



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº 135/2024

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 30 de mayo 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 15 de diciembre de 2023 (COMINTER 302496) y CD recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 18 de diciembre de 2023, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.^a X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2023_391), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO. - El 14 de diciembre de 2017, D.^a X presenta una reclamación por los perjuicios causados por la asistencia que le fue prestada por el Servicio Murciano de Salud (SMS) en el Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Arrixaca" (HUVA), tras el trasplante de riñón a la que fue sometida el día 6 de julio de 2017.

Fundamenta su reclamación en los siguientes hechos:

Que tras el trasplante efectuado presenta infección de herida quirúrgica desde el 2 de agosto de 2017. El 8 de septiembre de 2017 se le realiza limpieza de la herida y revisión del "VAC" (cierre asistido de heridas con presión subatmosférica o presión negativa) del que todavía es portadora. Esa noche comienza a sentirse mal por un dolor agudo torácico. Acude al Servicio de Urgencias del HUVA, donde comprueban que sufre un shock séptico producido por una infección en pared abdominal en torno a la herida. La ingresan en UCI donde permanece hasta el día 21 de septiembre de 2017 pasando a planta.

Alega que el tratamiento aplicado ha sido tan fuerte que se le han gangrenado los dedos de la mano izquierda, siendo la única solución viable la amputación de estos.

Acompaña fotografías de la mano afectada.

Solicita indemnización que no cuantifica en este momento por los daños y perjuicios ocasionados, además de agilidad en la realización de las pruebas pendientes y sus intervenciones.

SEGUNDO. - Por Resolución del Director Gerente del SMS, de 14 de marzo 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 II -HUVA-.

TERCERO. - En fecha 23 de abril de 2018, la reclamante presenta escrito de subsanación de solicitud y ampliación de su reclamación, alegando que en la UCI recibió tratamiento antibiótico de amplio espectro y

noradrenalina para mantener estable la función hemodinámica.

Manifiesta que con *“lesiones isquémicas por vasoconstricción secundaria a tratamiento con noradrenalina, que afectaba a los dedos de la mano izquierda, que tenían gangrena seca, pared abdominal en herida quirúrgica y en antebrazo izquierdo. Esta patología me fue tratada de manera conservadora por los Servicios de Cirugía Cardiovascular y Cirugía Plástica del citado hospital y con desbridación y curas en lesión del antebrazo izquierdo.*

Con fecha 28/09/2017 sufrí una infección urinaria que se resolvió con tratamiento antibiótico y fui atendida por el Servicio de Psiquiatría del hospital antes citado, por síntomas de desánimo, ansiedad e insomnio, sin alteraciones cognitivas ni psicóticas, secundario a mi situación clínica. Asimismo, tuve también un episodio de hiperglucemia, que se trató con insulina y disfonía.

El 16 de octubre de 2017 fui dada de alta hospitalaria dado que la función renal fue mejorando progresivamente, con ecografía renal normal y pequeña colección líquida en el polo inferior renal, con los diagnósticos de: choque séptico en paciente inmunodeprimido. Infección de la pared intestinal en torno a la herida quirúrgica. Gangrena seca de los dedos de la mano izquierda en relación con el tratamiento con noradrenalina. Lesiones isquémicas en la pared abdominal y antebrazo izquierdo. Infección urinaria por escherichia coli. Fracaso renal agudo. Disfonía por defecto del cierre glótico y diabetes mellitus postransplante.

Tras el alta hospitalaria seguí tratamiento para cura de las heridas abdominales y del antebrazo izquierdo y revisiones por parte del Servicio de Cardiología del Hospital G.U Virgen de la Arrixaca, el 12/02/2018, que informó de necrosis completa del 5º dedo de la mano izquierda y hasta la falange media en el resto de dedos.

El 19 de febrero del presente se me realizó tratamiento quirúrgico extirpando la necrosis y cerrando el muñón en boca de pez.

El 5 de marzo de 2018, en revisión por el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital G. U Virgen de la Arrixaca, se me dio el alta con el diagnóstico de necrosis digitales en la mano izquierda en el contexto de sepsis urinaria”.

Valora su solicitud de indemnización en este momento en la cantidad de 95.021,45 €.

Acompaña historia clínica del HUVA, así como informe pericial médico legal del Dr. Y, Master en Valoración del Daño Corporal y Medicina de Seguros por la Universidad de Murcia, que concluye, respecto de la relación causal de las secuelas con el proceso patológico y tratamiento del mismo, que:

“está suficientemente aclarada, como lo demuestran los informes referidos anteriormente de lesiones isquémicas por vasoconstricción secundaria al tratamiento con noradrenalina, en su ingreso en la U.C.I. del 9-9-2017. Gangrena seca de los dedos de la mano izquierda en relación con tratamiento con noradrenalina, en informe de alta hospitalaria del 16-10-2017.

La reconocida sufrió una complicación tras el trasplante renal que le efectuaron, consistente en una sepsis urinaria, que requirió su ingreso en la U.C.I. del Hospital G.U. Virgen de La. Arrixaca, donde se le aplicó tratamiento antibiótico de amplio espectro y noradrenalina, para mantener estable la función hemodinámica.

La noradrenalina aplicada en tratamiento intravenoso, tiene como posible complicación la producción de gangrena cuando al inyectarse se produce una extravasación (salida de la solución inyectada del vaso donde se inyecta a los tejidos circundantes).

Para evitar la necrosis de estos tejidos, se debe infiltrar en la zona de la extravasación de forma inmediata 5-10 mg de fentolamina, en solución de 10-15 ml de cloruro sódico. Por otra parte en su administración en los casos de choque séptico, se recomienda administrar la noradrenalina junto a dosis de 2-2,5 picogramos por kilo y minuto de dopamina”.

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

De estos profesionales han emitido informe:

1. El Dr. Z, del Servicio de Urología, que indica:

“Paciente ingresada para trasplante de donante cadáver el día 06/07/17;

La intervención transcurre sin incidencias reseñables, se procede a enviar a anatomía patológica una adenopatía iliaca, que es informada como benignidad.

Tras la intervención pasa a cargo de nefrología que se encarga del proceso del postoperatorio, que resulta tórpido, con necrosis tubular aguda del injerto, infección urinaria y de herida quirúrgica.

Reingreso el 9/09/2017 en UCI por cuadro de shock séptico secundaria a la infección de pared abdominal. Las curas de herida corren a cargo de cirugía general y se consulta con urología, haciéndose necesario el uso de drogas vasoactivas para mantener soporte vital.

Tras mejoría clínica y analítica pasa a planta, donde se sigue con curas de herida abdominal por parte de cirugía y con curas de gangrena seca en mano izquierda y otras placas de necrosis en antebrazo por parte de los servicios de Cirugía Cardiovascular y cirugía Plástica.

El 12/02/2018 se realiza amputación de las falanges distales de 5 dedos de mano izquierda y la media del segundo dedo”.

2. El Dr. D. P, Jefe de Sección de Cirugía General, que indica:

“La paciente recibió un trasplante renal, de donante cadáver, el 06- 07/2017.

El postoperatorio inmediato fue tórpido, con retraso de la función del injerto que precisó hemodiálisis hasta el 14-08-2017. Necrosis tubular aguda del injerto, e infección urinaria y de la herida quirúrgica.

Fui consultado por Nefrología, para valorar el estado de la herida laparotómica, a ésta, con múltiples esfacelos, zonas de necrosis, partes blandas desvitalizadas, infección, y abundante exudación serosa, se le practicó un amplio desbridamiento, múltiples curas con colagenasa, y la aplicación de una terapia de presión negativa tópica.

Al alta hospitalaria, por parte de Nefrología, la paciente se remitió a la Unidad de Heridas de nuestro Hospital, para curas ambulatorias periódicas, hasta que finalizó la granulación de las heridas.

Tras el alta, el día 09-09-2017, precisó ingreso en UCI, por shock séptico de origen en la herida-urinario ??, en el contexto de una paciente inmunodeprimida. Por este motivo precisó de tratamiento intensivo con fármacos vasoactivos que le ocasionaron una necrosis seca en los cinco dedos de la mano izquierda, precisando, el 13-02-2018, de amputación de los mismos”.

3. El Dr. Q, Jefe de Sección del Servicio de Nefrología, que indica:

“Paciente de 61 años con trasplante renal de cadáver (06/07/2017) que presento necrosis isquémica en dedos mano izquierda en relación con la utilización de noradrenalina (septiembre 2017)

Antecedentes familiares

Hermana con nefropatía e HTA. Madre con ERC no filiada en Hemodiálisis. Hermano HTA.

Antecedentes personales

No alergias medicamentosas.

HTA. Dislipemia. Diabetes mellitus postrasplante. No hiperuricemia. No hábitos tóxicos. Hipotiroidismo tras tiroidectomía por bocio precisando tratamiento sustitutivo.

ERC secundaria a Nefropatía mesangial IgM en hemodiálisis desde 5-11-2014.

ITUs.

Rickettsiosis y síndrome de Loin Pain

Trasplante renal de cadáver en asistolia (Mastricht III) (06/07/2017), teniendo las siguientes complicaciones iniciales: Retraso en la función renal del injerto, precisando hemodiálisis hasta 14 de agosto, necrosis tubular aguda (biopsia 25-7-19), infección urinaria E Coli (1-agosto-17), infección herida quirúrgica que precisa tratamiento con VAC (terapia de cierre de herida utilizando presión negativa) desde 2 de agosto-17.

El 09/09/2017 ingresa en UCI con mal estado general e inestabilidad hemodinámica por shock séptico secundario a infección en pared abdominal en torno a herida quirúrgica en paciente inmunodeprimida. En su estancia en UCI precisa intubación, FRA que precisa tratamiento con terapia renal sustitutiva (diálisis), tratamiento de la infección de la pared abdominal por parte de Cirugía General y Urología, y antibióticos de amplio espectro, e inicialmente necesitó noradrenalina para mantener estabilidad hemodinámica. El 21/09/2017 es dada de alta a planta de hospitalización con mejoría clínica y analítica, sin necesidad de diálisis, y lesiones isquémicas por la vasoconstricción secundaria a NORA (en dedos de mano izquierda, 4 placas isquémicas en pared abdominal, lesión isquémica en antebrazo izquierdo) y herida quirúrgica abdominal abierta. Se hace interconsulta a Cirugía General que continúa tratamiento de heridas abdominales, con debridación de escaras y programación de las curas. La mano izquierda presenta gangrena seca de dedos, vista por el servicio de CCV, que indica tratamiento conservador, y esperar evolución para decidir actitud, y la lesión en antebrazo izquierdo que es vista por servicio de Cirugía Plástica, que indica tratamiento con debridación y programa curas. Igualmente fue valorada por los Servicios de Rehabilitación y Psiquiatría.

El 16/10/2017 fue dada de alta a su domicilio y continuo revisiones en consulta externa de trasplante renal, en consulta externa de Heridas de Cirugía General y consulta de Cirugía Plástica y Cirugía Cardio Vascular.

El 12/02/2018 el Servicio de Cirugía Vascular realiza amputaciones de dedos de mano izquierda en punto sin necrosis y cierre de muñones en boca de pez a nivel de falange media, salvo en 2º dedo que se llega a falange proximal. Informe de Anatomía Patológica: falange distal de cinco dedos con necrosis. Revisada posteriormente por Servicio de Cirugía Plástica recomienda que se inicie Rehabilitación en su hospital de referencia, no precisando de actitud reconstructiva por su parte.

Actualmente la paciente es portadora de trasplante renal, con insuficiencia renal con MDRD 20.25 ml/min/1.73m² con cociente Proteínas/Creatinina (orina) 156.6 mg/g creat, anemia con hemoglobina 10.7 g/dl, hematocrito 35. 1 % en tratamiento con eritropoyetina. Diabetes mellitus controlada con linagliptina y repaglinida.

Juicio Clínico

Trasplante renal de donante cadáver (06/07/2017)

Enfermedad renal crónica con MDRD 20.25 ml/min/1.73m²

Diabetes Mellitus no insulín dependiente

HTA

Dislipemia

Hipotiroidismo

Amputaciones digitales dedos mano izquierda por necrosis secundaria a noradrenalina”.

4. El Dr. R, Médico Adjunto del Servicio de Cirugía Plástica y Quemados, que indica:

“En relación a su nota de fecha 15-6-2018, paciente que acude a C. Externas de C. Plástica y Quemados por necrosis seca de las puntas de dedos de mano izquierda, completa en 5º dedo y hasta falange media en resto de dedos. El día 13-2-2018 se programa quirúrgicamente para realizar amputación de dichos dedos (se adjunta informe clínico de alta hospitalaria, protocolo quirúrgico, informe de alta de consultas externas e informe de anatomía patológica). La paciente evoluciona satisfactoriamente por lo que es alta hospitalaria a su domicilio, para seguir revisiones en consultas externas, presentando buen aspecto de los muñones de amputación por lo que se da de alta para seguir revisiones en su Centro de Salud. La anatomía patológica confirma necrosis de la falange distal de los 5 dedos”.

QUINTO. - En fecha 28 de agosto de 2018, se solicita informe de la Inspección Médica, que lo emite con fecha 30 de noviembre de 2022, con las siguientes conclusiones:

“1- Dª X, de 60 años de edad en la fecha de los hechos, padecía una Insuficiencia renal crónica secundaria a nefropatía mesangial IgM. El 6 de julio de 2017 se llevó a cabo el trasplante renal en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, cursando la intervención sin incidencias. Tras su estabilización clínica fue alta hospitalaria el 25 de agosto de 2017.

2- El día 9 de septiembre de 2017 acudió a Urgencias del HUVA con importante inestabilidad hemodinámica y shock séptico, fue ingresada en UCI para administración de noradrenalina y dobutamina con la finalidad de restablecer los parámetros hemodinámicos.

3- La necrosis cutánea isquémica que desarrolló la paciente fue debida a la vasoconstricción secundaria a la administración de la noradrenalina, descritos en la bibliografía y en la ficha técnica del medicamento como agentes potencialmente causales. No consta en los informes valorados que durante la administración del fármaco se produjese una extravasación.

4- Por tanto, concluimos que la actuación de los facultativos fue correcta y que la necrosis de los dedos que sufrió la paciente se considera un efecto secundario grave a la administración de un fármaco vasopresor como la noradrenalina.

5- No nos manifestamos en cuanto a la idoneidad de la indemnización solicitada, ya que la asistencia sanitaria prestada a la paciente fue la adecuada en todo momento del proceso (buena praxis médica) y con observación de la Lex Artis”.

SEXTO. - En fecha 4 de marzo de 2019, la reclamante presenta escrito por el que amplía la reclamación solicitada a la cantidad de 191.878,69 euros.

SÉPTIMO. - En fecha 19 de octubre de 2023 se otorgó trámite de audiencia a la interesada en el procedimiento, presentando la reclamante, el 3 de noviembre de 2023, escrito de alegaciones en el que se reitera y ratifica en su solicitud inicial, añadiendo que no se discute la indicación de tratar a la paciente con noradrenalina, sino en no haber administrado la infiltración de Fentolamina, que era importante para la prevención y evitación de las secuelas producidas en la paciente, pues es un bloqueante adrenérgico, que debió administrarse con solución salina, y por tanto el no haber adoptado esta medida preventiva indicada, ha desencadenado las consecuencias sufridas por la paciente.

OCTAVO. - La propuesta de resolución, de 14 de diciembre de 2023, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial al considerar que la actuación fue adecuada y correcta según los protocolos, sin evidencia de mala praxis, por lo que concluye afirmando que no concurre un daño antijurídico consecuencia del funcionamiento del servicio.

En la fecha y por el órgano indicado se solicita el Dictamen preceptivo de este Consejo Jurídico, 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 Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

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), al sufrir en su persona los daños por los cuales reclama.

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. En cuanto a la temporaneidad de la acción resarcitoria, el artículo 67.1 LPAC dispone que el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse 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 presente caso, la reclamación se presenta el día 14 de diciembre de 2017, por lo que, sin entrar a considerar la fecha de estabilización de las secuelas, dado que la intervención de trasplante renal a la que fue sometida, origen de la sepsis posterior, se realizó el día 6 de julio de 2017, la reclamación se presentó en plazo.

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 el previsto en el artículo 91.3 LPAC, debido a la tardanza en la emisión del informe de la Inspección Médica (más de 4 años).

TERCERA. - Responsabilidad patrimonial administrativa en materia sanitaria. Consideraciones generales.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce *“el derecho a la protección de la salud”*, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.
- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.

- Ausencia de fuerza mayor.
- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los 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.

Así, la STS, Sala 3ª, de 22 de diciembre de 2001, afirma: *“ciertamente que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente”*.

Asimismo, la STS, Sala 3ª, de 23 de marzo de 2011, expresa que *“la actividad sanitaria no permite exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, ya que su función ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria, utilizando al efecto los medios y conocimientos que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, más sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir en todo caso la curación del paciente”*.

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1ª, de 24 de mayo de 1999, entiende que *“los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) y ello supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida”*.

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.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a *normopraxis* descansa, de forma necesaria, en la

apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-. El principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de marzo de 1999).

CUARTA. - Falta de acreditación de la concurrencia de los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial en el presente caso.

Considera la reclamante que la relación causal entre las secuelas con el proceso patológico y el tratamiento del mismo están más que acreditadas, puesto que tras la sepsis urinaria que requirió su ingreso en UCI, se le aplicó tratamiento antibiótico de amplio espectro y noradrenalina para mantener estable la función hemodinámica, produciéndose una extravasación causante de la gangrena, al no haberse infiltrado en la zona de la extravasación fentolamina.

Conforme al principio sobre distribución de la carga de la prueba que se contiene en el artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que resulta de aplicación en materia administrativa: *“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...”*.

Y, en concreto, en el ámbito de la responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria, adquiere especial valor probatorio la prueba pericial médica, como así ha puesto de manifiesto la Sala 3ª del Tribunal Supremo en numerosas ocasiones, como en su sentencia de 1 de marzo de 1999 (recurso 7980/1994).

La reclamante aporta informe médico-pericial del Dr. Y en el que se fundamentan las conclusiones expuestas y la relación causal de las secuelas con el proceso patológico y tratamiento del mismo.

En cuanto al resto de informes obrantes en el expediente, interesa destacar, por su objetividad y claridad, el informe de la Inspección Médica, que realiza un juicio crítico de la situación de la reclamante, en el que destaca:

“El shock séptico es una situación de sepsis con importantes alteraciones circulatorias, celulares y metabólicas subyacentes asociadas a una mortalidad del 30 al 40%. En esta situación clínica de gravedad es necesario administrar al paciente un tratamiento vasopresor para mantener una presión arterial media (PAM) \geq 65 mmHg junto con la presencia de niveles de lactato > 2 mmol/L. El objetivo de la terapia vasoactiva es optimizar la perfusión a los órganos vitales asegurando un suministro adecuado de oxígeno a las células. En este sentido, la noradrenalina continúa siendo el fármaco de primera elección.

[...]

Las guías de la SSC (Campaña para Sobrevivir a la Sepsis, SSC por sus siglas en inglés) elaboradas en el marco de la colaboración entre la Society of Critical Care Medicine y la European Society of Intensive Care Medicine y aprobadas por muchas otras asociaciones médicas nacionales e internacionales, establecen estándares en cuidados de pacientes adultos con sepsis. En su versión de 2021 recomienda emplear noradrenalina como vasopresor de primera línea. Un metaanálisis de 43 ensayos clínicos que evaluó diferentes vasopresores y combinaciones de los mismos en el shock séptico demostró que el uso de noradrenalina + dobutamina se asoció con una menor mortalidad a 28 días, especialmente en pacientes con bajo gasto cardíaco. Los vasopresores deben administrarse, siempre que sea posible, a través de un acceso venoso central. Así mismo se sugiere la administración de vasopresores incluso por un acceso venoso periférico en aquellas situaciones en que no debe demorar su inicio hasta la canalización de un acceso central. La noradrenalina es fármaco con un inicio de acción rápido y un $t_{1/2}$ que varía de 2 a 7 minutos.

Entre sus efectos secundarios están descritos en la ficha técnica del medicamento:

a) Trastornos vasculares: isquemia periférica incluyendo gangrena de las extremidades.

b) *Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración: extravasación, necrosis en el lugar de la inyección.*

[...]

-El día 9 de septiembre de 2017 acudió a Urgencias, del HUVA, presentaba una importante inestabilidad hemodinámica y shock séptico, por lo que fue ingresada en UCI para la administración de noradrenalina, presentaba una disfunción sistólica moderada de ventrículo derecho que estaba hipocontráctil y dilatado por lo que fue necesario asociar dobutamina para restablecer los parámetros hemodinámicos.

-La necrosis cutánea isquémica debida a vasoconstricción es una complicación extremadamente grave que suele afectar a pacientes críticos en tratamiento con vasoconstrictores. La adrenalina, la noradrenalina y sus derivados han sido descritos como agentes potencialmente causales. No consta en los informes valorados que durante la administración del fármaco se produjese una extravasación, la necrosis que se produjo fue debida a la vasoconstricción secundaria a la administración de la noradrenalina”.

Termina concluyendo, en primer lugar, que no consta en los informes valorados que durante la administración del fármaco se produjese una extravasación y que, en segundo lugar, la necrosis de los dedos que sufrió la paciente se considera un efecto secundario grave de la administración de la noradrenalina.

En sus alegaciones al trámite de audiencia, a la vista del informe de la Inspección Médica, alega la reclamante que no se trata de discutir la indicación de tratar a la paciente con noradrenalina, sino de no haber administrado la infiltración de Fentolamina, que era importante para la prevención y evitación de las secuelas producidas en la paciente.

Sin embargo, como se aclara en el informe de la Inspección Médica, no consta en ningún informe del expediente que se produjese una extravasación de la noradrenalina, situación en la que, según el informe pericial aportado por la reclamante, debe infiltrarse la fentolamina.

Por lo tanto, si no consta la existencia de extravasación que hiciese necesaria la administración de fentolamina, y uno de los efectos graves de la noradrenalina es la necrosis cutánea isquémica, no podemos apreciar la existencia de un daño antijurídico en el presente caso y, por consiguiente, relación de causalidad entre el daño alegado y la actuación de los profesionales del SMS.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA. - Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, al no resultar acreditados los requisitos determinantes de ésta.

No obstante, V.E. resolverá.