no fuera así. Por parte de los sanitarios se le respondió que tenían el expediente del Sr. P, que ya se ocupaban ellos y que mi representada no podía quedarse con él”.

-“Tras una llamada por parte de la médico internista a mi representada, le informó de que habían encontrado al paciente inmóvil y sin poder hablar, que estaba en un estado similar al coma, que no conseguían reanimarlo, y que le pasaron el oxígeno de 80 con un reservorio a 15. Tras preguntar a dicha médico qué había ocurrido, ésta le informó que creían que le había repetido el ictus.

Sin embargo, esa misma mañana del día 06-01-2021, coincidiendo con un pico febril de 39º C, el paciente presentó una desaturación de oxígeno de hasta 84%, taquipnea y disminución del nivel de conciencia, por lo que se decidió su ingreso en el servicio de medicina intensiva, produciéndose el traslado a las 14:00 h del día 06-01-2021”.

“A su ingreso en dicho servicio las constantes vitales eran las siguientes: tensión arterial: 132/67 mmHg; frecuencia cardíaca: 82 latidos/minuto; frecuencia respiratoria: 25 respiraciones/minuto y una saturación de oxígeno del 74%”.

-“Advierte mi parte la ausencia de informes de asistencia en el servicio de medicina interna entre la documentación remitida por parte del hospital Morales Meseguer en respuesta a la solicitud formal de historia clínica completa; asimismo se alega que no consta evolutivo alguno por parte de los facultativos”.

-“El 07-01-2021 se le realizó al paciente nueva radiografía de tórax que puso en evidencia el empeoramiento radiológico, con aumento de la extensión y densidad de las consolidaciones pulmonares en ambos lados.

El 08-01-2021 el Sr. P presentó un deterioro neurológico, por lo que se realizó TAC craneal. En el informe de dicha exploración constan las conclusiones:

Trombosis de la arteria comunicante anterior y de la ACA derecha proximal con repermeabilización distal. Lesiones isquémicas agudas parcheadas en el territorio de ambas ACAS, no justificadas sólo por la oclusión trombótica. Se sugiere que el origen sea por el cuadro hipóxico secundario a neumonía Covid-19 grave.

Oclusión trombótica completa conocida de la ACC izquierda que se extiende hasta la ACI supraclinoidea con repermeabilización distal a través del polígono de Willis. ACE izquierda permeable a través de colaterales. Lesiones isquémicas antiguas conocidas en región temporal y tómpora-occipital izquierdas

Estenosis leve del sifón carotídeo derecho de probable origen ateromatoso, y estenosis del origen de la ACM derecha, inespecífico y sin cambios”.

-“Ante esta situación, y dado el deterioro neurológico, se decidió de común acuerdo con la familia la sedación, intubación oro traqueal y la ventilación mecánica.

Tras la intubación, el paciente presentó inestabilidad hemodinámica y un deterioro de la función renal, por lo que se comenzó perfusión con noradrenalina”.

-“El día 11-01-2021 el paciente presentó fiebre, se extrajeron hemocultivos y cultivos de orina y se inició tratamiento empírico con antibióticos.

No entendían los médicos por qué se estaba produciendo dicho deterioro cognitivo en el Sr. P, por lo que decidieron hacerle la TAC e intubarlo”.

-“El 12-01-2021 se le realizó un electroencefalograma (Eeg) que informó: En condiciones de coma se registra una actividad bioeléctrica cerebral anormal, con una marcada asimetría interhemisférica, en la totalidad del hemisferio izquierdo se observan una actividad cerebral marcadamente deprimida, de muy baja amplitud (< 4 mov) y arreactiva. En el hemisferio derecho se observa un patrón de paroxismo-supresión, con paroxismos formados por inactividad theta, de 1-2 segundos de duración y baja amplitud, intercalados con períodos de marcada depresión del voltaje de 6-8 segundos de duración. Esta actividad puede estar influenciada, al menos en parte por la medicación.

Tras valorar que no había mejoría neurológica al suspender la sedación, y que el enfermo se encontraba en coma con ausencia de todos los reflejos y las pupilas arreactivas, se decidió limitación del esfuerzo terapéutico”.

-“El paciente falleció el día 13-01-2021, causando informe de exitus que recogió el siguiente diagnóstico: Diagnóstico principal: bronconeumonía bilateral sars-cov2. Lesiones isquémicas agudas en hemisferio derecho. Oclusión trombótica ACC izquierda previa. ACV isquémico izquierdo previo. Deterioro neurológico severo. Limitación de esfuerzo terapéutico. Éxitus”.

Los reclamantes consideran que “la muerte del Sr. P fue consecuencia de una defectuosa asistencia sanitaria, o al menos, que fue previsible y evitable”. Señalando que dicha afirmación se evidencia en que “el Sr. P permaneció en planta durante varias horas sin que por parte de los facultativos se realizara ni la observación ni el control adecuado” (“de hecho, no consta en su historia clínica informe evolutivo del ingreso”). Y, asimismo, se evidencia en el hecho de que, como consecuencia de dicha falta de observación y control, “el paciente permaneció sin el soporte vital adecuado, sufriendo una hipoxia durante horas, lo que provocó una serie de daños cerebrales que derivaron en la muerte cerebral y exitus”.

Por lo que solicitan una indemnización total de 315.190,39 euros (190.983,26 euros para la viuda, Y, y 124.207,13 euros para el hijo, Z).

SEGUNDO.- Con fecha 12 de septiembre de 2021, el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta resolución de admisión a trámite de la reclamación de responsabilidad patrimonial, que se notifica a los interesados con fecha 15 de septiembre de 2021, indicándoles el plazo máximo de resolución y el sentido del silencio administrativo.

Con fecha 16 de septiembre de 2021, el Servicio Jurídico del Servicio Murciano de Salud, al que se le atribuye la instrucción del expediente, solicita al Director Gerente del Hospital Morales Meseguer (Área de Salud VI) la historia clínica del proceso asistencial de D. P, objeto de la reclamación, así como los informes de los facultativos intervenientes en dicho proceso asistencial.

Con fecha 20 de septiembre de 2021, el órgano instructor comunica la reclamación a la Correduría de Seguros del Servicio Murciano de Salud, para su traslado a la Compañía Aseguradora.

TERCERO.- Con fecha 29 de octubre de 2021, el Director Gerente del Área de Salud VI, en contestación al requerimiento del órgano instructor, aporta al expediente la documentación requerida:

1.-Historia Clínica obrante en la Gerencia del Área de Salud VI, Vega Media del Segura, correspondiente al paciente, que incluye la obrante en el sistema informático SELENE y OMI de Atención Primaria.

2.-Informe emitido por el Dr. Q, Jefe del Servicio de Urgencias, de fecha 19 de octubre de 2021.

3.-Informe emitido por la Dra. R, Jefa del Servicio de Medicina Interna, de fecha 28 de octubre de 2021.

4.-Informe emitido por el Dr. S, Jefe de la Unidad de Medicina Intensiva, de fecha 27 de octubre de 2021.

CUARTO.- El informe emitido por el Jefe del Servicio de Urgencias, de 19 de octubre de 2021, pone de manifiesto lo siguiente:

“D. P, consultó en el Servicio de Urgencias del Hospital Morales Meseguer el día 5 de enero de 2021 a las 16:51, remitido desde Atención primaria por presentar tos no productiva y febrícula de una semana de evolución en un paciente con prueba diagnóstica de SARS-CoV2 positivo el día 30 de diciembre.

El paciente no refería disnea en el momento de realizar la anamnesis. Las constantes vitales eran normales: TA 117/170, FC 93 lpm, temperatura 36,4°C, saturación de oxígeno 94% respirando aire ambiente, estaba eupneico (frecuencia respiratoria normal) y orientado y consciente. La analítica era normal con una ligera acidosis metabólica, con lactato normal y aumento de marcadores inflamatorios. En la Radiografía de tórax presentaba infiltrados bilaterales compatibles con Neumonía-COVID con una extensión radiológica con la escala de Brixia de 13.

Ante los hallazgos clínico-radiológicos, se decide ingreso hospitalario a planta COVID. Este ingreso se realiza a la 19:27 por el Dr. T, subiendo el paciente a planta minutos después. Durante su ingreso en Urgencias y traslado a planta el paciente estuvo estable, siendo las órdenes de tratamiento adecuadas a su situación clínica en ese momento”.

QUINTO.- El informe emitido por la Jefa del Servicio de Medicina Interna, de 28 de octubre de 2021, afirma lo siguiente:

“El paciente P (NHC 502137) ingresa en el área de hospitalización de Medicina Interna-Sección de Enfermedades Infecciosas (Área COVID) la tarde del día 5 de enero en torno a las 20 horas. Ingresa procedente del Servicio de Urgencias, después de haber sido atendido por los facultativos de dicha unidad, una vez realizadas las exploraciones complementarias e iniciado el tratamiento médico protocolizado para los pacientes con diagnóstico de neumonía COVID-19. Hay que destacar que los datos obtenidos en la exploración física al ingreso no eran indicativos de gravedad según los criterios establecidos, con una saturación de oxígeno 94% respirando aire ambiente, una frecuencia respiratoria <25 rpm y una situación hemodinámica estable. El ingreso se realiza en el área COVID, sin familiar acompañante, siguiendo el protocolo de acompañamiento vigente en esos momentos para todos los pacientes ingresados en tales circunstancias. Todos los pacientes son controlados y atendidos por el personal sanitario, como puede observarse en la anotación de enfermería de las 01.52 horas, donde se recoge que el paciente está tranquilo, estable, con constantes normales, consciente y orientado. En tal situación, la forma de proceder habitual es mantener el tratamiento pautado en Urgencias y el paciente queda pendiente de ser valorado por el médico internista en el pase de planta del turno de mañana.

En la mañana del día 6 se realizan las tareas de higiene y toma de constantes habituales, con una frecuencia respiratoria de 22 rpm, saturación del 90%, hemodinámica estable y fiebre 39.5°C, según consta en el gráfico de evolución. A las 10:43 la anotación de enfermería refiere que se toman hemocultivos, sin referencia a que el estado clínico del paciente haya sufrido deterioro.

Coincidiendo con el pico febril en la mañana del día 6, el paciente presenta desaturación de oxígeno hasta 84% y disminución del nivel de conciencia. Esta circunstancia es objetivada por el médico internista que realiza el pase de planta y que informa a la familia del empeoramiento respiratorio y de posible accidente cerebrovascular, lo que era probable habida cuenta de la patología de base, con antecedente de ictus isquémico grave reciente y arteriopatía periférica en paciente de alto riesgo por coexistencia de varios factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemia).

Como en el resto de pacientes en esta situación, se procede a realizar las actuaciones clínicas pertinentes de acuerdo con el protocolo de manejo de enfermos con neumonía COVID-19 y se avisa a UCI para valorar soporte ventilatorio que decide traslado a su unidad. En el momento del ingreso en UCI el paciente está consciente y orientado, con un Glasgow de 15, FR 25 y hemodinámica estable, con buena respuesta inicial al apoyo ventilatorio con CPAP (datos de informe clínico y evolución de UCI).

Hay que destacar que todas las actuaciones medicas de los profesionales en estos pacientes se realizan con equipos de protección individual (EPI), y que la redacción escrita de la evolución clínica se realiza una vez ha concluido el pase de planta y se retira el equipo de protección. Dado que el traslado se produjo antes de finalizar el pase de planta en el área de Infecciosas, el paciente ya no se encontraba a cargo de Medicina Interna cuando el facultativo procedió a redactar los evolutivos, ni física ni administrativamente. Por este motivo fueron los facultativos de UCI los responsables de describir el evento y la evolución clínica, como consta en el informe de ingreso en dicha unidad. El hecho de que el facultativo internista no escribe en la evolución no implica en ningún caso que el paciente no recibiera toda la atención sanitaria necesaria, como fue el caso, y que resultó en mejoría de los parámetros respiratorios y neurológicos al ingreso en la UCI.

Por último, resaltar que no se objetivaron valores de saturación de O₂ por debajo del 84% con pulsioximetría. La cifra del 74% al ingreso en UCI que figura en la página 3 de la reclamación, referida al doc. 6 (no corresponde), es un error de interpretación de los reclamantes. El 74% hace referencia a la satO₂ en una gasometría venosa y no tiene validez para estimar el estado de oxigenación arterial, que en la práctica clínica medimos con pulsioximetría o gasometría arterial.

(...)Las evidencias científicas han puesto de manifiesto que los pacientes mayores de 50 años tienen más posibilidades de fallecer por esta enfermedad (OR 8.7, lo que implica una probabilidad 8.7 veces mayor), y especialmente los que tienen comorbilidades como hipertensión (OR 2.6), diabetes mellitus (OR 1.7), dislipemia (OR 44.1), historia previa de enfermedad cardiovascular (OR 2.7) o accidentes cerebrovasculares (OR 4.4), todos ellos presentes en este caso”.

SEXTO.- El informe emitido por el Jefe de la Unidad de Medicina Intensiva, de 27 de octubre de 2021, tras describir el proceso de la asistencia sanitaria prestada, realiza los siguientes “comentarios sobre la evolución del paciente”:

“El paciente presentaba un cuadro de bronconeumonía COVID-19 que se manifestaba por Insuficiencia Respiratoria Aguda, que ante la aparición de un pico de fiebre de 39°C, empeoró bruscamente con mayor fracaso respiratorio y con disminución de conciencia.

El paciente presentaba previamente lesiones isquémicas cerebrales y lesión de la arteria carótida izquierda. La presencia de fiebre elevada e insuficiencia respiratoria junto al déficit circulatorio cerebral previo explica que el paciente empeorara desde el punto de vista neurológico.

Además, la COVID-19 se caracteriza por la frecuente presencia de complicaciones vasculares, fundamentalmente fenómenos trombo-emboembólicos que afectan al territorio pulmonar, pero que pueden afectar a cualquier órgano y sistema.

Esto podría explicar que en la evolución del paciente se pueda producir una afectación de la circulación cerebral con mayor déficit neurológico y que finalmente implicara una lesión neurológica irreversible. Esta complicación ha sido vista previamente en otros pacientes diagnosticados de COVID-19 en esta Unidad.

Finalmente, ante la lesión cerebral, y de acuerdo con la familia, se decide la retirada de medidas de soporte orgánico, falleciendo el paciente”.

SÉPTIMO.- Con fecha 4 de noviembre de 2021, el órgano instructor del procedimiento solicita a la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Médica “que por parte de la Inspección Médica se emita informe valorativo de la referida reclamación, en el plazo de 3 meses”.

Con la misma fecha 4 de noviembre de 2021, el órgano instructor remite copia del expediente completo a la Correduría de Seguros del Servicio Murciano de Salud, para su posterior envío a la Compañía Aseguradora. Asimismo, con fecha 28 de enero de 2022, dicho órgano instructor remite a los interesados copia de la documentación obrante en el expediente.

OCTAVO.- Con fecha 25 de enero de 2022, a instancia de la Compañía Aseguradora del Servicio Murciano de Salud, “--” emite Dictamen Médico pericial, suscrito por el Dr. D. V (Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid; Especialista en Medicina Interna vía MIR; Especialista en Medicina Legal y Forense vía MIR; Miembro de la Escuela de Medicina Legal de la Universidad Complutense de Madrid), en el que se formulan las siguientes conclusiones:

“1.-D. P ingresó por neumonía bilateral grave por COVID-19 con numerosos factores de riesgo de gravedad y mal pronósticos: varón, fiebre, hipertensión arterial, diabetes de larga evolución, dislipemia, ictus isquémico extenso previo (secuelas: precisaba ayuda para algunas necesidades y afasia motora), arteriosclerosis sistémica (además del ictus, oclusión carotídea por disección de arteria carótida izquierda, síndrome isquémico ocular ojo izquierdo. enfermedad arterial periférica con estenosis proximal significativa en arteria tibial posterior en ambos MMII probable polineuropatía diabética), aumento de marcadores inflamatorios (Dímero D 1096. PCR 13-22). Radiografía con Brixia score 13 puntos (criterios radiológicos de gravedad).

2.-Posteriormente desarrolló insuficiencia respiratoria grave que precisó ventilación mecánica, insuficiencia renal aguda y deterioro neurológico por trombosis cerebral y cuadro hipóxico secundario a COVID. El paciente tenía antecedentes de ictus extenso y de arteriosclerosis sistémica, incluida una isquemia carotidea, y el COVID grave produce un severo daño endotelial con elevación de Dímero-O (como le sucedía al paciente), lo que aumenta el riesgo de eventos isquémicos y trombóticos.

3.-En resumen, D. P ingresó por neumonía grave por COVID que condicionó una insuficiencia respiratoria aguda severa y presentaba numerosos factores de riesgo de mal pronóstico. Junto a ello, desarrolló daño cerebral agudo severo en relación con trombosis cerebral.

4.-El pronóstico y la letalidad de la neumonía por COVID varía notablemente según su gravedad, las comorbilidades y otros factores de riesgo. En dos amplias cohortes multicéntricas que incluyeron a unos 5.000 pacientes hospitalizados (COVID moderado o grave) en España y en Nueva York en 2020, la mortalidad fue del 28% y del 21% respectivamente. La mortalidad en pacientes que precisan de ventilación mecánica (como es el caso analizado) supera el 40%.

5.-En enero de 2021 un significativo porcentaje de pacientes con COVID grave y factores de riesgo de mal pronóstico fallecían. Esto no se debe a mala praxis médica, sino al curso natural de una enfermedad para la cual no existía un tratamiento eficaz y que produjo una elevada mortalidad en nuestro país y en todo el mundo, en pacientes, desgraciadamente, similares al del caso analizado.

6.-En urgencias se inició tratamiento con Dexametasona y Enoxaparina 40 y se mantuvo su tratamiento habitual (incluidos los antiagregantes). Cuando ingresa en planta de medicina interna se mantiene el tratamiento de

urgencias. Al ingreso en UCI estaba estable. Se mantiene el tratamiento e inicia apoyo ventilatorio con VMNI El 08/01/2021 deterioro neurológico con TAC craneal con trombosis de arterias comunicantes anteriores y lesiones isquémicas agudas parcheadas en el territorio de ambas ACAs (sugiere cuadro hipóxico secundario a COVID-19 grave). Posteriormente, deterioro de la función renal y deterioro neurológico (por lo que se decide ventilación mecánica) e inestabilidad hemodinámica. El EEG y la exploración muestran muestra daño cerebral severo por lo que se informa a la familia del mal pronóstico a corto plazo y se decide limitación de esfuerzo terapéutico.

7.-El manejo del paciente, desde urgencias a la UCI, fue acorde a los criterios de buena práctica clínica en aquel momento. Se pautaron las únicas terapias eficaces para el tratamiento de la neumonía grave por COVID (dexametasona, tromboprofilaxis con enoxaparina y la oxigenoterapia precisa en cada momento) y se mantuvo su tratamiento, incluidos los antiagregantes plaquetarios por el ictus previo y la severa arteriosclerosis que padecía. Esto no impidió que, como en muchos otros pacientes con características clínicas similares, finalmente la evolución fuera desfavorable y terminara falleciendo.

8.-A su ingreso en planta el día 05/01/2021 estaba estable. La enfermería de la noche señala que estaba tranquilo, consciente y orientado, autónomo, estable, constantes normales, afebril y no precisó cuidados fuera de los programados, descansando. El comentario de enfermería de la mañana del 06/01/2021, antes del empeoramiento clínico, tampoco señaló otras incidencias aparte de la fiebre. El 06/01/2021 a media mañana presenta deterioro respiratorio agudo, por lo que se avisa a UCI y, tras su valoración, se decide ingreso en dicha unidad.

9.-El paciente ingresó en planta en horario de guardia (donde sólo se avisa al médico de guardia en caso de incidencias clínicas) y estuvo estable en todo momento, tanto por la tarde como por la noche. El día 06/01/2021 era festivo, por lo que no se realiza un pase de planta convencional (los médicos no pasan planta), sino que se avisa al médico de guardia en caso de haber alguna incidencia clínica, como sucedió a media mañana.

10.-Durante el ingreso del paciente, en todo momento se pusieron los medios adecuados para su atención, tanto desde el punto de vista clínico (análisis, electro, radiografía, TAC), como respecto a su vigilancia. Cuando ingresó en planta el día 5 por la tarde en horario de guardia el paciente estaba estable, por lo que no fue preciso avisar el médico de guardia. El día 6, cuando hubo un deterioro clínico agudo, se avisó a los médicos de guardia, quienes actuaron de forma diligente, ingresando el paciente en UCI inicialmente estable (GCS 15, estable hemodinámicamente y buena saturación con VMNI).

11.-La atención dada a D. P fue acorde a criterios de buena práctica y se pusieron todos los medios apropiados de vigilancia en función de su situación clínica. La neumonía grave por COVID en pacientes con numerosos factores de riesgo de mal pronóstico (como le sucedía al paciente), puede evolucionar de forma desfavorable, lo que no significa que se deba a una mala o insuficiente atención médica. En este caso, como en todos los pacientes con factores de riesgo de mal pronóstico que han fallecido (y fallecen) en los hospitales con neumonía grave por COVID, la mala evolución y el fallecimiento se deben a el proceso natural de una enfermedad que produce una inflamación severa pulmonar y sistémica y que produce numerosos eventos vasculares (como le sucedió al paciente, quien tenía numerosos factores de riesgo cardiovascular, arteriosclerosis sistémica y antecedentes de ictus extenso).

12.-El paciente falleció por una neumonía bilateral grave por SARS-CoV2 con insuficiencia respiratoria grave asociada que precisó ventilación mecánica, con insuficiencia renal aguda y deterioro neurológico severo en relación con lesiones isquémica agudas en hemisferio derecho secundarias a trombosis agudas y a COVID grave. Considerar que la actuación con D. P no fue adecuada supondría considerar que la atención que reciben

“todos los pacientes que fallecen por COVID grave en los hospitales es inadecuada, algo que está muy alejado de la realidad clínica y científica”.

NOVENO.- Con fecha 8 de marzo de 2022, los reclamantes presentan escrito por el que ponen de manifiesto “*la ausencia de informes de asistencia del servicio de medicina interna, así como de la ausencia del evolutivo por parte de los facultativos del día 06/01/2021*”, por lo que solicitan que se aporten dichos informes (“*que se aporte la siguiente documentación fundamental para la resolución del expediente administrativo: -Informes de asistencia del servicio de medicina interna del día 06/01/2021; -Informes de evolutivo por parte de los facultativos del día 06/01/2021*”).

Con fecha 24 de marzo de 2022, en respuesta a la referida solicitud, el Director Gerente del Área de Salud VI pone de manifiesto que ya se aportó al expediente tanto la historia clínica del paciente como los informes de los facultativos que intervinieron en el proceso asistencial, que “*en el informe de la Dra. R Jefa del Servicio de Medicina Interna, de fecha 28 de octubre de 2021, se reflejaban detalladamente las actuaciones realizadas al paciente por el Servicio de Medicina Interna del día 06/01/2021*”, y que “*de igual modo consta en la HC y en el resto de los Informes referenciados la evolución del paciente por parte de los facultativos del día 06/01/2021*”; por lo que “*no se advierte por esta Dirección Gerencia, que exista omisión de documentación*”.

DÉCIMO.- Con fecha 9 de mayo de 2022, el Servicio de Inspección de Prestaciones Asistenciales emite informe valorativo de la reclamación, formulando las siguientes conclusiones:

“1-D. P de 55 años de edad en la fecha de los hechos, ingresó el 5 de enero de 2021 a las 16:51 en el Servicio de Urgencias del Hospital Morales Meseguer por disnea. El 30 de diciembre de 2020 se había realizado una PCR con resultado positivo para COVID-19. Presentaba factores de riesgo de mala evolución clínica y mortalidad (diabetes, hipertensión, en 2020 ictus isquémico en territorio de ACM y disección de arteria carótida izquierda y arteriopatía periférica).

2-En Urgencias se realizaron las pruebas complementarias establecidas ante sospecha de infección por COVID-19 y el diagnóstico fue de neumonía con Score Brixia de 13; al tratarse de un paciente COVID-19 positivo el facultativo de Urgencias decidió correctamente su ingreso en planta.

3-Ingresó en planta de Medicina Interna a las 19:40 del día 05/01/2021 y fue aislado en área COVID tal como establecen los protocolos, se le administró el tratamiento pautado desde Urgencias y el tratamiento crónico que el paciente llevaba. El facultativo internista de guardia atendió al paciente a las 20h del mismo día por fiebre de 38° y prescribió adecuadamente paracetamol. La madrugada del día 6 de enero estuvo estable clínica y hemodinámicamente. Por la mañana fue valorado de nuevo por el internista, presentaba un pico febril fiebre de 39,5° y saturación de 02 de 84.5; correctamente el facultativo contactó con UCI ingresando el paciente en dicha unidad el día 6 de enero a las 14h.

4-La evolución en UCI fue desfavorable produciéndose lesiones neurológicas y el fallecimiento el día 13/01/21 a las 11 horas.

5- La asistencia sanitaria que se prestó a D. P fue en todo momento correcta, en base a los conocimientos disponibles en aquel momento y aplicando las medidas terapéuticas indicadas por la OMS para el tratamiento de la enfermedad por COVID-19”.

UNDÉCIMO.- Con fecha 3 de octubre de 2022, se notifica a la Compañía Aseguradora del Servicio Murciano de Salud la apertura del trámite de audiencia. Y, con la misma fecha, también se notifica a los reclamantes la apertura

de dicho trámite, a efectos de que puedan “*formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que estimen pertinentes*”.

Con fecha 13 de octubre de 2022, en el citado trámite de audiencia, los reclamantes formulan escrito de alegaciones en el que señalan, en resumen, que “*el Sr. P falleció a causa de las complicaciones derivadas de una neumonía bilateral y un deterioro neurológico severo tras permanecer en planta durante varias horas sin que por parte de los facultativos se realizara ni la observación ni el control adecuado*”, y que “*como consecuencia de dicha falta de observación y control -especialmente del nivel de oxígeno-, el paciente permaneció sin el soporte vital adecuado, suriendo una hipoxia durante horas, lo que provocó una serie de daños cerebrales que derivaron en la muerte cerebral y posterior exitus*”, por lo que solicitan la “*estimación íntegra de la reclamación*”.

DUODÉCIMO.- Con fecha 27 de septiembre de 2023, el órgano instructor del expediente dicta propuesta de resolución mediante la que plantea “*desestimar la reclamación patrimonial presentada, el 31 de agosto de 2021, por D. X, en nombre y representación de Dª Y con DNI ... y D. Z con DNI ..., por no concurrir los requisitos necesarios para la existencia de responsabilidad patrimonial, especialmente no haberse acreditado la relación de causalidad entre el daño reclamado y la asistencia prestada por el Servicio Murciano de Salud, ni la antijuridicidad del daño*”.

DÉCIMOTERCERO.- Con fecha 10 de octubre de 2023, se recaba el Dictamen preceptivo de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo, un índice de documentos y un resumen de las actuaciones del procedimiento.

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 el artículo 81.2 de Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo para reclamar y procedimiento.

I.-Dª. Y y D. Z ostentan legitimación activa para reclamar, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), por ser las personas que sufren el daño (daño moral por el fallecimiento de su cónyuge y padre, respectivamente) cuya indemnización reclaman.

Por otra parte, la legitimación pasiva corresponde a la Administración regional, en su condición de titular del servicio público sanitario a cuyo funcionamiento se pretende imputar el daño reclamado.

II.-La reclamación se ha presentado dentro del plazo anual que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 67.1 de la LPAC. El fallecimiento de D. P se produjo el día 13 de enero de 2021, y la reclamación se presentó con fecha 31 de agosto del mismo año, dictándose la orden de admisión a trámite el 12 de septiembre de 2021; por lo tanto, es evidente que el derecho a reclamar se ha ejercitado dentro de plazo.

III.-En cuanto al procedimiento, 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 ha excedido, en mucho, el plazo de seis meses previsto en el artículo 91.3 de la LPAC.

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 de la Constitución Española: *"los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos"*. Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce *"el derecho a la protección de la salud"*, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 32 y siguientes de la LRJSP y desarrollados por abundante jurisprudencia:

- Que el daño o perjuicio sea real y efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con 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.
- Que no concurra causa 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 medios 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 su Dictamen núm. 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, recaída en el recurso núm. 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 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"*.

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 de este Consejo Jurídico números 49/2001 y 97/2003, entre muchos otros). 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 a rtis*”, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad previsible 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 (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 la Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de marzo de 1999).

Para la Administración, además de los informes de los facultativos intervenientes, de preceptiva incorporación al procedimiento ex artículo 81.1 de la LPAC, 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 Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid 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.- Relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado: Falta de acreditación.

I.-Los reclamantes consideran que la muerte de D. P fue consecuencia de una defectuosa asistencia sanitaria. Alegan que esa asistencia defectuosa se evidencia en el hecho de que el paciente permaneció en planta durante varias horas sin que por parte de los facultativos se realizara ni la observación ni el control adecuado; al respecto, señalan que no consta en la historia clínica informe evolutivo del ingreso. Asimismo, alegan que, como consecuencia de la referida falta de observación y control, el paciente permaneció sin el soporte vital adecuado, sufriendo una hipoxia durante horas, lo que provocó una serie de daños cerebrales que derivaron en muerte cerebral y exitus.

Es evidente que las alegaciones de los reclamantes deben analizarse desde la óptica de la ciencia médica, por lo que debe acudirse a los informes médicos y periciales del expediente. Como ya se ha dicho, siendo necesarios conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la LEC-, resultan trascendentales los informes médicos que puedan obrar en el expediente.

Los reclamantes no han traído al procedimiento un dictamen pericial que sostenga sus alegaciones de mala praxis. Y esta carencia de prueba, por sí sola, podría resultar suficiente para desestimar la reclamación en los términos en los que fue planteada, dado que es a la parte actora a quien incumbe la carga de probar la quebra de la “lex artis” que imputa a la Administración, ex artículo 217 de la LEC, conforme al clásico aforismo “necessitas

probandi incumbit ei qui agit". (Como señala la Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional, en sentencia de 27 de junio de 2001, "quien reclama debe probar la relación de causalidad antes expuesta (artículo 6.1.2º in fine Reglamento de Procedimientos en materia de Responsabilidad Patrimonial ...), y a tal efecto lo propio habría sido interesar una prueba pericial sobre la bondad de los tratamientos dispensados, prueba vital pues se está en un pleito en el que son convenientes o no necesarios conocimientos científicos").

En cualquier caso, los informes técnicos que obran en el expediente apuntan a que la atención dispensada al paciente fue la adecuada y ajustada a normopraxis; además de los informes de los facultativos intervenientes, tanto el análisis pericial que efectúa el dictamen médico elaborado a instancia de la Compañía Aseguradora del Servicio Murciano de Salud, de 25 de enero de 2022, como, en especial, la valoración crítica recogida en el informe del Servicio de Inspección de Prestaciones Asistenciales, de 9 de mayo de 2022, ponen de manifiesto que la actuación de los profesionales del servicio público de salud fue conforme a la "lex artis ad hoc".

II.-El dictamen médico pericial aportado por la Compañía Aseguradora del Servicio Murciano de Salud, suscrito por el Dr. D. V (Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Complutense de Madrid; Especialista en Medicina Interna vía MIR; Especialista en Medicina Legal y Forense vía MIR; Miembro de la Escuela de Medicina Legal de la Universidad Complutense de Madrid), señala expresamente que el manejo del paciente, desde urgencias a la UCI, fue acorde a los criterios de buena práctica clínica en aquel momento. Afirma que se pautaron las únicas terapias eficaces para el tratamiento de la neumonía grave por COVID (dexametasona, tromboprofilaxis con enoxaparina y la oxigenoterapia precisa en cada momento) y se mantuvo su tratamiento, incluidos los antiagregantes plaquetarios por el ictus previo y la severa arteriosclerosis que padecía; lo que no impidió que, como en muchos otros pacientes con características clínicas similares, finalmente la evolución fuera desfavorable y terminara falleciendo.

El Dictamen pone de manifiesto que, durante el ingreso del paciente, en todo momento se pusieron los medios adecuados para su atención, tanto desde el punto de vista clínico (análisis, electro, radiografía, TAC), como respecto a su vigilancia. Señala que cuando ingresó en planta el día 5 por la tarde el paciente estaba estable, por lo que no fue preciso avisar al médico de guardia; y el día 6, cuando hubo un deterioro clínico agudo, sí se avisó a los médicos de guardia, quienes actuaron de forma diligente, ingresando el paciente en UCI inicialmente estable.

Según las conclusiones del reiterado Dictamen, la atención dada a D. P fue acorde a criterios de buena práctica, y se pusieron todos los medios apropiados de vigilancia en función de su situación clínica. Afirmando que la neumonía grave por COVID en pacientes con numerosos factores de riesgo de mal pronóstico (como le sucedía al paciente), puede evolucionar de forma desfavorable, lo que no significa que se deba a una mala o insuficiente atención médica. Y en este caso, como en todos los pacientes con factores de riesgo de mal pronóstico que han fallecido (y fallecen) en los hospitales con neumonía grave por COVID, la mala evolución y el fallecimiento se deben al proceso natural de una enfermedad que produce una inflamación severa pulmonar y sistémica, y que produce numerosos eventos vasculares (como le sucedió al paciente, quien tenía numerosos factores de riesgo cardiovascular, arteriosclerosis sistémica y antecedentes de ictus extenso).

III.-El Informe de la Inspección Médica señala en sus conclusiones que D. P ingresó el 5 de enero en el Servicio de Urgencias por disnea, que el 30 de diciembre anterior se había realizado una PCR con resultado positivo para COVID-19, y que presentaba factores de riesgo de mala evolución clínica y mortalidad (diabetes, hipertensión, en 2020 ictus isquémico en territorio de ACM y disección de arteria carótida izquierda y arteriopatía periférica). Asimismo, señala que en Urgencias se le realizaron las pruebas complementarias

establecidas ante sospecha de infección por COVID-19 y el diagnóstico fue de neumonía con Score Brixia de 13; y que, al tratarse de un paciente COVID-19 positivo, el facultativo de Urgencias decidió correctamente su ingreso en planta.

Continúan dichas conclusiones señalando que el paciente ingresó en planta de Medicina Interna a las 19:40 horas del día 5 de enero, y fue aislado en área COVID tal como establecen los protocolos, y que se le administró el tratamiento pautado desde Urgencias y el tratamiento crónico que llevaba anteriormente; que el facultativo internista de guardia atendió al paciente a las 20 horas del mismo día por fiebre de 38° y prescribió adecuadamente paracetamol; que en la madrugada del día 6 de enero estuvo estable clínica y hemodinámicamente; que por la mañana fue valorado de nuevo por el internista, presentando un pico febril de 39,5° y saturación de O2 de 84.5, por lo que correctamente el facultativo contactó con UCI ingresando el paciente en dicha unidad el día 6 de enero a las 14 horas; y que la evolución en UCI fue desfavorable produciéndose lesiones neurológicas y el fallecimiento el siguiente día 13 a las 11 horas.

Finalmente, las conclusiones del informe de la Inspección Médica afirman expresamente que la asistencia sanitaria que se prestó a D. P fue en todo momento correcta, en base a los conocimientos disponibles en aquel momento y aplicando las medidas terapéuticas indicadas por la OMS para el tratamiento de la enfermedad por COVID-19.

IV.-Por lo tanto, como ha quedado acreditado en el expediente, las alegaciones de los reclamantes son refutadas, tanto por los informes de los facultativos intervenientes, como por el dictamen médico pericial de la Compañía Aseguradora del Servicio Murciano de Salud, y por el informe de la Inspección Médica. Y respecto a este informe de la Inspección debe tenerse en cuenta la referida sentencia del TSJ de Madrid núm. 430/2014 (“la Inspección Sanitaria informa con criterios de profesionalidad, objetividad e imparcialidad”), y que, como señala nuestro Dictamen núm. 276/2014, “este Consejo Jurídico viene señalando que <<en atención a su carácter técnico y por la especial imparcialidad y objetividad a que vienen obligados los inspectores en la valoración de los hechos y actuaciones sanitarias implicadas en el proceso asistencial del que derivan los daños (...) ha llevado a este Consejo Jurídico a dotar a este informe (Inspección Médica) de singular valor de prueba, incluso frente a las periciales de parte aportadas al procedimiento por los interesados>>”.

En definitiva, los reclamantes no han desvirtuado los informes médicos obrantes en el expediente, dado que no han probado que los facultativos que prestaron la asistencia sanitaria en cuestión incurrieran en mala praxis. Por lo tanto, no puede considerarse acreditada la existencia de una actuación contraria a la “lex artis” y, en consecuencia, debe considerarse que no concurre la necesaria relación causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado, cuya antijuridicidad tampoco puede considerarse acreditada.

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, toda vez que

no se ha acreditado infracción alguna de la “lex artis” en la asistencia facultativa dispensada a D. P, lo que impide apreciar tanto la concurrencia de nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado, como su antijuridicidad.

No obstante, V.E. resolverá.

