



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº **73/2011**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 6 de abril 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 18 de agosto de 2010, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, por el fallecimiento de x, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **196/10**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 27 de septiembre de 2007, x, en representación de x, presentó ante el Servicio Murciano de Salud (SMS) un escrito en el que manifestaba que el 15 de septiembre de 2006, el marido de aquélla, x, de 41 años, fue intervenido de colecistomía en el hospital "*Reina Sofía*", dándosele de alta el siguiente 26, ingresando en su servicio de urgencias el 28 por fiebre, siendo remitido a su domicilio con tratamiento antibiótico; el 29, tras asistencia sanitaria domiciliaria, fue ingresado nuevamente en urgencias, donde falleció a las pocas horas del día 30, sin que se haya justificado la actuación de los profesionales sanitarios ante el inesperado resultado de la muerte del paciente, siendo clara su responsabilidad. Manifiesta su voluntad de llegar a un acuerdo indemnizatorio al respecto. Adjunta escritura de apoderamiento al efecto.

SEGUNDO.- El 17 de octubre de 2007 se dirige oficio al representante de la reclamante requiriéndole la subsanación del escrito de reclamación, conforme a la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC) y el 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).

TERCERO.- Posteriormente, el indicado representante presentó escrito en el que amplía

su exposición de los hechos y el fundamento de su pretensión indemnizatoria, añadiendo a su escrito inicial que en la intervención por coleditiasis gangrenosa realizada al marido de la reclamante el 15 de septiembre de 2006 en el citado hospital, por laparotomía subcostal, con ligadura de arteria cística, se presentó una complicación no muy corriente, consistente en hemorragia intraperitoneal por sangrado de dicha arteria, y que la ausencia de analíticas durante el periodo en el que permaneció hospitalizado impidió detectar la citada complicación y tratar adecuadamente la misma desde el principio. Se le dio de alta el día 26 de ese mes, pero el siguiente 28 acudió al servicio de urgencias del mismo hospital por dolor abdominal y fiebre y, ahora sí, se le practica analítica, que revela (4,95) x (10) 6 hematíes, pese a lo cual se le envía a su domicilio sin realizarle pruebas complementarias. Dicha analítica revela claramente unos parámetros que debieron advertir (o intuir), si no cual era la situación real del paciente, sí al menos su gravedad, y aconsejar más actuaciones. El día 29 de septiembre vuelve a acudir a urgencias a causa del agravamiento de la situación y entonces sí se le practican pruebas complementarias, consistente en ecografía abdominal, que revela abundante material líquido espeso en la cavidad peritoneal. Se le practica intervención de urgencia y se encuentra hemoperitoneo de sangre fresca por hemorragia activa de la arteria cística, pero a las 5:30 del día 30 se produce el óbito.

Alega el interesado que el fallecimiento podía haberse evitado si se hubiese detectado a tiempo que la arteria cística continuaba sangrando después de la intervención quirúrgica a que fue sometido el día 15 de septiembre de 2006. El que dicha arteria no quedase bien taponada después de la operación es algo que puede ocurrir, pero el continuo sangrado que padeció el paciente hubiese revelado una analítica anómala si ésta se hubiese practicado durante el periodo de hospitalización. No obstante, en la analítica de la primera asistencia a urgencias sí se revelaban anomalías como para haber practicado desde ese momento pruebas complementarias (cosa que no se hizo), de forma que si en ese momento se hubiese practicado la ecografía abdominal se hubiese detectado el problema a tiempo, que luego el día 29, cuando se advirtió la hemorragia, fue imposible de resolver. Ello determina la responsabilidad patrimonial del SMS, por el importe que en su momento se determine.

CUARTO.- Solicitada al citado hospital la historia clínica del paciente e informes de los profesionales que lo atendieron, fue remitida mediante oficio de 9 de noviembre de 2007, destacándose los siguientes informes:

- En relación con todo el proceso asistencial, el informe de 6 de noviembre de 2007, del doctor x, del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del hospital, expresa lo siguiente, a partir del ingreso en el centro del día 14 de septiembre de 2006:

"- El día 14-9-2006 consultó de nuevo en urgencias por empeoramiento del cuadro, presentando tensión arterial de 130/90, 37,2° centígrados, con hematocrito de 50%, hemoglobina de 17,7 g/dl, y amilasemia inferior a 26 u/l. Tras valorar al paciente se le practicó

una ecografía que apuntaba la alta sospecha de que se tratara de una colecistitis aguda.

Decidimos operarlo, tras informarle de los riesgos y beneficios, firmando el preceptivo consentimiento informado. Iniciamos la cirugía mediante laparoscopia, pero al encontrar un plastrón inflamatorio inaccesible decidimos abrir una laparotomía para identificar bien todas las estructuras. Tanto es así que tras cerrar la arteria y el conducto cístico con un clip, decidimos reforzarlos con una ligadura de hilo, para más seguridad. Dejamos un tubo de drenaje para terminar de limpiar la cavidad y asegurar que no se coleccionara sangre o pus.

- El día 18-9-2006, pasados 4 días de la operación, el paciente tenía tránsito intestinal, pues defecaba, el drenaje salía seroso, algo teñido y en cantidad de 50 dl diarios. Presentó un pico febril de 38° centígrados, por lo que fue examinado, descubriéndose y drenándole un absceso en la herida quirúrgica que se siguió curando en los días sucesivos.

- El día 20-9-2006, al 6º día, se vuelve a examinar la herida, haciendo un nuevo desbridamiento de la misma, hallando, todavía, una zona de infección que se limpia, retirando más puntos.

- El día 21-9-2006 ya no presenta fiebre, pero la herida sigue manchando, por lo que se decide continuar con las curas en el hospital, el drenaje salía limpio, se había movilizado y se desprendió durante la noche, pero tras 7 días ya no era necesario seguir drenando la cavidad, pues no había ningún indicio de complicaciones.

- Los días 24, 25, y 26 se siguió curando la herida, que fue mejorando, tomaba dieta normal sin problemas y defecaba sin dificultad, por lo que el día 26, al permanecer sin fiebre, decidimos darle de alta hospitalaria para seguir las curas en la consulta de cirugía, ya que pasados 12 días de la intervención no presentaba otra complicación que la infección de la herida.

- El día 28-9-2006 acudió a urgencias por presentar fiebre 10 horas antes de 38,4° centígrados. Se realizó un examen de laboratorio en el que no había aumento de leucocitos, la bioquímica y las pruebas de coagulación eran normales y presentaba un hematocrito de 46,5%, con 15,5 g/dl de hemoglobina (dentro de lo normal). La herida manchaba de color seroso (ambarino), por lo que se le dio de alta con tratamiento antibiótico.

- Al día siguiente, 29-9-2006, 15 días después de la operación, acudió a su domicilio el servicio de Urgencias de Santomera, a las 19,45 horas, por presentar fiebre de 39,5° centígrados de 24 horas de evolución acompañado de dolor en epigastrio e hipocondrio derecho, la herida era serosa, presentaba palidez, hipoventilación, piel caliente e hipotensión, por lo que se establece el diagnóstico diferencial de infección postoperatoria, embolismo pulmonar o sepsis. Inmediatamente se avisa a una ambulancia para su traslado al hospital, pero el paciente presenta una parada cardiorrespiratoria practicándosele resucitación cardiopulmonar.

- Ese mismo día 29, a las 20,38 horas llega al hospital en coma e intubado con ventilación mecánica, por lo que ingresa directamente en la UCI, donde se le realiza un examen completo, con análisis de sangre que muestra 36,6% de hematocrito, 12,2 g/dl de hemoglobina, 21.900 leucocitos y 38,6° centígrados, que a las 22 horas se sube a 39,4° tras perfundirlo. Se realiza una ecografía abdominal hallando abundante líquido espeso con hígado, riñones y bazo normales.

Sobre las 22,30 horas es operado, hallando gran cantidad de sangre fresca en el abdomen, sin coágulos, ni abscesos, con un foco sangrante junto al lecho hepático que se pudo controlar con un punto de sutura (parecía la arteria cística), se revisó toda la cavidad, quedando sólo un sangrado en el ligamento hepato-duodenal o hiato de Winslow que se taponó con un coagulante (Surgicel). Pasó de nuevo a la UCI donde se objetivó un hematocrito de 16,9%, hemoglobina 5,7 g/dl y un gran déficit de coagulación que hace que sangre incluso el tubo digestivo, falleciendo sobre las 5,30 horas por parada cardíaca secundaria a la hemorragia.

Discusión:

Aunque la causa final pudiera haber sido la hemorragia, es improbable que ésta se produjera muchas horas antes, ni siquiera un día antes del fallecimiento, toda vez que el día anterior mostraba un hematocrito de 46,5%, cifra del todo normal, sin embargo cuando llegó al hospital al día siguiente, en coma, presentaba 36,6%, por lo que se puede deducir que en ese momento se había establecido una hemorragia importante y muy reciente, pero insuficiente como para llevar a un paciente al estado de shock o coma con esos niveles de hemoglobina en sangre. El médico que lo atendió en su domicilio no sospecha en ningún momento que se trate de una hemorragia, pues no hay ningún dato que le haga pensar en un shock hipovolémico, al contrario por la fiebre, la hipotensión y la hipoventilación que precedieron a la parada, en todo caso apunta a un embolismo pulmonar por lo súbito del cuadro. De cualquier forma sería necesaria la autopsia para dilucidar los dos últimos.

Reiteramos, en mi nombre y en el de mi Servicio, las condolencias por tan dramático

desenlace en una persona tan joven, creemos que el paciente fue operado de la colecistitis cuando no respondía al tratamiento médico, que presentó una infección de la herida, tratándose de una complicación relativamente frecuente en esta patología y que el alta no fue forzada el 12º día, pues se encontraba bien y deambulando, de hecho yo mismo le di el informe en mano y tuve que buscarlo en el pasillo, pues ya se había vestido y había abandonado la habitación. Años antes también lo operé de un sinus pilonidal sin que hubiera ningún problema".

- En relación con su asistencia al Servicio de Urgencias el 28 de septiembre de 2006, el informe de 31 de octubre de 2007 del doctor x expresa lo siguiente:

"1.- El motivo de consulta fue fiebre de 10 horas de evolución.

2.- A la exploración física el paciente presentaba un buen estado general manifiesto, que descartaba todo compromiso hemodinámico

3.- Que en el curso de esa exploración física no presentaba dolor ni defensa abdominal, a excepción de las molestias propias de la sutura quirúrgica.

4.- En las analíticas realizadas se certificaban unos niveles de hemoglobina 15,5 mg/dl, con hematocrito de 46,5%, parámetros absolutamente dentro de la normalidad y que en nada se corresponde con una pérdida sanguínea en cavidad abdominal, como en días posteriores se puso de manifiesto.

5.- Que el tratamiento recomendado, a tenor de los síntomas y signos presentados por el paciente, era el adecuado, aun a pesar de haber sido plasmado en una "simple receta" según consta el informe remitido por el letrado de la x.

6.- Que sabiendo -a posteriori- el desenlace de dicho paciente, ni uno solo de los síntomas y signos, como tampoco los resultados de las pruebas complementarias realizadas, ayudan a sospechar la existencia de dicha patología el referido día 28/09/06."

QUINTO.- Solicitado informe a la Inspección Médica del SMS, fue emitido el 3 de febrero

de 2010, que, tras analizar los hechos y realizar las oportunas consideraciones médicas, finaliza con las siguientes conclusiones:

"- Paciente de 41 años con colecistitis aguda que se somete a colecistectomía laparoscópica que es preciso convertir a colecistectomía abierta por el hallazgo de colecistitis gangrenosa. En el postoperatorio presenta absceso de pared que se trata con drenaje y antibioticoterapia, siendo alta a los 12 días de la intervención. A las 48 horas consulta de nuevo por fiebre, con exploración y analíticas normales, por lo que se remite a casa con tratamiento antibiótico. A las 24 horas es derivado de nuevo al hospital, donde ingresa en estado de shock, detectándole abdomen con signos de peritonitis, leucocitosis importante y discreto descenso de los valores de hematocrito y hemoglobina. Tras ecografía que habla de líquido/colección serosa intraabdominal, se procede a revisión quirúrgica urgente que revela hemoperitoneo masivo por sangrado a través de arteria cística. A pesar de la cirugía, la administración de hemoderivados y drogas vasoactivas fallece en UCI.

- La indicación quirúrgica y la técnica realizada son correctas. El seguimiento postoperatorio también fue correcto. Previa a la intervención firmó los consentimientos informados que incluían entre las posibles complicaciones la infección de la herida y el riesgo existente, aunque mínimo, de muerte.

- No existió durante su ingreso ningún signo o síntoma que hiciera sospechar complicación grave.

- La valoración realizada en urgencias el día 28 también fue correcta. Se realiza anamnesis, exploración física y analítica, sin que en ninguna se revelara anomalía que permitiese sospechar o prevenir la complicación finalmente aparecida. En concreto, las cifras de hematocrito y hemoglobina eran rigurosamente normales y de ningún modo indican o alertan de que pudiera estar ocurriendo pérdida sanguínea alguna.

- Tras la complicación acaecida, hemoperitoneo con shock hipovolémico, la asistencia recibida también es correcta, aunque no se consigue evitar el fallecimiento del paciente".

SEXTO.- Obra en el expediente dictamen médico presentado por la compañía aseguradora del SMS de fecha 10 de abril de 2010, la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud emitió dictamen pericial, realizado por varios especialistas en cirugía general y del aparato digestivo, sobre el contenido de la reclamación, que, tras analizar los hechos y realizar las oportunas consideraciones médicas, finaliza con las siguientes

conclusiones:

"1. El paciente fue intervenido de manera correcta de una colecistitis aguda gangrenosa en el HURS (Hospital Universitario Reina Sofía) de Murcia.

2. En el postoperatorio desarrolla una sepsis de herida, que tiene una incidencia de más del 15% en cirugía contaminada de urgencia.

3. La anatomía patológica confirma el diagnóstico y la necesidad de cirugía.

4. El tratamiento postoperatorio es correcto.

5. Tras el alta, a las 48 horas, el paciente es atendido en el CDS (Centro de Salud) y en el Hospital de urgencias, sin que en ningún momento presentara ni signos ni síntomas de abdomen agudo de origen hemorrágico.

6. Contrariamente a lo que se expone en la reclamación, los análisis realizados son absolutamente correctos, por lo que no estaba indicada ninguna prueba de imagen.

7. Posteriormente, a las 24 horas, reingresa por un cuadro de shock hipovolémico, de origen hemorrágico, que es tratado de manera correcta.

8. En la intervención se aprecia la existencia de un hemoperitoneo masivo secundario a una hemorragia activa a través de la arteria cística.

9. El hemoperitoneo masivo de sangre roja indica que la hemorragia era reciente, y no se había producido en el postoperatorio inmediato (se refiere al de la colecistectomía).

10. El hemoperitoneo es una de las causas más frecuentes de abdomen agudo. El paciente hasta el día 29 no presentó ni signos ni síntomas de abdomen agudo.

11. *La hemorragia de la arteria cística a los 14 días de una colecistectomía es un hecho imprevisible y por lo tanto difícilmente evitable.*

12. *De acuerdo con la documentación examinada se puede concluir que todos los profesionales que trataron al paciente en el CDS y en el HURS lo hicieron de manera correcta y de acuerdo con la «lex artis»".*

SÉPTIMO.- Otorgado trámite de audiencia y vista del expediente a los interesados, el representante de la reclamante compareció para tomar vista del mismo, pero no consta la formulación de alegaciones.

OCTAVO.- El 19 de julio de 2010 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, por considerar, en síntesis, que, a la vista de los informes emitidos, no se ha acreditado la adecuada relación de causalidad, entre el funcionamiento de los servicios sanitarios regionales y los daños por los que se reclama, que es jurídicamente necesaria para declarar la responsabilidad patrimonial pretendida.

NOVENO.- En la fecha y por el órgano indicado en el encabezamiento del presente, se solicitó el preceptivo Dictamen de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente y su extracto e índice reglamentarios

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 12 RRP.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Por lo que se refiere a la legitimación activa, corresponde a la reclamante, por ser quien sufre los daños por los que reclama indemnización, derivados del fallecimiento de su marido. La Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la pretensión indemnizatoria e imputarse el daño a uno de los servicios públicos de su competencia.

II. En cuanto a la temporaneidad de la acción, a ejercer en el plazo de un año previsto en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), no puede oponerse objeción al respecto, vistas las fechas de los hechos y de la presentación de la reclamación.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos. Constando la interposición de recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación, no procederá dictar resolución si constara haber recaído sentencia sobre el fondo del asunto.

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

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.

- Ausencia de fuerza mayor.

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

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 (SAN, Sección 4ª, de 18 de septiembre de 2002, y STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002). La "*lex artis*", así, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa cuando del ámbito sanitario se trata, como tiene declarado el Tribunal Supremo en numerosas resoluciones. Por todas, 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".

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, sólo en el caso de que se produzca una infracción de la *"lex artis"* responde la Administración de los daños causados, 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, que podría declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que no pudieran evitar la muerte de un paciente, o las lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica realizada conforme a la *"lex artis"*, entre otros supuestos posibles.

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). En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervinientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la sanidad pública, lo que le otorga un

singular valor a efectos de prueba.

CUARTA.- Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios sanitarios regionales y los daños por los que se reclama indemnización. Inexistencia.

Como fundamento de su pretensión, la reclamante alega que el fallecimiento de su marido podía haberse evitado si se hubiese detectado a tiempo la hemorragia existente en la arteria cística, producida tras la intervención quirúrgica de colecistectomía a que fue sometido el día 15 de septiembre de 2006. Señala que el hecho de que tal arteria no quedase bien taponada tras dicha operación es algo que puede ocurrir, pero el continuo sangrado que alega que padeció el paciente durante los 12 días siguientes de hospitalización se hubiese revelado si en ese periodo se hubiera realizado alguna analítica, lo que hubiera dado resultados anómalos, resultando que no se realizó ninguna durante ese período. No obstante lo anterior, en la analítica realizada en la primera asistencia a urgencias el día 28 de dicho mes sí se revelaban anomalías como para haber practicado desde ese momento pruebas complementarias como una ecografía abdominal, que hubiese revelado la hemorragia, prueba que no se realizó entonces, sino sólo en la asistencia a urgencias del siguiente día 29, cuando dicha patología ya fue imposible de resolver.

Ahora bien, la reclamante no aporta ninguna prueba que acredite que la hemorragia existiera desde el momento en que el paciente fue intervenido de colecistectomía el 15 de septiembre de 2006, ni que durante los 12 días de postoperatorio (debidos a la infección de la herida quirúrgica, hecho común en estos casos, según indican los informes emitidos) existiera indicio clínico alguno de la existencia de tal hemorragia; ni que el estado del paciente cuando acudió a urgencias el siguiente día 28 fuese indicativo de otra patología que no fuera la recurrencia de dicha infección, ni que los resultados de la analítica entonces realizada fueran anormales para practicar prueba complementaria alguna, como la ecografía abdominal, que sí estaba indicada ante la situación clínica del paciente el día 29, en que dicha prueba se realizó. Al contrario, las consideraciones realizadas en los informes médicos reseñados en los Antecedentes ponen de manifiesto que las actuaciones médicas adoptadas en cada momento fueron las acordes con la *"lex artis ad hoc"*, es decir, con la situación clínica del paciente en cada uno de los momentos en que fue atendido, aun lamentando el desgraciado desenlace producido.

Así, por lo que se refiere a la colecistectomía y el postoperatorio, el informe de la Inspección Médica expresa que *"la indicación quirúrgica y la intervención realizada son correctas"* y que *"en el postoperatorio apareció fiebre intermitente de hasta 38°, objetivándose un absceso de pared que fue drenado y tratado con antibioticoterapia"*, pero que *"no había ningún otro indicio (constantes, tolerancia digestiva y exploración abdominal normales) de que existiera otra complicación potencialmente peligrosa para el paciente"*, afirmando que *"no existió durante su ingreso ningún signo o síntoma que hiciera sospechar complicación grave"*.

En el mismo sentido se pronuncia el informe médico aportado por la compañía aseguradora, que recoge entre sus conclusiones la corrección de la intervención y del tratamiento postoperatorio.

En cuanto a la atención sanitaria que recibió el paciente cuando el 28 de septiembre de 2006, 48 horas después del alta de la operación, acudió al servicio de urgencias del hospital, señala el informe de la Inspección que se consulta por fiebre de 10 horas de evolución y que no existe dolor abdominal salvo molestias en la sutura, concluyendo que *"la valoración realizada en urgencias el día 28 también fue correcta. Se realiza anamnesis, exploración física y analítica, sin que en ninguna se revelara anormalidad que permitiese sospechar o prevenir la complicación finalmente aparecida. En concreto, las cifras de hematocrito y hemoglobina eran rigurosamente normales y de ningún modo indican o alertan de que pudiera estar ocurriendo pérdida sanguínea alguna"*. Señala también que *"de esta forma la sintomatología referida por el paciente de fiebre y molestias en la zona de sutura podría estar completamente explicada por la infección, que sí estaba presente en la herida quirúrgica y, de acuerdo con esta presunción diagnóstica, se le reinició tratamiento con antibióticos. No hay ningún indicio de sangrado ni sospecha que exigiera la realización de otras pruebas diagnósticas, ni existe la seguridad de que la hemorragia se estuviera produciendo ya en este momento"*.

El dictamen médico de la compañía aseguradora informa en el mismo sentido, afirmando que *"tras el alta, a las 48 horas, el paciente es atendido en el CDS y en el Hospital de urgencias, sin que en ningún momento presentara ni signos ni síntomas de abdomen agudo de origen hemorrágico. Contrariamente a lo que se expone en la reclamación, los análisis realizados son absolutamente correctos, por lo que no estaba indicada ninguna prueba de imagen"*.

Finalmente, también considera la Inspección Médica adecuada la actuación de los profesionales que atendieron al paciente el día 29 de septiembre, destacando que entonces *"sí aparecen signos de alarma tanto por la afectación de las constantes como por la exploración abdominal (signos de peritonismo) como por los valores de la analítica realizada, en la que ahora sí se objetiva un descenso de los valores de la hemoglobina (baja 3 puntos, de 15,5 a 12,2) y hematocrito (diez puntos, de 46,5% a 36,6%)", por lo que se solicita la ecografía que revela el hemoperitoneo masivo"*, por el que finalmente fallece.

El informe médico de la compañía aseguradora añade, en fin, que *"el hemoperitoneo es una de las causas más frecuentes de abdomen agudo. El paciente hasta el día 29 no presentó ni signos, ni síntomas de abdomen agudo. El hemoperitoneo masivo de sangre roja indica que la hemorragia era reciente, y no se había producido en el postoperatorio inmediato. La hemorragia de la arteria cística a los 14 días de una colecistectomía es un hecho imprevisible y*

por lo tanto difícilmente evitable".

Conforme con lo expuesto, al no acreditarse la existencia de una infracción a la "*lex artis ad hoc*" sanitaria en el tratamiento dispensado al paciente, no puede aceptarse que exista la relación de causalidad, entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios regionales y los daños por los que se reclama indemnización, que es jurídicamente adecuada y necesaria para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración regional, por lo que procede desestimar la reclamación de referencia.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- No se ha acreditado que exista la relación de causalidad, entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios regionales y los daños por los que se reclama indemnización, que es jurídicamente adecuada y necesaria para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración regional, por las razones expresadas en las Consideraciones Tercera y Cuarta del presente Dictamen.

SEGUNDA.- En consecuencia, la propuesta de resolución objeto de Dictamen, en cuanto es desestimatoria de la reclamación de referencia, se informa favorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.