



Administración de Justicia

JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA E INSTRUCCIÓN NÚMERO 7 DE LEGANÉS (MADRID)



Referencia: DPP.t n ° 661/2005

### **AUTO**

En Leganés (Madrid) y a 20 de junio de 2007. Dada cuenta del estado de las actuaciones.

#### **1-RELACIÓN DE HECHOS**

ÚNICO, Practicadas diligencias tras denuncia en la que se manifestaban una serie de casos en los que hubieran podido darse errores médicos en la atención de determinados pacientes, quedaron los autos sobre la mesa para resolver.

#### **RAZONAMIENTOS JURÍDICOS**

PRIMERO. Tras la inicial denuncia, han sido practicadas las diligencias esenciales de los temas propios de responsabilidad médica, a saber, una pericial y ser oídos los doctores a la vista de que de la anterior se desprende su mala praxis, para poder contradecirla. Una vez escuchados sobre su manera de obrar, la instrucción parece agotada y no debe ir más allá, ya que, por más que pudiéramos profundizar y proseguir, no se llegaría en ningún caso a encontrar elementos bastantes para, por dolo eventual o por culpa, responsabilizar criminalmente a los imputados por las muertes de sus pacientes tras las sedaciones. Tampoco resulta típica la conducta por vía de los arts. 143 ó 196 CP. Téngase además muy presente que la exigencia de responsabilidad por vía penal no deja de ser la última a la que acudir, pues es la que sanciona las conductas más graves y que, por ello, exige de una certeza más allá de las presunciones, que, por imperativo constitucional y en la más pura lógica, nunca deben interpretarse para perjudicar al presunto culpable.

Y esto es lo que hasta ahora se ha logrado. Varios pacientes han muerto tras mala práctica médica a la hora de sedarles, si bien no se puede lograr asegurar, al menos con lo que hasta ahora se ha recopilado, que el fallecimiento deviniera exclusivamente por los fármacos prescritos por los doctores. En los casos informados pericialmente, se ha practicado mal la Medicina, pero no consta que las muertes sean consecuencia de ello, pues hay una duda que no puede despejarse: los pacientes pudieron morir o por la sedación indebida o por su enfermedad inicial y esto, para exigir responsabilidad penal, ha de quedar claro. Acción y resultado deben estar conectadas y este último poderse imputar objetivamente al autor.

Debe dejarse patente que, por más confusión que se haya querido generar por parte de algunos, en estas diligencias no se ha interesado analizar, en ningún momento, el hecho de la sedación a un paciente terminal. Esto nunca se ha sometido a debate de las partes. No. Tampoco se ha querido analizar la manera de proceder en un centro de salud. Tampoco, ni de lejos. Eso no deja de ser parte de las consecuencias de la resonancia social que un día suscitó esta investigación. Aquí lo que se ha puesto en duda es si, en primer lugar, ante determinada enfermedad de un paciente y en su estado debió o no ser sedado para morir sin dolor o bien hubo de ser tratado activamente para su curación

y, en segundo lugar, si su muerte fue como consecuencia exclusiva de lo primero. Y nada más -y nada menos-.

ES GUNDO. La pericial encargada por el juzgado al Colegio de Médicos se plantea como dirimente de los anteriores y contradictorios informes habidos en la causa. De ella se desprende que se sedó terminalmente a cuatro pacientes, si bien contaban con posibilidad de serles ofrecido tratamiento médico. En esos pacientes no se halló síntoma refractario, es decir, no se hallaban en una situación tal que tratarles fuera inútil. Había alternativas aplicables, si bien los médicos decidieron sedar al paciente paria su fallecimiento sin dolor. Esto resulta nítido del informe pericial y así lo entendieron las acusaciones y este juez instructor, que no sólo consideró que debía llamarse como imputados a los médicos referentes a estas cuatro historias, tal y como solicitaba el Fiscal, sino a los de las otras once en las que los pacientes, con situación terminal, fueron sedados de tal manera y con, tales dosis que pudiera sugerirse una posible relación directa con su muerte o, cuando menos, una contribución muy notable al acortamiento de la vida.

TERCERO. Hagamos un breve repaso de estas historias, a la luz del informe pericial y de sus explicaciones:

A) De la historia 28983 los peritos informaron que no se efectuó un estudio clínico suficiente antes de proceder a la sedación; el diagnóstico no se basó en pruebas evidentes y sólo resultó deducido. Este paciente sólo presentaba al ingresar una merma de nivel de consciencia. Antes de la sedación debería haberse estudiado más al paciente, a juicio del perito. La sedación se produjo 14 horas después del ingreso del paciente, lo que motivó que en ese momento padeciera un deterioro neurológico, si bien éste pudo tener muchos orígenes.

En este caso, según se informa, el enfermo fue empeorando paulatinamente hasta llegar a un punto en el que se indicó la sedación. El paciente, poi' tanto, no estuvo agónico hasta que llegaron los momentos finales. No les consta a los peritos un tratamiento médico diferente a la sedación; tampoco un dolor agudo que la justificara y en la historia sólo aparece "dificultad respiratoria", pero no disnea. Y sobre las dosis de tranxilium administradas, resultaron excesivas no sólo por su cantidad sino por el tiempo de infusión. Importante resaltar que el perito entiende que no se puede afirmar ni negar que las dosis de sedación causaran la muerte, aunque sí implicaron un incremento innecesario de riesgo del paciente, pudiendo acelerar el desenlace final, si bien, al no conocerse su enfermedad base por la falta de estudio del individuo, no puede asegurarse que la sedación fuera la causa de la muerte. Sí, se insiste, que las dosis pudieron facilitar y acelerar la muerte, contribuyendo en ella, si bien no sabe el perito precisar en qué grado.

B) En la historia 144998 se informa que la paciente entró por su propio pie, con una demencia moderada. Se le aprecia una sepsis y se entiende que debería ser urinaria, deducción acorde a lo normal. En urgencias aparece una hipoglucemia y entra en coma metabólico. Se sostiene por los peritos que no fue correcto haber administrado sólo una dosis de Glucosmon y que se deberían haber mantenido los glucosados, porque aunque hubiera remontado, podría haber entrado el paciente en una hipoglucemia, como sucedió. Se le dieron, pero no se mantuvieron, pese a que el coma metabólico (era reversible. También deberían haberse administrado antibióticos.

Entienden los peritos que empezar con esas dosis de sedación tan elevadas y con falta de síntoma refractario claro no es una buena práctica médica. Indican que un coma hipoglucémico mal tratado supone un riesgo de muerte dada la situación del paciente y que, en este caso y al tratarse de un paciente con una enfermedad grave, se ha incrementado su riesgo de muerte.

Según lo informado, el médico incrementó el riesgo de muerte ante una enfermedad grave, pero tratable, privando al paciente de la oportunidad, si es que la tuviera. Así, se concluye por los peritos que la falta de asistencia más la sedación más la enfermedad grave y el coma, todo en su conjunto, son las causas de la muerte. Además, que en coma metabólico sobraría la sedación, porque no hay un síntoma refractario.

C) Entrando en la historia 526843, informan los peritos que se trata de paciente con una difícil evolución. A1 ingresar es tratado con fármacos. A las ocho horas se decide la sedación del paciente con 40 mg morfina, sin saber el por qué, manteniendo el tratamiento activo. A1 día siguiente se le retira el tratamiento activo, pero se le mantiene la sedación. Después otro médico retira la sedación y se le vuelve a dar tratamiento activo. Y así estuvo 30 horas hasta que otro equipo médico quitó el

tratamiento activo y se inició en la sedación con l`ranxilium 200 más 50 mg. morfina más 15 mg. de Midazolam en bolus, siendo el mismo médico el que aòade la sedación al primer tratamiento y el que al final quita el tratamiento reiniciando la sedación.

Se suscitó un debate por los peritos en el que se informó que había sido el caso más complicado ante el que unificar criterios y así expusieron varios doctores sus opiniones particulares. Pero, dejando a un lado lo anterior, el ponente del caso asegura que no hay síntoma refractario en el paciente. No se apreció disnea ni insuficiencia respiratoria, así como que se le expuso a un riesgo innecesario al paciente, pues tenía los síntomas controlados. J[nforma que no está claro que la sedación llevará a la muerte, pero que taanpoco puede negarlo, así como que el tratamiento activo aplicado fue el correcto, si bien se cortó pronto y la sedación alteró su eficacia y ello supone el motivo fundamental y desencadenante de entender contraindicada la sedación.

D) Sob:re la historia 548000, se empieza informando que no se hizo una ecografía siendo esencial para el diagnóstico. Que la historia es muy escueta y que no hay un diagnóstico de la paciente. El perito no sabe de dónde sale que la paciente tiene una sepsis, así como que hay muchos pasos saltados entre administrar suero más edema y una sedación. En definitiva, que ante una paciente grave, faltó aproximarse al diagnóstico cuando se sedó.

CUARTO. En las historias de los cuatro pacientes anteriores no quedó documentada, suficientemente una enfermedad terminal. Entienden los peritos que debería haberse intentado un tratamiento específico de la causa de ingreso en vez de aplicarse sedación terminal. Fueron pacientes que, si tenían alguna. posibilidad de superar el evento que generó su ingreso, fue suprimida por la sedación, que eliminó la posible expectativa de supervivencia. Todo ello constituye, al criterio de los peritos judiciales, una mala práctica médica en estas historias clínicas.

Además de estas cuatro, en otras treinta también pueden hablarse de mala praxis. Las conclusiones recogen cómo, de ellas, existen 20 historias clínicas en las que se sedó innecesariamente al paciente por estar en comaprofundo, lo que constituye una mala práctica médica, según los peritos judiciales. Existen otras 10 historias en las que la sedación terminal se aplicó sin identificar el síntoma refractario y/o no se emprendían tratamientos específicos de control antes de iniciarla, lo que constituye también una mala práctica médica, según los peritos.

Por último, cinco de estas 30 últimas y seis más aparte constituyen las 11 en las que los pacientes fueron sedados de tal manera y con tales dosis que pudiera sugerirse una posible relación directa con su muerte o, cuando menos, una contribución muy notable al acortamiento de la vida.

Así lo dice el informe que concluye, eso también es verdad, que pese a haberse realizado sedaciones terminales con dosis injustificadamente altas y pese haberse asociado medicamentos potencialmente peligrosos, generándose a los pacientes una situación de riesgo y, además, innecesario, pese a ello, se dice, no es posible afirmar o negar, con certeza absoluta, si la causa directa de la muerte fue la medicación administrada.

Nótense las cautelas: certeza absoluta y causa directa. Estos matices se evidenciaron claramente en la comparecencia de los peritos, que, tras debatir sobre sus diferentes posturas, al final siempre indicaban, casi como una necesidad, que no debían apartarse de la redacción de sus conclusiones finales, para así mantener la unanimidad lograda.

En definitiva y siguiendo con el informe y las explicaciones que del mismo se ofreció por los peritos, que partiendo de la base de estar ante pacientes que, en su mayoría, padecían patologías muy graves y tenían muy pocas expectativas de vida, hubo por parte de los médicos una confusión entre lo que son medidas paliativas -necesarias en la mayoría de estos casos- y la aplicación de sedación terminal. A los referidos pacientes se les sedó indebidamente -bien por dosis o por combinación de fármacos-- y se puso en riesgo su vida, si bien no se puede descartar que fallecieran de su enfermedad inicial.

El por qué puede encontrarse en la ausencia de autopsias en su día. No se demandaron por los familiares, lógicamente, pues no había sospechas de actuación negligente. La autopsia habría permitido conocer si la muerte devino por la enfermedad que ya padecía el sujeto o bien par la sedación terminal administrada. Pero, como informaron los peritos, ya no era posible lograr los resultados con exhumaciones y esa línea de trabajo quedaba descartada, debiendo oírse, a continuación, las explicaciones de los médicos, que merecían de la ocasión para describir sus actos.

En ellas hay discursos muy llamativos. Se ha llegado a decir, incluso, que la sedación terminal no causa la muerte. Así. Ahora bien, hay muchas remisiones a criterios fundados en la literatura científica y a la actuación siguiendo criterios o recomendaciones generalmente aceptadas por la sociedad médica y no puede irse más allá. No puede predicarse que los médicos, conscientes, sedaran al paciente para causarle una muerte inmediata. Tampoco que, negligentemente, prescribieran tales fármacos, sin conocer sus consecuencias letales. No. Nada de esto puede aseverarse y presumirlo, como parece, no basta a los fines del reproche penal. De sus manifestaciones se desprende que los médicos creían, en todo caso, obrar lícitamente y actuar dentro de cánones prefijados por la ciencia. Entendían que sus pacientes morirían en un muy corto espacio de tiempo y que debían mitigar sus dolores. Ante ello, decidieron sedar y se obtuvo lo pretendido, que no era otra cosa que la esperada muerte, pero indolora.

Se insiste en que los peritos han informado que varios pacientes no estaban en una situación tal que exigiese su sedación y que merecían ser tratados por su curación y que eso entraña una mala práctica médica. Asimismo, que en otros casos la administración de fármacos fue tal que se sugiere una relación con la muerte y que esto también resulta una mala práctica médica. Pero no se puede sostener, más allá de la duda, de convicciones personales, de meras suposiciones, que los médicos imputados sean responsables de las muertes de sus pacientes. Esta es la conclusión a la que necesariamente, por imperativo legal y constitucional, ha de llegarse a la luz de lo instruido. La investigación no debe proseguir para preparar la celebración de un juicio en el que no se llegaría a más, habiéndose además tenido conocimiento de que la Audiencia, en dos resoluciones ante sendos recursos, no aprecia responsabilidad de los imputados en las dos historias clínicas que estudiaba. Por ello y a falta de elementos suficientes para proseguirse, las actuaciones procedimentales deben ser concluidas al no resultar debidamente justificada la perpetración del delito que ha dado motivo a la formación de la causa, conforme, pues, al art. 799,1, la LECRIM en relación con el art. 641,1 del mismo texto legal y, conforme al art. 239 LECRIM, procede declarar las costas de oficio. Vistos los artículos citados y los demás de general y pertinente aplicación, S. Sa. Ilma., por ante mí, el Secretario judicial,

## **DISPUSO**

Sobreseer las presentes diligencias al no resultar debidamente justificada la perpetración del delito que ha dado motivo a la formación de la causa, declarándose las costas de oficio.

Notifíquese a las partes en legal forma la presente resolución, con advertencia de los recursos que frente a ella caben, a saber, ser susceptible de ser recurrida en reforma y/o apelación, ante este juzgado y dentro de los tres -si reforma- o cinco días -si apelación directa- siguientes a la constancia de su conocimiento.

Así lo acuerda y firma el Ilmo. Sr. D. RAFAEL ROSEL MARÍN, Magistrado-Juez del juzgado de Primera Instancia e Instrucción número ? de los de Leganés (Madrid). Doy fe.

E/DILIGENCIA.— Seguidamente se cumple todo lo mandado, de lo que doy fe.