



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen **43/2011**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 28 de febrero de 2011, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Ilmo. Sr. Secretario General de la Consejería de Sanidad y Consumo (por delegación de la Excma. Sra. Consejera), mediante oficio registrado el día 22 de julio de 2010, sobre responsabilidad patrimonial instada por x. y otros, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **175/10**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 30 de noviembre de 2007, x, y, z, en su condición de cónyuge e hijos, respectivamente, del fallecido x, presentan reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Murciano de Salud, por la asistencia sanitaria que se le dispensó al finado en el Hospital Universitario Santa María del Rosell de Cartagena.

En el escrito de reclamación, los familiares del paciente fallecido exponen que fue intervenido el 7 de septiembre de 2007 de una hemicolectomía derecha reglada, con ileo-transverso-anatomosis con sutura anatómica nº. 18, de acuerdo con la laparotomía para-rectal derecha, en la que se halla tumoración en ángulo hepático de colon.

El sexto día después de dicha intervención, se observó que el enfermo tenía un hematoma a nivel de la herida quirúrgica con un sangrado activo, que obligó a reintervenirle el día 13 de septiembre.

Los reclamantes exponen que también comunicaron al Director del Hospital, mediante escrito de 21 de septiembre, determinados incidentes que, en su opinión, si bien carecen de

relevancia con respecto a la reclamación, revelan cierta negligencia del personal sanitario del Hospital Universitario Santa María del Rosell, lo que en su momento se corroborará mediante la declaración de los testigos que proponen; los incidentes ocurridos son resumidos de la siguiente manera:

a) Que en la noche del día 8 la enfermera suministró una bolsa de suero y/o medicamento distinta a la que hasta entonces se le había suministrado. Al advertirlo la esposa del paciente, le preguntó si aquello era normal, y ésta le contestó que era la medicación que figuraba en su historial, aunque volvió a los diez minutos y se disculpó del error, al reconocer que el suero suministrado era de otro paciente, lo cual, en opinión de los reclamantes, suponía un peligro, puesto que el paciente era alérgico a la penicilina.

b) Que no se percataron que el enfermo era diabético, de lo que ya se tenía conocimiento, dado que el 1 de septiembre anterior se le dio el alta en el mismo Hospital con prescripción de una dieta para control de la diabetes. Además también padecía bronquitis crónica, como constaba en su informe.

c) Que el día 9 de septiembre, los enfermeros y demás personal sanitario le tomaron al enfermo datos para realizar diferentes controles (glucosa, tensión y temperatura) e informaron a su esposa que su temperatura era normal (36,3°C); sin embargo, los familiares le tomaron la temperatura cinco minutos después y era de 38°C, lo que demuestra, a su entender, que no supieron tomarle la temperatura o que el termómetro estaba roto.

d) Que a pesar de que el paciente padecía bronquitis, se le colocó en una habitación junto a la rejilla del aire acondicionado, circunstancia que fue comunicada a la enfermera para que adoptara las medidas oportunas. Se solicitó la visita del médico de guardia, y cuando acudió se le consultó sobre la tos, fiebre, y diabetes que sufría; éste le prescribió tratamiento para el constipado, pero no para la diabetes, por considerar que no estaba indicado (pese a que se le exhibió el tratamiento prestado con anterioridad). Así, su nivel de glucosa en sangre subió a 331 mg., por lo que el enfermero de turno, una vez consultado con el facultativo, le suministró una inyección de insulina.

Los reclamantes también exponen que durante el ingreso del paciente ocurrieron otra serie de hechos que califican de graves, y que posiblemente podrían ser constitutivos de delito, los cuales se constatarán mediante la oportuna prueba testifical, relatando lo siguiente:

"Durante el miércoles 12 de septiembre, se le estuvo administrando algunos alimentos

prácticamente sólidos, se le insistió por activa y por pasiva que su padre y marido dormía mucho, circunstancia que se le puso en conocimiento a las enfermeras y alegaban que ello era por la medicación que se le administraba por las noches para dormir; se insistió más ya que dormía durante todo el día, hasta comprobar que el paciente estaba encharcado de sangre activa y por ello, la acompañante (esposa) instó a la enfermera que llamara al médico dado que se estaba desangrando, manifestando dicha enfermera, incluso de forma irrespetuosa, que se calmara, pues la acompañante le manifestaba que la pérdida de sangre no era sólo la que aparecía en la bolsa de sangre sino también la que existía en la cama. Ese mismo día aproximadamente a las 23 horas, tuvo que salir la esposa y acompañante del segundo enfermo de la habitación a pedir auxilio porque estaba totalmente encharcada de sangre, tanto la ropa de la cama, la faja ortopédica como la bolsa de drenaje. Se le pidió que acudiera un médico y la enfermera, auxiliar o celadora, consideraron bajo su leal saber y entender que no era menester puesto que era normal.

Esa pérdida de sangre no fue la única, pues a las 8,30 horas del día 13 tuvieron que volver a llamar ya que se había repetido el encharcamiento de sangre; ello prueba que no fue revisado a pesar del antecedente que tuvieron horas atrás.

En la visita médica de planta de ese mismo día 13 de septiembre, a pesar de todo ello se nos manifestó en la consulta del Dr. x. que era normal y que de seguir así pronto se iría a casa, manifestando uno de sus hijos que si sigue sangrando de esa forma él no se llevaba a su padre a casa, a lo que le contestó el Doctor que el médico era él".

Tras relatar que durante esa mañana sangró en tres ocasiones más, los reclamantes tachan la actuación de los enfermeros y demás personal sanitario de negligente, al no avisar nuevamente al médico. A las siete y media de la tarde del día 13 de septiembre se volvió a repetir el sangrado, y los enfermeros atribuyeron dicho incidente al hecho de que el paciente tocara la bolsa de drenaje, por lo que le reprendieron. A las diez y media de la noche volvió a sangrar, y los familiares pidieron que se avisara al médico urgentemente, respondiéndole la enfermera que iría a verle cuando saliera del quirófano; entre tanto, éstos no quisieron que se limpiara al enfermo para que el médico viera la sangre existente. Cuando entró la enfermera para tomar la tensión al paciente, era 3 de mínima y 5 de máxima; salió para avisar a algún médico, y al volver, intentó extraerle sangre, pero no pudo por no encontrarle las venas, A continuación llegó la Dra. x. que bajó al paciente a quirófano, donde le volvió a intervenir, falleciendo a las seis de la mañana del día siguiente, el 14 de septiembre.

Por los hechos descritos, además de sostener que concurren circunstancias para abrir una investigación interna, consideran que el Servicio Murciano de Salud podría haber evitado la muerte del cónyuge y padre de los reclamantes, de haber actuado diligentemente cuando se produjo el primer desangrado.

Proponen como medios de prueba de los hechos expuestos los siguientes:

a) Prueba documental.

Que se remita el historial clínico del paciente, los partes diarios de actuación del personal técnico sanitario y del facultativo, el cuadrante de los servicios del personal técnico sanitario en las fechas comprendidas en la reclamación, el parte diario de actuaciones del servicio del personal auxiliar de enfermería, así como que se emita un informe sobre las causas del fallecimiento del paciente.

b) Prueba testifical.

Declaración de las siguientes personas: x, y otros. También solicitan la declaración de los enfermeros, auxiliares de clínica y celadores que prestaran sus servicios en los días indicados.

Para los reclamantes el perjuicio causado por los hechos ocurridos se cuantifica en 99.522,7 euros, tomando como base el baremo de daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación correspondiente a 2007, exponiendo que la tabla I concede al cónyuge del fallecido el importe de 74.717,2 euros, así como 8.268,56 euros a cada uno de los hijos mayores de veinticinco años.

Finalmente, tras considerar que concurren los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial, solicitan que se reconozca su derecho a la indemnización solicitada.

SEGUNDO.- A la vista de la reclamación presentada, al no acompañarse documento acreditativo de la legitimación, se solicitó a los reclamantes que la justificaran, lo que hicieron presentando certificados de matrimonio del fallecido y de nacimiento de los hijos (folios 16 a 19).

TERCERO.- El 23 de enero de 2008, el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud

dictó resolución de admisión a trámite, la cual fue notificada a las partes interesadas.

Al mismo tiempo se solicitó al Hospital Universitario Santa María del Rosell copia de la historia clínica del paciente, e informes de los facultativos que le atendieron, así como el resto de la documentación propuesta por los reclamantes como prueba documental.

CUARTO.- Desde el Hospital Universitario Santa María del Rosell se remitió el historial del paciente (folios 28 a 162), así como un informe evacuado por el Dr. x, Jefe de Servicio de Cirugía, que hace constar lo siguiente sobre la asistencia dispensada al paciente:

"x. fue intervenido el 7 de septiembre de 2007 por presentar una tumoración a nivel de ángulo hepático del colon, practicándose una hemicolectomía derecha con reconstrucción mediante ileo transversostomía mecánica calibre 28. El informe anatomopatológico confirmó la existencia de un adenocarcinoma de colon con metástasis ganglionares (estadio T3b, N1, Mx, C2 de Astler-Coller). Entre los antecedentes cabe destacar la alergia a la Penicilina, hipertensión arterial, H.T.A., diabetes mellitus tipo II, hiperlipemia, cardiopatía isquémica con doble by-pass y colocación de dos stent, EPOC y síndrome de apnea del sueño.

El postoperatorio inicialmente transcurrió sin incidencias reseñables, salvo la aparición de discreta oliguria el primer día del postoperatorio, manteniendo en todo momento cifras tensionales adecuadas y diuresis por encima de los 1.500 ml., cada 24 horas. El drenaje intracavitario fue serohemático, oscilando entre 100 y 200 c.c. procediéndose a su movilización en el cuarto día del postoperatorio. Los líquidos por vía oral se iniciaron ese mismo día, progresándose la dieta al día siguiente con buena tolerancia. Los controles analíticos efectuados en el postoperatorio pusieron de manifiesto una hemoglobina de 11,7 y 10,4 gr/dl respectivamente.

En la noche del 12 al 13 de IX, se objetivó una tensión arterial de 14/8 y una diuresis de 1.000 c.c. en el citado turno. En la visita llevada a cabo el día 13 por la mañana, el paciente presentaba una tensión arterial de 13/7 y se aprecia la existencia de un drenado serosanguinolento por herida quirúrgica posiblemente secundario a eventración parcial de herida quirúrgica, procediéndose a drenaje de la herida y manejo conservador con enfajamiento.

Durante el turno de noche se detecta sangrado por herida quirúrgica que se asocia a hipotensión arterial 8,5/5, por lo que se indica la reintervención del paciente. Esta es llevada a cabo en quirófano de Urgencias (Dra. x, Dr. x. y como anestesista Dr. x), encontrándose una

eventración de incisión quirúrgica, hematoma parietal, pequeño absceso a nivel de anastomosis, sin evidencia de fuga y hemoperitoneo de 500 ml. Se procede a la revisión y lavado de cavidad sin evidenciarse punto de sangrado activo y a la colocación de nuevo drenaje de Penrose en parietocólico derecho. Durante la intervención se transfundió una unidad completa de concentrado de hematíes y parte de una segunda que se suspendió por la aparición de posible reacción transfusional. Hemodinámicamente permaneció estable con tensiones que oscilaron entre 10/6 y 13/7 y una saturación de oxígeno estable en el 97 %. Tras la cirugía el paciente ingresó en UCI con una tensión arterial de 11 y una presión venosa central de 10, detectándose una fibrilación auricular con 150 pulsaciones por minuto. La evolución no fue satisfactoria, siendo éxitus aproximadamente a las seis horas de su ingreso. La familia rechazó la realización de autopsia para confirmar la causa del mismo".

Además se remitió por el Director Gerente del Hospital la relación del personal sanitario, así como el correspondiente cuadrante elaborado por la supervisora de planta, en el que se incluyen los enfermeros y auxiliares de enfermería que prestaron servicios en la Unidad 3º C (en turno de mañana, tarde y noche), durante los días en que el paciente permaneció ingresado en la misma.

QUINTO.- El órgano instructor, mediante escrito de 17 de marzo de 2008 (registrado de salida al día siguiente), se dirige a los reclamantes para comunicarles, en relación con la prueba propuesta, que la incorporada al expediente se encuentra a su disposición para el caso de que quisieran tomar vista.

Respecto a la prueba testifical, se les indica que la declaración de los reclamantes no se considera necesaria, ya que los mismos pueden aportar al expediente por escrito cualquier alegación o relato de los hechos que estimen conveniente. Respecto a la del personal sanitario, se les acompaña la relación de los que se encontraban de guardia durante los días de ingreso del paciente, para que se concrete a quiénes se deben interrogar, remitiendo las preguntas por escrito a fin de no obstaculizar las tareas profesionales de dicho personal. Finalmente, respecto a los demás testigos propuestos, se les solicita que concreten la relación de los mismos con el paciente y con los hechos descritos en la reclamación, y el motivo por el cual pretenden que dichas personas testifiquen.

SEXTO.- Previa personación en las dependencias del órgano instructor para retirar documentación, los reclamantes presentan escrito de 14 de abril de 2008 (folios 168 y ss.), en el que aclaran que los testigos propuestos, a excepción de los familiares, no tienen relación de parentesco, ni tan siquiera de amistad, con el paciente, siendo testigos del cúmulo de negligencias (sic) por ser acompañantes de otros enfermos de la planta, que de forma voluntaria se ofrecieron para corroborar todos los extremos. Siguen pensando que la declaración de los familiares es de relevancia, cuando a la vista del expediente los reclamantes amplíen las alegaciones formuladas en el escrito de reclamación de responsabilidad

patrimonial.

Respecto al personal facultativo, proponen la declaración de todos los médicos que asistieron en planta al fallecido, incluido el Jefe de Servicio en funciones, durante los días 6 al 13 de septiembre, ambos inclusive, así como de todos los enfermeros y auxiliares de enfermería que suscribieron los folios 132 y 134 del expediente, relativos a "*las valoraciones de enfermería*", obrantes en su historia clínica. A dichos efectos, solicitan que se faciliten sus datos o directamente se les emplace.

Por último, solicitan que los cirujanos que intervinieron al paciente el día 14 de septiembre (Dra. x. y primer ayudante de cirugía, Dr. x), emitan informe sobre las actuaciones que practicaron en dicha intervención y, en concreto, para que precisen en qué situación se encontraba la hemicolectomía derecha realizada el día 7 de septiembre.

SÉPTIMO.- En contestación a la solicitud del órgano instructor para que se identificara a los profesionales que asistieron dichos días al paciente, y que éstos emitieran su parecer al respecto, la Gerencia del Hospital remitió los informes evacuados por los enfermeros y auxiliares de enfermería que cuidaron al paciente, en los que describen las distintas actuaciones clínicas de cuidados que le dispensaron en los días y horas en los que realizaron su turno en la planta, negando las acusaciones de mala *praxis* médica imputadas por los reclamantes (folios 173 a 195).

También la Gerencia del Hospital remite informe de los facultativos que asistieron al paciente, en concreto de los cirujanos Dres. x y, quienes hacen constar lo siguiente sobre el paciente (folios 206 y 207):

"x, de 72 años, fue intervenido el 7 de septiembre de 2007 por neoplasia de ciego y se le realizó una hemicolectomía derecha.

Fue visto por nuestra parte al pase de la visita al 6º día del postoperatorio (13-09-07), presentando drenaje hemático de pared escaso y febrícula. El paciente se encontraba estable hemodinámicamente, con cifras tensionales de 130/70 y Htº de 33, con Hb de 10,4 y ritmo intestinal conservado y peristaltismo presente, con tolerancia a la ingesta oral, según consta en hoja de curso clínico".

Igualmente se remitió un informe de los cirujanos que reintervinieron al paciente en fecha 13 de septiembre (Dres. x, y), quienes hacen constar lo siguiente (folio 207):

"x, paciente de 72 años, ingresado en nuestro Servicio para intervención programada de adenocarcinoma de ángulo hepático de colon; en el 6º día del postoperatorio se nos avisa a las 23 horas, como cirujanos de guardia de dicho día, porque el paciente presenta sangrado de herida quirúrgica. Ante la evidencia de un sangrado cuantioso por la herida, con repercusión hemodinámica, se decide revisión en quirófano bajo anestesia general.

Intervención 13-9-07: Se aprecia evisceración y hematoma de dicha herida, hemoperitoneo de aproximadamente 500 c.c. y pequeño absceso a nivel de anastomosis, sin evidenciarse fuga de contenido intestinal.

Se revisa toda la cavidad abdominal, no encontrándose evidencia de sangrado activo en ese momento.

El paciente ingresa directamente en UCI desde el quirófano por dificultad ventilatoria, lugar en el que fallece unas horas mas tarde (ver informe de UCI)".

OCTAVO.- Mediante escrito de 10 de noviembre de 2008 (registrado el 19 de noviembre siguiente), los reclamantes reiteran ante la Administración el contenido de su escrito anterior sobre la prueba propuesta, al no haber obtenido respuesta alguna, si bien comparecen en las dependencias administrativas el 21 siguiente para retirar la nueva documentación incorporada al expediente, entre ellas las declaraciones testificales y los informes de los facultativos.

NOVENO.- A pesar de haberse aportado al procedimiento los informes del personal sanitario que asistió al paciente, y a fin de lograr un mayor esclarecimiento de los hechos ocurridos, el órgano instructor comunica a los reclamantes (folios 208, 209 y 210) que ha acordado que se practique de forma presencial la testifical propuesta, respecto a la que puntualiza lo siguiente:

1. Se considera innecesaria la declaración del Jefe de Servicio de Cirugía, al obrar en el expediente el informe que emitió sobre los hechos referidos en la reclamación, y no haber sido testigo presencial de los mismos.

2. Respecto al resto del personal sanitario, se concreta el día y la hora de su realización, pero se especifica que por motivos laborales sólo se convocará al personal que hubiera tenido mayor relación con la asistencia dispensada al paciente, citando a los siguientes: los enfermeros x, y, z...; y los facultativos x, y.

3. Respecto a los testigos no sanitarios, son citados a declarar: x, y, z....

Por último, se insta a los reclamantes a que remitan las preguntas que desean formular, sin perjuicio de cualquier otra que durante la práctica de la prueba se pudiera añadir.

DÉCIMO.- x, quien dice actuar en representación de los reclamantes, remite escrito vía fax (folios 220 y 221), en el que manifiesta su disconformidad con el precitado acuerdo del órgano instructor del procedimiento, por considerar innecesaria la declaración del Jefe de Servicio de Cirugía, pues al estar fechado el informe que emitió en el año 2002, éste no se corresponde con el solicitado a instancias de esa parte, por lo que reiteran su emisión.

En cuanto a la declaración del resto del personal sanitario, solicitan su aplazamiento hasta que pudieran comparecer todos, ya que existen contradicciones entre el contenido de los informes emitidos, todos ellos en el mismo sentido, y las anotaciones sobre la evolución de los cuidados en la historia clínica en "*la valoración de enfermería*" (folios 132 a 135).

En cuanto al resto de testigos propuestos, y a efectos de garantizar el principio de objetividad, se solicita al órgano instructor que los emplace para la práctica de la prueba testifical, a fin de evitar cualquier contacto con ellos.

Por último, reiteran su solicitud de acceso al cuadrante del personal facultativo que asistió al paciente desde el día 7 hasta su fallecimiento, a fin de no citar a aquellos cuya declaración no resulte necesaria.

UNDÉCIMO.- Por oficio de 5 de febrero de 2009, el órgano instructor comunica a los reclamantes y a la Compañía Aseguradora del Servicio Murciano de Salud, en su condición de interesados en el procedimiento, los testigos citados para prestar declaración (tanto sanitarios, como no sanitarios), así como los días y horas en los que los mismos la prestarían.

También se indica que, aun cuando no se hubiera incorporado al expediente el cuadrante médico de esos días en la planta, se entiende que éste es innecesario, ya que se han identificado todos los médicos que asistieron al paciente durante el periodo de su ingreso.

En cuanto a la fecha del informe emitido por el Jefe de Servicio de Cirugía, se pone de manifiesto que existe un error material, pero que, no obstante, aclara los hechos planteados en la reclamación, por lo que no se considera necesario la emisión de un nuevo informe.

DUODÉCIMO.- Constan las declaraciones de los testigos comparecientes, en relación con las preguntas formuladas por el letrado que dice representar a los reclamantes (folios 243 a 260).

DECIMOTERCERO.- Por la Compañía Aseguradora del Servicio Murciano de Salud, se aportó dictamen pericial colegiado (folios 265 y ss.) sobre el contenido de la reclamación, en el que tras realizar las oportunas consideraciones médicas, se considera que todos los profesionales han actuado conforme a la *lex artis*, obteniendo previamente las siguientes conclusiones:

"1. x, de 72 años de edad, es estudiado en agosto de 2007 en la Sección de Ap. Digestivo del Hospital Santa María del Rosell de Cartagena por anemia.

2. Es estudiado y diagnosticado de "adenocarcinoma infiltrante bien diferenciado". Se realiza estudio de extensión, por medio de TAC, no encontrándose metástasis.

3. Presenta antecedentes de enfermedades graves de origen cardiaco pulmonar y diabetes tipo II. HTA. Alérgico a Penicilinas. Se trata de un paciente de Alto Riesgo quirúrgico.

4. La cirugía se realiza el 6-9-07 de forma correcta y sin complicaciones y el postoperatorio transcurre normalmente, iniciando tolerancia oral al 4º día.

5. El 13-9-07 avisan al cirujano de guardia por observar sangrado a través de herida quirúrgica y por el orificio del drenaje retirado. El paciente está hemodinámicamente estable

con TA y valores de Hto y Hb normales. Tolera la ingesta oral y el ritmo intestinal está conservado. Es reintervenido.

6. Se realiza relaparotomía, observándose evisceración por la incisión, así como hematoma en herida quirúrgica, posible causa del sangrado. No se observa evidencia de punto sangrante activo. Drenaje de Penrose.

7. Todo el personal sanitario (médicos y enfermeros) describen el sangrado como escaso y en ningún momento recuerdan nada especial en el trato con el paciente.

8. Si hubiese habido un sangrado verdaderamente importante, 1 unidad solamente transfundida no hubiese podido restituir los valores hemáticos a cifras normales, como presentaba en el postoperatorio inmediato.

9. El fallecimiento se produce por complicaciones de su cardiopatía, rebelde a todo tratamiento empleado, con repercusión hemodinámica y fallo renal, en un enfermo de altísimo riesgo para la intervención quirúrgica, pero que no tenía otra opción terapéutica (...).

DECIMOCUARTO.- El 9 de marzo de 2010 emite informe la Inspección Medica, que alcanza las siguientes conclusiones:

"1. Varón de 72 años, con factores de alto riesgo cardiovascular, respiratorios, endocrinos y de sistema inmune (adenocarcinoma infiltrante bien diferenciado), al que se le realiza hemicolectomía derecha como única opción terapéutica.

2 La cirugía se realiza de forma correcta y el postoperatorio transcurre sin complicaciones, controles hematológicos y constantes dentro de la normalidad, iniciando tolerancia oral al 4º día.

3. Según datos de la historia clínica, el personal sanitario describe el sangrado observado durante los primeros días como escaso y sin repercusión hemodinámica y con cifras de hemoglobina y hematocrito dentro de la normalidad en el curso del postoperatorio de hemicolectomía.

4. Ante la sospecha de evisceración se fajó al paciente con intención de realizar hemostasia por comprensión. El sangrado por sus características podría haberse resuelto de forma espontánea con el tratamiento conservador, como ocurre en la mayoría de sangrados de la pared abdominal.

5. En cuanto hubo signos de hipotensión se indica de forma urgente reintervención para localizar punto de sangrado y transfusión sanguínea (con posible reacción postranfusión en la segunda bolsa). Remontando tensiones. En la reintervención no se evidencia punto de sangrado activo y sí hematoma en pared abdominal, posible causa del sangrado.

La no realización de autopsia impide el conocimiento exacto de si había algún otro punto de sangrado diferente al de la pared abdominal.

6. El paciente tras reintervención presenta un shock de probable origen multifactorial, no solo hipovolémico, además de fibrilación ventricular que no pudo revertir por su grave cardiopatía de base.

7. Las complicaciones presentadas por el paciente en una cirugía de alto riesgo como es la hemicolectomía derecha se encuentran descritas con más frecuencia en pacientes con factores de alto riesgo.

8. Tras la revisión de la documentación facilitada y declaraciones aportadas al expediente, el personal sanitario actuó de acuerdo a los protocolos estandarizados de las guías clínicas en cirugía colorrectal en tiempo y forma".

DECIMOQUINTO.- Otorgado un trámite de audiencia a los reclamantes, no consta que hayan formulado alegaciones, tras lo cual se formula propuesta de resolución desestimatoria por no concurrir los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial .

DECIMOSEXTO.- Con fecha 22 de julio de 2010 se ha recabado el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo.

A la vista de los referidos Antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia (LCJ), en relación con el 12 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

1. La reclamación fue interpuesta por la esposa y los hijos del paciente fallecido, lo que les confiere legitimación activa para reclamar, en virtud del artículo 139.1 en relación con el 31, ambos de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC). No obstante, no consta acreditada en el expediente la representación del letrado x, quien comparece, en su nombre, a la práctica de la prueba testifical.

En cuanto a la legitimación pasiva de la Administración regional, no existen dudas acerca de la titularidad pública del centro sanitario en el que se produjo la atención a la que se imputa el daño.

2. La reclamación fue interpuesta dentro del plazo de un año que el artículo 142.5 LPAC establece para la prescripción del derecho a reclamar, toda vez que el fallecimiento del paciente se produjo el 14 de septiembre de 2007 y la reclamación se presenta el 30 de noviembre siguiente.

3. El procedimiento ha seguido, en líneas generales, el establecido para la tramitación de este tipo de reclamaciones por la LPAC y el RRP, habiéndose adoptado de forma motivada por el

órgano instructor las decisiones sobre la prueba propuesta por los reclamantes, conforme a nuestra doctrina expresada en la Memoria correspondiente al año 2002 (páginas 53 y 54). También cabe destacar que en su práctica se han respetado los principios de contradicción e intermediación, sin que nada quepa objetar a este respecto, sino muy al contrario, destacar el esfuerzo del órgano instructor por dar cumplimiento a las pruebas propuestas por los reclamantes (rechazando motivadamente las que considera innecesarias), intentando acompasar las declaraciones testificales presenciales del personal sanitario citado, con su trabajo en el centro hospitalario sito en el municipio de Cartagena.

Únicamente cabe objetar que el plazo máximo para dictar y notificar la resolución ha excedido en mucho al establecido por el artículo 13 RRP.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial por actuaciones sanitarias. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada 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, que particulariza en su artículo 10 los derechos de los usuarios respecto a las distintas Administraciones Públicas.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, en tanto que existirá o no con independencia de cualquier elemento culpabilístico de los agentes de la Administración, han sido desarrollados por la LPAC, en particular por sus artículos 139 y 141, pudiéndose concretar en los siguientes:

1) El primero de los elementos es la lesión patrimonial, entendida como daño ilegítimo o antijurídico, y esta antijuridicidad o ilicitud sólo se produce cuando el afectado no hubiera tenido la obligación de soportar el daño.

2) La lesión ha de ser real y efectiva, nunca potencial o futura, evaluable económicamente e individualizada en relación a una persona o grupo de personas.

3) El vínculo entre la lesión y el agente que la produce, es decir, entre el acto dañoso y la Administración.

4) Por último, también habrá de tenerse en cuenta que no concurra fuerza mayor u otra causa de exclusión de la responsabilidad.

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 debe esperar de los poderes 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, atribuyéndole, por tanto, y cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico. La actuación del sanitario ha de llevarse a cabo 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 e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del 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 una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para 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 (por todas, STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002).

Veamos los principios expuestos, aplicados al presente expediente de responsabilidad patrimonial.

CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan al funcionamiento de los servicios sanitarios públicos y falta de acreditación de los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial en el presente caso.

Los reclamantes imputan al Servicio Murciano de Salud el fallecimiento del paciente, por la falta de atención del personal sanitario encargado del Hospital Santa María del Rosell ante los continuos desangrados que sufrió durante el postoperatorio de la intervención de hemicolectomía derecha por adenocarcinoma de colon, incurriendo con ello en negligencia (incluso imprudencia), al no adoptar las medidas necesarias ante el primer sangrado, pese a que se disponían de todos los medios, y deberían haberle trasladado mucho antes al quirófano. Respecto al resto de las incidencias que exponen, puesto que ellos mismos sostienen que no tienen relevancia en cuanto al presente expediente de responsabilidad patrimonial, no va entrar en su consideración este Órgano Consultivo, sin perjuicio de remitirse, en cuanto a su

valoración, a lo señalado en la propuesta sometida a Dictamen (última Consideración).

Para apoyar sus imputaciones, los reclamantes proponen las declaraciones testificales del personal facultativo y del resto del personal sanitario que durante esos días prestaron sus servicios en la planta donde estuvo ingresado el paciente. Igualmente, proponen las declaraciones de algunos familiares de pacientes ingresados en la misma o contigua habitación, o familiares o amigos del mismo, que lo visitaron durante los días del ingreso. También solicitan los informes del centro hospitalario sobre las causas del fallecimiento y de los Dres. x, y. sobre la intervención del día 14 de septiembre y en qué situación se encontraba la hemicolectomía realizada el 7 anterior.

Pues bien, la práctica de la prueba testifical se realizó durante los días 14 y 15 de enero de 2009, obrando las actas en los folios 243 a 258 del expediente. Igualmente, se han evacuado informes por los cirujanos precitados y por la Inspección Médica sobre las causas del fallecimiento.

Sin embargo, pese a la intensa propuesta probatoria de los reclamantes, que se extendía a la declaración de todo el personal sanitario que atendió al paciente durante los días en los que permaneció ingresado, y de otras personas que citaban como testigos, que ha sido llevada a cabo, en gran medida, por el órgano instructor, a cuyo resultado supeditaban aquéllos la ampliación de sus imputaciones, no consta en el expediente que hayan formulado alegaciones después del trámite de audiencia otorgado, por lo que el resultado de la prueba practicada y los informes médicos evacuados por los facultativos de la Administración sanitaria no han sido valorados ni refutados por la parte reclamante, cuyas imputaciones se quedan huérfanas de prueba en lo que atañe a los criterios técnicos que sustentan la *praxis* médica, teniendo en cuenta, como ha indicado este Consejo Jurídico en anteriores ocasiones sobre expedientes de responsabilidad patrimonial en materia sanitaria (por todos, Dictámenes números 106 y 133 de 2004, y 25 y 37 de 2005), que corresponde a los reclamantes la probanza de la mala *praxis* médica, según el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, jugando también un papel esencial las pruebas periciales cuando se achacan fallos en la asistencia sanitaria.

En su ausencia, este Consejo Jurídico no puede sino basarse en el informe de la Inspección Médica (Antecedente Decimocuarto), en su cualidad de órgano administrativo que se encuentra obligado a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la Sanidad.

Conviene partir del hecho de que el fallecido, de 72 años de edad, tenía factores de alto riesgo cardiovascular, respiratorios, endocrinos y del sistema inmune (adenocarcinoma

infiltrante bien diferenciado) al que se le realiza hemicolectomía derecha (cirugía de alto riesgo quirúrgico) como única opción quirúrgica (Conclusión 1 del informe de la Inspección Médica).

Respecto a la imputación de los reclamantes, centrada en la omisión de medios frente al sangrado del paciente en el postoperatorio, cabe distinguir dos etapas:

1. Es coincidente la opinión médica de que el postoperatorio transcurre sin complicaciones, controles hematológicos y constantes dentro de la normalidad, iniciando tolerancia oral al cuarto día.

Sobre el sangrado en los primeros días, el personal sanitario lo describe como escaso y sin repercusión hemodinámica. Dice a este respecto la Inspección Médica (folio 282):

"En este caso, el personal sanitario, tanto médicos como enfermeras, describen el sangrado como escaso de naturaleza serohemática y provocado por la mala adaptación de la bolsa de drenaje, apoya esta valoración las cifras de Hb y Hto de 10,4 y 33% respectivamente, la situación hemodinámicamente estable y los hallazgos de reintervención (no se observa punto de sangrado activo) (...)

De cualquier modo el personal sanitario actúa en un primer escalón de tratamiento como indican los protocolos en caso de sangrado de la herida, fajando al enfermo y al persistir el sangrado y aparecer alteración hemodinámica se indica intervención".

Tampoco los reclamantes manifiestan en su escrito que durante estos primeros días el sangrado fuera abundante, pues centran sus imputaciones en los días 12 y 13 de septiembre. Contrariamente a lo expresado por los mismos interesados, algunos testigos (por ejemplo, x) contesta a la pregunta sobre cuántos días antes de morir estuvo el paciente sangrando, que *"bastantes días, según decía su esposa que estaba bastante agobiada por este motivo"*, si bien añade a continuación que sólo le vio empapado de sangre la tarde previa a su muerte.

Lo cierto es que, al margen de valoraciones subjetivas, las cifras de hemoglobina y hematocrito estaban dentro de la normalidad en el curso de un postoperatorio de hemicolectomía derecha (Conclusión 3 del informe de la Inspección Médica).

2. En la noche del día 13 de septiembre el paciente presenta sangrado agudo e hipotensión, por lo que se indica de forma urgente reintervención para localizar el punto de sangrado y realizar transfusión sanguínea.

Sobre cómo ocurrieron los hechos esa noche, la enfermera que se encuentra de guardia en el turno de noche el día 13 de septiembre expresa en su declaración escrita (folios 177 y 178):

"El día 13, recién iniciado mi turno, avisaron porque el paciente se encuentra manchado de sangre. Cuando me acerco, observo la bolsa de drenaje llena de sangre y algo despegada. Procedo a retirar la bolsa (guardándola para mostrársela al médico) y cubrir la herida con tetras. Aviso al cirujano de guardia, que en ese momento se encuentra en quirófano, y contesta que subirá enseguida, en cuanto termine en el quirófano, de lo que informé a los familiares del paciente.

Hablo con la supervisora de guardia, la cual realiza una segunda llamada, mientras yo tomo las constantes, comunicándoselas al cirujano de guardia que indica poner un suero de gelafundina a ritmo rápido y sacar hemograma. Procedo a realizar dichas tareas, mientras tanto llega el cirujano de guardia que examina al paciente, le enseño la bolsa y decide bajar al paciente a quirófano".

Dicha declaración no se contradice con su posterior testifical presencial (folios 257 y 258), pues, ante la siguiente pregunta del letrado que dice actuar en representación de los reclamantes de cómo vio al paciente la noche del día 13 cuando le avisaron los familiares, responde lo siguiente: *"Lo vi anormal y me encontré la bolsa llena de sangre que estaba despegada y avisé al cirujano. No me acuerdo si había sangre en las sábanas pero es posible".*

Distinta situación sobre el estado paciente se refleja por la mañana del mismo día, siendo visitado por los cirujanos encargados, señalando el enfermero que se encontraba en el turno de mañana en su declaración escrita (folio 188):

"El día 13 en el turno de mañana al coger el relevo me comentó la compañera que le cambió el apósito, valorándose posteriormente en el pase de la visita médica por los cirujanos que en ese día pasaban la visita, volviéndose a cambiar el apósito, observándose escaso sangrado por la bolsa de drenaje (...)".

De igual modo, en la declaración presencial y a preguntas del letrado de la parte reclamante, expone (folios 253 y 254):

" 1º. *¿En su escrito manifestó usted que tiene que volver a cambiar el apósito por estar empapado de sangre?*

En todas las visitas médicas se levanta el apósito, y posteriormente se le cambia.

2º. *¿A usted le consta que este señor perdiera mucha sangre?*

No. Fui el primer sorprendido cuando me comunicaron el fallecimiento.

3º. *¿A lo largo de la mañana sangró en algún momento?*

No. A última hora de la mañana me avisó un familiar de que se había manchado. Se manchó la faja porque se había despegado la bolsa de drenaje por que el paciente tenía un pliegue en la piel. No tengo constancia de que se cambiara la sábana.

Antes de la visita médica llamó un familiar diciendo que estaba manchada la faja, le quité la bolsa de drenaje y le puse un apósito en la zona supraumbilical para que fuera visualizada por el cirujano en el paso de visita como hacen siempre".

Los cirujanos x, y. (folio 206) relatan también su visita y examen al enfermo el día 13 por la mañana, exponiendo que presentaba drenaje hemático de pared escaso y febrícula. Y además que "el paciente se encontraba estable hemodinámicamente, con cifras tensionales de 130/70 y Htº de 33, con Hb de 10,4 t y ritmo intestinal conservado y peristaltismo presente, con tolerancia a la ingesta oral, según consta en hoja de curso clínico".

De todo lo anterior se infiere, conforme concluye la Inspección Médica, que fue en la noche del día 13 cuando el paciente presenta hemorragia aguda por herida quirúrgica e

hipotensión, que obliga a la reintervención por los cirujanos.

En cuanto a la noche anterior (del día 12 al 13), respecto a la que los reclamantes sostienen una suerte de abandono del paciente, el Jefe de Servicio de Cirugía señala: *"Se objetivó una tensión arterial de 14/8 y una diuresis de 1.000 c.c en el citado turno. En la visita llevada a cabo el día 13 por la mañana, el paciente presentaba una tensión arterial de 13/7 y se apreciaba la existencia de un drenaje serosanguinolento por herida quirúrgica, posiblemente secundaria a eventración parcial de herida quirúrgica, procediéndose a drenaje de la herida y manejo conservador con encajamiento"*.

En la declaración testifical presencial de la enfermera que se encontraba en el turno de noche del día 12 (folio 250), responde lo siguiente a las preguntas del letrado actuante:

"¿Por qué se realiza cura de abdomen?"

Porque estaba manchado. Le puse una bolsa nueva de control para mirar si seguía drenando por ahí o no.

¿Le consta que tenía empapada la faja?"

Empapada no, manchada.

¿Vio usted algo fuera de lo normal?"

No, pero el paciente tenía manchada la faja.

¿Era escandalosa la sangre que había en la cama?"

No.

¿La cuantía era importante para decírselo en ese momento al médico?

No.

(...)

¿La herida del abdomen sangraba?

Tenía un punto y le puse la bolsa de control. Por la noche pasé dos veces y estaba limpio y se lo comuniqué al relevo de por la mañana".

A la vista de lo expuesto la Inspección Médica realiza el siguiente análisis (folio 283):

"Al paciente se le transfunden 2 concentrados de hematíes antes de la cirugía como prevención y preparación para el acto quirúrgico, actuación correcta y prudente por parte del equipo quirúrgico debido a la anemia previa y múltiples factores de riesgo.

Aunque sangra por herida quirúrgica y el drenaje medio diario es de 125 cc durante los seis primeros días, no existe alteración de la HB, Hto ni constantes hemodinámicas que indiquen transfusión o reintervención hasta la noche del día 13/09/07, en el que presenta hemorragia aguda por herida quirúrgica e hipotensión marcada, signos que alertan al equipo médico y que hasta entonces no se habían presentado".

También resulta de interés reproducir lo señalado por la propuesta elevada, acerca de que los datos y los resultados de las analíticas que obran en la historia clínica no evidencian que el sangrado del enfermo fuera de las características que los reclamantes describen:

"Así de lo apuntado por la Inspección Médica, en las consideraciones médicas de su informe, se deduce (interpretando los datos aportados a la historia clínica) que el sangrado debió de ser escaso:

1. El sangrado debió de ser escaso, puesto que el paciente estaba con un Hematocrito de 33 y una Hemoglobina de 10,4 (folio 206). Cifras dentro de la normalidad en el curso del postoperatorio de una Hemicolectomía derecha.

2. En la reintervención no se evidenció punto de sangrado activo y sólo hematoma de pared. Posible origen del sangrado. Pero además se le transfundió una unidad de concentrado de hematíes (que produjo reacción), y al ingreso en la UCI presentaba una analítica de Hematíes 4.200.000; Hb 10.1; Hto 31 (folia 154). Si hubiese habido un sangrado verdaderamente importante, una unidad solamente transfundida no hubiese podido restituir esos valores hemáticos, máxime cuando ha causado reacción y los hematíes se destruyen".

La explicación de cómo se debió de producir la pérdida de sangre, la da la Inspección Médica, describiendo la reintervención realizada (folio 285): "Se revisa la cavidad y la herida sin evidencia de punto de sangrado activo, por la que se debió tener su origen en vena o arteria de la pared abdominal de forma lenta y progresiva, permitiendo una adaptación hemodinámica por parte del enfermo a la pérdida de sangre, no alterando las constantes de forma que pudiera alertar al personal médica y de enfermería".

Por lo expuesto, la Inspección Médica considera que la actuación de los profesionales sanitarios no fue en ningún caso negligente, sino adecuada a los protocolos estandarizados (Conclusión 8 de su informe) y las complicaciones que se presentaron al paciente en una cirugía de alto riesgo se encuentran descritas con más frecuencia en pacientes también con factores de alto riesgo.

Sobre estas complicaciones, los peritos de la aseguradora del ente público exponen (folio 270) que la dehiscencia postoperatoria que desembocó en una eventración postquirúrgica, que es una complicación que aparece en el 1 al 14 % de los pacientes que se someten a operaciones abdominales transparietales, y que varía su incidencia en atención a la obesidad, edad, estado de nutrición, enfermedades relacionadas con la elevación de presión intraabdominal, etc., aparece por lo general entre el 6º y 8º día de la operación y que se deben casi siempre a fallos de cicatrización. Añaden que el tratamiento de la dehiscencia fue el que establecen los protocolos, primero si ésta era parcial, y no había peligro de estrangulamiento, el tratamiento puede ser incruento: "Se enfocan amplias fajas de tela adhesiva que van de flanco a flanco para evitar la tracción lateral de los bordes de la herida (...). Quedará una eventración que podrá subsanarse mas adelante cuando el paciente se halle en mejores condiciones quirúrgicas. Si este método no diese resultado, debería procederse a la reparación quirúrgica. Cirugía de la pared abdominal", como así se hizo con este paciente, pues se inició un primer tratamiento fajándole, pero que al no dar resultado, hubo de requerir la reintervención quirúrgica. De esta manera los citados peritos consideran la actuación correcta en tiempo y

forma.

Sobre las causas del fallecimiento, se indica que el paciente tras la reintervención presenta un shock que probablemente sea de origen multifactorial, no sólo hipovolémico, además de la importante patología cardíaca subyacente que complica e impide remontar la situación de arritmia cardíaca por fibrilación ventricular asociada a fallo renal agudo e importante acidosis metabólica (Conclusión 6 del informe de la Inspección Médica y página 284 del mismo informe). Si bien también expresa el precitado informe que la no realización de la autopsia (los familiares no dieron su consentimiento) ha impedido el conocimiento exacto de si había algún otro punto de sangrado diferente al de la pared abdominal (Conclusión 5).

En consecuencia, no se ha acreditado por los reclamantes la relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos y el daño por el que se reclama, ni su antijuridicidad (artículo 141.1 LPAC).

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, por no quedar acreditada la relación de causalidad entre el daño alegado y el funcionamiento del servicio público sanitario.

No obstante, V.E. resolverá.