



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº 250/2011

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 29 de noviembre 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 Excm. Sra. Consejera), mediante oficio registrado el día 5 de abril de 2011, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otra, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **72/11**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Mediante escrito presentado el 11 de junio de 2007, dirigido a la Consejería de Sanidad de esta Administración regional, x, y formularon reclamación de responsabilidad patrimonial por la muerte de su hijo x el 25 de septiembre de 2003 en el hospital psiquiátrico regional "*Román Alberca*", hecho por el que se siguieron las Diligencias Previas nº 3299/2003 en el Juzgado de Instrucción nº 3 de Murcia, que terminaron con Auto de sobreseimiento de 30 de octubre de 2006.

En síntesis, en su escrito expresan que el 10 de septiembre de 2003 tuvieron que ingresar a su hijo en el referido hospital por prescripción de su psiquiatra, en contra de la voluntad de aquél (no estaba declarado incapaz); al día siguiente fueron a entrevistarse en el centro con el psiquiatra Dr. x, al que informaron de los antecedentes de su hijo, especialmente de que era alérgico a los ácaros y que el tratamiento con neurolépticos le daba asma y le sentaba mal; el 13 de septiembre lo visitaron y comprobaron que no tenía fuerza, tenía los pies hinchados y les dijo que lo ataban por la noche a la cama; el día 15 siguiente hablaron con el citado facultativo y les dijo que por la noche lo ataban cuando a la mañana siguiente tenían que realizarle una TEC (terapia electro convulsiva), porque esa noche el paciente no podía beber agua, debido a la anestesia que el día de la TEC era necesario administrarle. Alegan que lo lógico hubiera sido informar al paciente de que le iban a realizar una TEC, y que el médico les dijo que ya le habían realizado tres, sin que éste tuviera ninguna autorización para ello. Añaden que el 22 de septiembre de 2003 por la tarde fueron a ver a su hijo y enseguida comenzó a tener náuseas y se quedaba sin fuerza en los pies, de forma que una enfermera trajo una silla de ruedas para llevarlo a su habitación y acostarlo. El siguiente 23 llamaron al centro, donde les dijeron que era un síncope vasovagal sin importancia, visitándolo nuevamente por la tarde, en que se vuelve a quejar de náuseas y dolor en el pecho, sentándolo en una sala de control; posteriormente les llaman del centro para informarles de que su hijo había tenido un episodio

de desconexión con el medio con caída al suelo y relajación de esfínteres, por lo que había sido trasladado al Servicio de Urgencias del hospital "*Virgen de la Arrixaca*". El día 24 siguiente se le dio el alta en dicho hospital, con diagnóstico de síncope vasovagal y, ya en el centro psiquiátrico, ellos le dijeron al médico que dejara de darle TEC y tantos medicamentos a su hijo, pues continuaba con náuseas, indicándole aquél que no fueran a verlo en unos días, pues le provocaban estrés, expresando los reclamantes que ello no es cierto, pues se alegraba de verles. No obstante, al siguiente día 25, fueron a visitarlo y en el patio empezó a toser y a ponerse amarillo, y a la hora aproximadamente murió.

En síntesis, imputan a los servicios sanitarios regionales las siguientes deficiencias: a) falta de autorización judicial para internarlo en el centro psiquiátrico; b) falta de consentimiento informado para aplicarle la TEC, durante las tres primeras sesiones, y deficiencias del documento informado firmado después por el padre; c) inadecuado tratamiento terapéutico en el centro "*Román Alberca*", porque le aplicaron una medicación (neurolépticos) sobre la que la familia comunicó que era alérgico, además de administrársela en inadecuada concomitancia con la realización de las TECS, que no estaban indicadas en el caso, todo lo cual le provocó el fallecimiento por Síndrome Neuroléptico Maligno (SNM); inadecuado tratamiento en el Servicio de Urgencias del hospital "*Virgen de la Arrixaca*", pues no le realizaron todas las pruebas necesarias para advertir la patología de su hijo, no siendo acertado el diagnóstico de síncope vasovagal. A tal fin, los reclamantes realizan una serie de consideraciones médicas. Por todo ello, solicitan una indemnización de 200.000 euros, proponiendo como prueba documental las historias clínicas del paciente en determinados centros sanitarios.

Junto con su escrito de reclamación, aportan diversa documentación, de la que se destaca la siguiente, cuyo contenido se expresa ahora en síntesis, sin perjuicio de posteriores ampliaciones en este Dictamen: a) documento de derivación del paciente a una unidad hospitalaria, de 10 de septiembre de 2003, expedido por el psiquiatra del Servicio Murciano de Salud (SMS) Dr. x, donde se hace constar como motivo del ingreso (involuntario del paciente) su "*esquizofrenia paranoide F-20 (IC 10)*", con "*nula adherencia al tratamiento desde hace meses*"; b) petición de consulta de 23 de septiembre de 2003, de un psiquiatra del centro "*Román Alberca*" al Servicio de Urgencias del hospital "*Virgen de La Arrixaca*", debido a un "*episodio de desconexión con el medio con caída al suelo y relajación del esfínter vesical*"; c) informe de alta en el Servicio de Urgencias del hospital "*Virgen de La Arrixaca*", de 24 de septiembre de 2003, con diagnóstico de "*síncopes vasovagales*"; d) informe de 25 de septiembre de 2003 de la psiquiatra del centro Dra. x, de resumen de la historia clínica y actividades prestadas al paciente; e) informe del Instituto Nacional de Toxicología, de 23 de octubre de 2003, que expresa que la causa del fallecimiento es un "*tromboembolismo pulmonar masivo*"; f) informe de análisis químico-toxicológico de 5 de febrero de 2004 del Instituto Nacional de Toxicología, sobre muestras de diversos órganos del paciente, en el que se indica que "*las cifras de las sustancias detectadas en sangre pueden ser consideradas terapéuticas*"; g) informe de autopsia de 20 de febrero de 2004, del Instituto de Medicina Legal de Murcia, que concluye que el fallecimiento se debió a "*tromboembolismo pulmonar masivo, de instauración súbita*"; h) informe de la Directora Médica del centro "*Román Alberca*", de 17 de marzo de 2005, en contestación a un previo requerimiento judicial en las Diligencias Previas antes citadas, en las que ofrece determinada información sobre el tratamiento, personal facultativo y evolución del paciente en determinados días de su estancia en el centro. Como antecedentes del paciente, los reclamantes adjuntan a su escrito los siguientes: a) hoja de solicitud de interconsulta de un facultativo de la Gerencia de Atención Primaria (GAP) del INSALUD, de 4

de septiembre de 2000, dirigida a la consulta especializada de alergología; en dicha hoja se indica que el paciente presenta alergia a neurolépticos, butirofenonas y otros psicofármacos y está diagnosticado de asma extrínseco, con el ruego de que sea examinado por dicha consulta especializada; b) hoja de solicitud de interconsulta de un facultativo de la GAP del INSALUD, de 23 de octubre de 2001, dirigida a la consulta especializada de alergología; en dicha hoja se indica como motivo de consulta *"rinitis y asma alérgica y refiere intolerancia a Akineton, Tranxilium y Haloperidol"*.

SEGUNDO.- Mediante resolución de 29 de junio de 2007, el Director Gerente del SMS acordó admitir a trámite la reclamación, lo que fue notificado a los interesados. En la misma fecha se requirió a los reclamantes para que aportaran el Libro de Familia, lo que cumplieron posteriormente. Asimismo, se requirió copia de la historia clínica del paciente de la GAP de Yecla, el hospital *"Virgen de La Arrixaca"* y el hospital psiquiátrico *"Román Alberca"*. Asimismo, se solicitó al Juzgado de Instrucción nº 3 de Murcia copia de las referidas Diligencias Previas.

TERCERO.- Mediante oficio de 13 de julio de 2007, la Directora Médica del hospital *"Román Alberca"* remitió la historia clínica del paciente e informe suyo de la misma fecha, en el que expresa lo siguiente:

"Así mismo, me gustaría realizar algunas puntualizaciones a la reclamación mencionada, ya que desde mi punto de vista lo planteado en la misma no se corresponde ni con los hechos, ni con las pruebas, ni con el estado actual de conocimientos sobre el tema.

1. Sobre la falta de legitimación del internamiento: El ingreso se realizó cumpliendo absolutamente la legalidad vigente, por cuanto el paciente fue derivado de su Centro de Salud Mental con un formulario de derivaciones de atención ambulatoria-hospitalización para internamiento involuntario (aporte documento). Una vez valorado por el psiquiatra de guardia del hospital, se realizó comunicación al juzgado correspondiente en fecha y forma (aporte documento), que acudió al centro y autorizó el ingreso en fecha y forma (aporte documento).

2. Sobre la falta de consentimiento para la Terapia Electroconvulsiva: La TEC se inicia el día 18 de septiembre tras realizar las pruebas necesarias (exploración física/analítica, EKG y RX de tórax). Previamente, en concreto el día 15 de septiembre, el padre firma la autorización, donde se incluye una descripción del procedimiento, así como de los riesgos, efectos secundarios y complicaciones, resultados y derecho a retirar el consentimiento (ver documento). Por lo tanto, si no leyó el documento o no le pareció bien, tuvo 3 días para hacerlo y retirar dicho consentimiento antes de iniciar la misma o en cualquier momento posterior a su inicio.

3. Sobre el incumplimiento del Protocolo de TEC: El paciente fue valorado por el Anestesista del centro y se cumplimentó el Protocolo de Anestesia vigente en el Hospital en esas fechas, con exploración por órganos y sistemas y pruebas complementarias, incluyendo EKG y RX tórax. Así mismo, cada intervención fue monitorizada según protocolo (ver documentos).

4. Sobre la presunta intolerancia a Neurolépticos: Ni en el formulario de derivación desde su CSM ni en el apartado de Antecedentes Personales y Familiares de la Historia Clínica

realizados al ingreso a los familiares (bastante detallada, por cierto), la familia refiere alergia alguna excepto a ácaros (ver documento). Posteriormente, tampoco a la Dra. x, encargada del paciente a su ingreso, se le indica más que "alérgico al polen, ácaros y aspirina". Así mismo, en el documento de ingreso en la Arrixaca del 23/09, consta "no alergias conocidas". Los documentos a los que hace referencia para justificar esas supuestas alergias no estuvieron en poder del hospital en ningún momento durante el ingreso.

5. Sobre las causas de la muerte: En ningún momento el informe forense hace referencia al Síndrome Neuroléptico Maligno (diagnostica tromboembolismo pulmonar) como causa de la muerte, ni la sintomatología que el paciente presenta durante los días de internamiento son compatibles con dicho diagnóstico. Hay que mencionar que, por definición, un síndrome es un "conjunto de síntomas" y, por lo tanto, todos ellos son necesarios para hacer el diagnóstico. Así mismo, en los datos del análisis químico-toxicológico no se informa de dosis tóxicas de ninguno de los fármacos encontrados.

6. Sobre las contraindicaciones de la TEC: "actualmente se considera que no existen contraindicaciones absolutas para la TEC, sino situaciones de riesgo relativo... El riesgo de la TEC es, en sí mismo, el anestésico y está determinado por el ASA, como las lesiones cerebrales ocupantes de espacio, hipertensión intracraneal, infarto de miocardio reciente, hemorragia cerebral reciente o malformaciones vasculares y aneurismas inestables". En cuanto a la medicación intercurrente, "aunque sería deseable evitar la asociación de la TEC con psicofármacos, no existe ninguna contraindicación absoluta para el uso de TEC con psicofármacos. El riesgo relativo podría dividirse en tres niveles: A. Riesgo Alto: 1. IMAO (deben evitarse preferiblemente). Litio (debe valorarse la disminución de niveles)". ("Recomendaciones Terapéuticas en los Trastornos Mentales" --, Barcelona, 1999)."

Posteriormente, se remitió informe del Dr. x, de 18 de julio de 2007, que expresa lo siguiente:

"El paciente x, de 36 años de edad, fue ingresado en nuestro hospital con el diagnóstico de esquizofrenia paranoide y tratado por el Dr. x. Como encargado de la TEC, fui requerido por el mismo para tratar al citado paciente. A tal efecto, se procedió a solicitar el consentimiento informado para TEC. Dado el estado del paciente y su nula conciencia de enfermedad, dicho consentimiento fue otorgado por su padre x con fecha 15/9/2003 y firmado por el Dr. x y yo mismo.

El día 17/9/2003 se realizó la preceptiva consulta preanestésica al paciente, una vez hechas las pruebas complementarias del protocolo: ECG, Radiografía de tórax y analítica general (no se solicitaron otras pruebas por no estar justificada su necesidad), que no pusieron de manifiesto ninguna anomalía. El examen físico general, los antecedentes y la anámnesis fueron anodinos, si acaso pusieron de manifiesto la corpulencia del paciente y un cierto grado de obesidad.

No existen contraindicaciones absolutas para la práctica de la TEC, sí algunas relativas que condicionan situaciones de riesgo elevado para la práctica de la misma como son: el infarto de miocardio reciente (< de 3 meses), accidente cerebrovascular reciente (< de 3 meses), las masas intracraneales (con aumento de la presión intracraneal), la angina de pecho inestable, la insuficiencia cardíaca congestiva, el feocromocitoma y las malformaciones vasculares y/o

aneurismas inestables.

A la vista de las pruebas (Rx, ECG, Analíticas), de la anámnesis y la entrevista preanestésica y dado que no tenía ninguna patología ni antecedentes que desaconsejaran o contraindicaran la práctica de la TEC, se dio el visto bueno para la misma, clasificándose el paciente como ASA I (la clasificación ASA es de la Asociación Americana de Anestesia, que, dependiendo del estado físico o patologías del paciente, predice el riesgo anestésico y que va del I al V, siendo I el de menor riesgo).

Las sesiones de TEC se realizaron los días 18/9/2003, 19/9/2003, 22/9/2003 y 25/9/2003, según protocolo y con monitorización de EEG (electroencefalografía), ECG (electrocardiografía), pulsioximetría y PA (presión arterial) no invasiva. Las sesiones fueron bien toleradas y sin incidencias, con una buena y rápida recuperación del paciente, que después de un periodo de aproximadamente 1 hora de reposo, desayunó y se incorporó a la actividad normal dentro de la vida hospitalaria, después de cada una de las sesiones.

Como anestésico se utilizó Tiopental a dosis de 250 mg. o 275 mg., más 0,5 mg. de atropina, y como relajante muscular succinilcolina a dosis de 125 mg, dada la corpulencia del paciente.

En el informe de la Directora Médica del Hospital Psiquiátrico "Román Alberca", x, se adjuntaron los informes y pruebas complementarias realizadas al paciente:

Consentimiento informado

Consulta preanestésica

Hoja de control de t.e.c

Electrocardiograma

Radiografía de torax

Analítica (hematología y bioquímica).

Considero que, a la vista de lo expuesto, la Praxis Médica para la realización de la TEC (terapia electroconvulsiva) fue correcta, respetándose los protocolos y procedimiento en todo momento."

CUARTO.- Mediante oficio de 18 de julio de 2007, el Director Médico del hospital "Virgen del Castillo", de Yecla, remitió la historia clínica del paciente.

QUINTO.- Mediante oficio de la misma fecha, el Director Gerente del hospital "Virgen de la Arrixaca" remitió la historia clínica del paciente e informe de 20 de diciembre de 2004 del Jefe de Servicio de Cardiología, emitido en las Diligencias Previas ya citadas, y que expresa lo siguiente:

"1.- Que sólo me han hecho llegar una fotocopia del informe de alta del paciente y la

copia de la analítica practicada.

2.- *Que aunque pone en la hoja del informe de alta de urgencias que fue valorado por el cardiólogo de guardia, yo no tengo informe de dicha consulta.*

3.- *Que a la vista de ello me es imposible valorar el caso, ya que me tengo que valer exclusivamente de lo que en dicho informe se dice, es decir un paciente que acude por 3 episodios de pérdida de conocimiento precedidos de sudoración, náuseas y mareo con relajación de esfínter vesical en una de las ocasiones. Llega con TA algo baja 96/45 y a una frecuencia cardiaca de 117 latidos por minuto, siendo el resto de la exploración física normal. La analítica presenta elevación de la CK, pero con MB de 2,2, por lo tanto, normal cardíaca, reafirmada con unas cifras de troponina normales, muy ligera anemia y ligero aumento de los neutrófilos. El ECG en ritmo sinusal y bloqueo incompleto de rama derecha, un TAC craneal normal. Ningún dato, por lo tanto, que sugiera una situación cardíaca aguda que requiriera ingreso. El paciente es diagnosticado de síncope vasovagal. Con respecto a la actitud terapéutica se pone algo de medicación, sin especificar y un TE, que me imagino podría ser un ecocardiograma transesofágico, pero también podría tratarse de un TILT o test de basculación.*

En síntesis, la valoración diagnóstica parece adecuada para este tipo de enfermo por lo que consta en el informe de alta, siéndome imposible valorar la actitud terapéutica, aunque en el síncope vasovagal la actitud es totalmente conservadora y benigna."

SEXTO.- *Obra en el expediente copia de las Diligencias Previas nº 3299/2003, incoadas el 25 de septiembre de 2003 por el Juzgado de Instrucción nº 3 de Murcia por el fallecimiento del hijo de los reclamantes (folios 221 a 736 exp.). De ellas se destaca ahora, además de los documentos de las mismas aportados con la reclamación (informes analíticos y autopsia), los siguientes:*

- Auto de 5 de marzo de 2004, de sobreseimiento provisional y archivo de las actuaciones, pues "no resulta debidamente practicada (sic) la perpetración de infracción penal alguna".

- Interpuesto contra dicho Auto recurso de reforma y subsidiario de apelación, por Auto de 2 de septiembre se acordó la reapertura de las actuaciones, practicándose diversas actuaciones instructoras adicionales, entre las que destaca finalmente el informe médico forense de 19 de septiembre de 2006, del que se extrae lo siguiente:

"I). Síntesis de la documentación médica obrante en autos.

Según consta en informe médico suscrito por la Dra. x, Médico Psiquiatra, en fecha 25/09/03, el paciente ingresó el día 10/09/03 en el hospital psiquiátrico remitido por su psiquiatra (Dr. x) y la familia, por una descompensación psicopatológica, diagnosticado de Esquizofrenia paranoide de 16 años de evolución, con otros antecedentes patológicos como el haber sufrido hepatitis en la infancia y padecer glaucoma en tratamiento farmacológico. Durante su ingreso, se instauró tratamiento neuroléptico a dosis recomendadas y TEC (Terapia Electroconvulsiva). Así mismo, consta en el referido informe que el 22/09/03 sufrió un síncope vasovagal del que se recuperó. Al día siguiente, presentó episodio de desconexión del medio con caída al suelo y relajación de esfínteres, trasladándolo al Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA), donde se le realizó exploración y valoración por el cardiólogo, siendo dado de

alta el 24/09/03 con el diagnóstico de síncope vasovagal. El día 25/09/03 a las 18,15 horas, sufre cuadro de mareos y dificultad respiratoria y, tras la realización del control de las constantes vitales y administración de oxígeno, presentó súbitamente una parada cardiorrespiratoria, iniciando maniobras de reanimación y avisando al 061, falleciendo a las 19,15 horas del 25/09/03.

En informe del Servicio de Urgencias del HUVA de fecha 24/09/03, consta que el paciente ingresó en el referido servicio a las 22,33 horas del día 23/09/03 procedente del Hospital Psiquiátrico Román Alberca por presentar en los últimos 3 días 3 episodios de pérdida de conocimiento precedidas de sudoración, náuseas y mareos, con relajación de esfínter vesical en una ocasión. No movimientos Tónico clónicos. No dolor torácico. Se le realizó una exploración física (Tensión arterial, auscultación cardíaca, temperatura, abdominal, miembros inferiores y neurológica) que fue normal, y exámenes complementarios (analítica, TAC craneal, Electrocardiograma). En el ECG se evidenció un bloqueo incompleto de la rama derecha del haz de Hiss (BIRDHH) y T negativa en V1-V4, siendo dado de alta hospitalaria con el diagnóstico de Síncopes Vasovagales.

En la historia clínica referente al fallecido remitida por el Dr. x, Coordinador del Centro de Salud Mental de Yecla-Jumilla en fecha 12 de febrero de 2004 constan, entre otros extremos, que el paciente inició tratamiento en el citado centro en abril de 1997 por un cuadro de ansiedad y cuadro psicótico de inicio. La evolución de la enfermedad no fue buena, dada la nula conciencia de enfermedad y la mala adherencia al tratamiento, abandonando éste en varias ocasiones, siendo diagnosticado de Esquizofrenia paranoide y trastorno por crisis de ansiedad.

En la Historia Clínica procedente del Hospital Psiquiátrico Román Alberca consta que el paciente ingresó el 10/09/03 por un cuadro de descompensación psicótica con abundantes ideas delirantes y agitación, aplicándole tratamiento farmacológico y medios de contención mecánica, constando así mismo en las anotaciones del día 12 de septiembre que "está en cama sin sujeción y no se quiere levantar", constando igualmente una evolución hacia la mejoría de su sintomatología delirante sin llegar a desaparecer por completo, aplicándole TEC los días 18, 19 y 22 de septiembre, hasta que el 23 sufre un episodio de desconexión del medio con caída al suelo y relajación de esfínter vesical, motivo éste por el que es trasladado al HUVA para su valoración, apareciendo así mismo en la historia clínica el resultado de dicha exploración, hasta las anotaciones del día 25, donde se describe que, sobre las 18,15 horas, el paciente sube mareado del patio, sufriendo poco después una parada cardiorrespiratoria que no se pudo revertir a pesar de los medios empleados.

En informe de autopsia de fecha 20/02/04 suscrito por la abajo firmante, se constata que la muerte del x se produjo por un Tromboembolismo Pulmonar, extremo éste que se confirmó tras la realización de los estudios histológicos pertinentes, determinando los análisis toxicológicos realizados la existencia de fármacos neurolépticos, anestésicos y ansiolíticos en rango terapéutico.

II). Consideraciones médico forenses.

La finalidad de la presente prueba pericial es la de valorar, dando cumplimiento a lo solicitado por SS^a, la causa del tromboembolismo Pulmonar masivo que desencadenó el

fallecimiento de x, así como si dicho tromboembolismo pudiese ser un efecto secundario de la medicación administrada para tratar su esquizofrenia."

Seguidamente, el informe del Forense realiza unas consideraciones generales sobre la esquizofrenia y su tratamiento, así como sobre el tromboembolismo pulmonar agudo (TEP), destacándose que *"el impacto real de cada factor de riesgo es variable, comprobándose que cerca del 40% de los TEP son de causa primaria, es decir, sin factor de riesgo conocido. La causa de la embolia pulmonar es, en el 95% de los casos, una trombosis venosa profunda (TVP), principalmente localizada en los miembros inferiores", pero "en diversos estudios, en concreto en una lista de 583 autopsias con TEPA, no se pudo encontrar el foco embolígeno en el 53% de ellas". (...)*

Asimismo, se han venido realizando diversos estudios acerca de la relación entre TEP y administración de sustancias antipsicóticas o neurolépticos tanto típicos como atípicos. Si bien es cierto que en este tipo de pacientes se ha comprobado una mayor incidencia de TEP, no es posible la atribución exclusiva del incremento de TEP en relación directa a los fármacos neurolépticos, ya que los pacientes afectados de las diversas patologías psiquiátricas susceptibles de la administración de este tipo de sustancias, padecen otros tipos de desórdenes internos y/o factores de riesgo añadidos, lo que dificulta notablemente, en el momento actual de la investigación médica, el poder establecer sin lugar a dudas dicha relación. (...)

La sintomatología que presentó el paciente los 3 días previos a su fallecimiento, en concreto los cuadros sincopales, era totalmente inespecífica, resolviéndose los mismos sin aparentes complicaciones. Cuando fue trasladado a la Arrixaca el día 23 de septiembre para su valoración tras presentar un nuevo cuadro sincopal con relajación de esfínter vesical, se le realizó la recogida de antecedentes, descripción del estado actual (presencia en los 3 últimos días de 3 episodios de pérdida de conciencia precedidos de sudoración, náuseas y mareo, con relajación de esfínter vesical en una ocasión, no movimientos tónico clónicos, no dolor torácico), realización de una exploración física (tensión arterial, no fiebre, auscultación cardíaca normal, abdomen normal, miembros inferiores normales y neurológico normal) y exámenes complementarios (analítica de sangre, TAC craneal y ECG). En el ECG se detectó un bloqueo incompleto de rama derecha del haz de Hiss y T negativa en V1 a V4.

Estos hallazgos electrocardiográficos, aisladamente y en ausencia de otros síntomas y signos de sospecha, como serían el dolor torácico, la presencia de síntomas de trombosis en miembros inferiores, taquipnea, taquicardia, presencia de 2º tono pulmonar, fiebre, etc., difícilmente harían pensar en un cuadro de las características y la gravedad de un TEP, aun a sabiendas de que el paciente estaba siendo tratado con fármacos neurolépticos, ya que, entre los efectos secundarios de éstos, no consta en la literatura médica habitual el de TEP, siendo este cuadro descrito en supuesta relación con los fármacos neurolépticos en diversos trabajos de investigación, relacionando esta patología con factores de riesgo tales como un mayor reposo secundario al tratamiento propio de los pacientes con enfermedades psiquiátricas como la sufrida por el x, cuadros de obesidad, edad avanzada, ciertos tumores, presencia de trombosis venosa, cuadros de deshidratación, etc..

En relación a la administración conjunta de varios fármacos, a lo que se hace referencia en autos como "Polifarmacia", las fenotiacinas son neurolépticos típicos que pueden ser

responsables de la aparición de alteraciones cardíacas detectables en el ECG y responsables de algunas muertes súbitas. En el caso que nos ocupa, el x no estaba tomando este medicamento, tal y como se pone de manifiesto en los análisis toxicológicos efectuados. En éstos, los fármacos detectados son los habituales en el tratamiento de su enfermedad y los derivados de la administración previa a la realización de la terapia electroconvulsiva (TEC) a dosis terapéuticas, y sin que se pueda justificar la presencia del TEP.

Por otra parte, tanto la causa como el origen del TEP no pueden establecerse con los datos de que se dispone, no pudiendo tampoco atribuir su aparición a causas médicas derivadas del tratamiento aplicado, según se desprende de los datos que constan en autos.

III. Conclusión.

De lo anteriormente expuesto puede concluirse que no se observan signos de inadecuación en la medicación aplicada ni de inatención a la sintomatología que presentó el x a los que pueda atribuirse la presencia de un Tromboembolismo Pulmonar Masivo como el causante del fallecimiento sufrido por x."

- Auto de 30 de octubre de 2006, por el que se decreta el sobreseimiento y archivo del procedimiento, fundado en las siguientes consideraciones:

"Tras el fallecimiento de x, el informe de autopsia de 20 de febrero de 2004 determinó que la causa de la muerte podía calificarse como natural debida a un tromboembolismo pulmonar masivo. La representación procesal de sus padres expuso su convencimiento de que el tratamiento que tuvo x desde su ingreso en el Centro Psiquiátrico Román Alberca, así como el suministrado en el Hospital Virgen de la Arrixaca, no había sido correcto y había sido determinante del cuadro de tromboembolismo, causa de su muerte. Sin embargo, tras la práctica de diligencias de investigación, de acuerdo con el contenido del informe médico forense de 19 de septiembre de 2006, elaborado a la vista de toda la documentación médica recopilada, no puede sustentarse la misma conclusión que la formulada por la Acusación Particular. Ha de anticiparse que algunas de las circunstancias expuestas en su día por dicha Acusación, tales como los pormenores de la firma del consentimiento informando para la terapia electroconvulsiva, o el supuesto trato deshumanizado y desproporcionado, no supondrían, aún en el caso de que hubieran sido acreditados, imprudencias de negligencia profesional penalmente relevante en cuanto al fatal resultado producido. Según el informe forense, el tratamiento mediante neurolépticos es el indicado para enfermos de esquizofrenia, como ocurría con x, que había ingresado el 10/9/2003 en el Centro Psiquiátrico Román Alberca remitido por su psiquiatra por una descompensación de su cuadro esquizofrénico. Continúa el informe afirmando que la sintomatología que presentó los tres días anteriores al fallecimiento, en concreto los cuadros sincópal, era totalmente inespecífica, resolviéndose los mismos sin aparentes complicaciones. En el último ingreso efectuado el 23 de septiembre en el Hospital Virgen de la Arrixaca se le realizaron diversas pruebas, detectándose ciertos problemas electrocardiográficos que, aisladamente y en ausencia de otros síntomas y signos de sospecha, difícilmente harían pensar en un cuadro de las características y gravedad de un tromboembolismo pulmonar agudo (TEP), aun a sabiendas de que el paciente estaba siendo tratado con fármacos neurolépticos, por las razones que la forense expresa detalladamente en su informe. También excluye que el TEP haya sido provocado por una Polifarmacia, no constando en los análisis toxicológicos que el paciente hubiera tomado fenotiacinas (que

hubieran podido ser responsables de alteraciones cardíacas y muerte súbita), no siendo los fármacos detectados, todos ellos a dosis terapéuticas, responsables del TEP. Por todo ello, no habiendo en esta sede Penal indicios de mala praxis médica determinante del fallecimiento de x, procede el archivo de las actuaciones, a salvo las acciones de otra índole que pudieran ejercitar los perjudicados".

SÉPTIMO.- Consta en el expediente una Providencia de 14 de abril de 2008, de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Murcia, de admisión a trámite del recurso contencioso-administrativo nº 148/2008, en la que se deduce que se impugna la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial de referencia.

OCTAVO.- Mediante escrito presentado el 23 de noviembre de 2008, los reclamantes adjuntan un informe médico legal de 3 de julio de 2008 elaborado por el Dr. x, especialista en Medicina Legal y Forense, en Radiodiagnóstico y en Medicina del Trabajo, Médico Forense en excedencia, en el que analiza el proceso terapéutico seguido con el hijo de los reclamantes, concluyendo lo siguiente:

"1ª.- x, de 36 años en septiembre de 2003, padecía desde 16/18 años antes una Esquizofrenia Paranoide Crónica, que era atendida por el Centro de Salud Mental de Yecla. Tras permanecer un periodo prolongado de tiempo sin medicación de su proceso esquizofrénico, presenta un Brote Psicótico con descompensación psicopatológica, comportamientos extraños e impulsivos con actos de fugas al campo motivadas por ideación delirante de temática persecutoria respecto a los etarras, y sin agresividad aparente, por indicación de su psiquiatra (Dr. x) y anuencia de su familia, por primera vez es ingresado de forma involuntaria en el Hospital Psiquiátrico Román Alberca de El Palmar, el 10 de septiembre de 2003.

2ª.- Por indicación del Médico de Guardia del Hospital Psiquiátrico Dr. x, a su ingreso se le instauro tratamiento Neuroléptico (Haloperidol, Akineton, Sinogan), Contención Mecánica ocasional, y con ligeras variaciones sigue hasta el 17 de septiembre, porque sin agotar el periodo de resistencia (6 a 8 semanas) y previo estudio de las condiciones del enfermo, se le añade de forma concomitante a la farmacológica anterior Terapia Electroconvulsiva (TEC), aunque no estaba indicada como efectiva en la esquizofrenia paranoide.

3ª.- El consentimiento informado para la aplicación de TEC es obligatorio tanto ética como legalmente, pero la historia clínica pone de manifiesto que el enfermo no fue informado de nada, ni de su enfermedad, ni de los tratamientos posibles, ni de la TEC, ni da consentimiento, su padre tras diez minutos de charla firma un Consentimiento informado no acorde a las disposiciones legales ni a las normas del consenso español sobre la T.E.C, ni tratándose de un ingreso involuntario se solicitó autorización judicial para implantar ese tipo de tratamiento.

4ª.- En el tratamiento aplicado a la esquizofrenia de x ha existido una inadecuación en la medicación aplicada, al no completarse el periodo de resistencia al tratamiento farmacológico antipsicótico en los primeros días, e instaurarle un tratamiento con TEC que no tenía indicación, y además se le administra de forma concomitante. Como consecuencia le aparece una sintomatología anormal (episodio de pérdida de conocimiento, precedidos de sudoración,

náuseas y mareo, con relajación de esfínter vesical en una ocasión) y no acorde con los que aparecen como efectos secundarios en las terapias farmacológicas únicas.

5ª.- La esquizofrenia, en su evolución habitual, por sí misma no puede ser motivo o causa del fallecimiento de quien la padece, excepto de una muerte violenta accidental ocasionable por complicaciones externas originadas en el transcurso de alguna de sus ideas delirantes de persecución. Por medio del tratamiento conjunto y paradójico recibido, e instaurado contra su voluntad y teóricamente para mantener su salud, se obtiene un resultado desproporcionado, ya que en 15 días pasa el enfermo de una vida con todas sus ideas delirantes, a su fallecimiento.

6ª.- En la relación del médico con el enfermo no se puede pactar la salud, pero el facultativo sí tiene obligación de realizar actuaciones que procuren mantener, recuperar o proporcionar salud del enfermo. A tenor de los datos de la Historia clínica, en la "procura de salud" de este enfermo se realizaron acciones que se encaminaban a que fuera imposible que recuperara la salud, al no utilizar para ello las habilidades, las técnicas y los medios idóneos en el tiempo oportuno, existiendo un incumplimiento de la Lex Artis que, junto a la falta de información y consentimiento, determinan una Praxis Médica no acorde con los conocimientos científico-médicos del momento.

7ª.- Existe una clara relación de causalidad entre la asistencia sanitaria recibida en el Hospital Psiquiátrico Román Alberca desde el ingreso involuntario del enfermo, el 10 de septiembre de 2003, hasta el fallecimiento del enfermo el día 25 del mismo mes y año, y la muerte por Tromboembolismo pulmonar masivo de instauración súbita. La sintomatología anormal (episodios de pérdida de conocimiento, precedidos de sudoración, náuseas y mareo, con relajación de esfínter vesical en una ocasión) que presentaba, no acorde con la que aparecen como efectos secundarios en las terapias farmacológicas únicas, junto a la depresión respiratoria, son efecto indeseable de la TEC (según el CONSENSO ESPAÑOL SOBRE LA T.E.C), y única causante posible de la muerte súbita del enfermo."

NOVENO.- Remitido el expediente a la Inspección Médica del SMS en solicitud de informe, fue emitido el 17 de mayo de 2010, estimando que la actuación de los profesionales sanitarios en el caso fue correcta, realizando las siguientes conclusiones:

"- El paciente x estaba diagnosticado desde hacía años de Esquizofrenia Paranoide. Su evolución había sido irregular, sobre todo por la falta de adherencia al tratamiento. El psiquiatra de zona de su Centro de Salud mental le llevaba desde hacía años, por lo que conocía bien su situación clínica y social.

- x le diagnostica el 10 de Septiembre de 2003 un trastorno de conducta grave con sintomatología psicótica aguda dentro del contexto de esquizofrenia paranoide que padecía.

- El psiquiatra acuerda con los padres ordenar el ingreso involuntario en el Hospital Román Alberca de Murcia. Se realiza el protocolo de ingreso involuntario y se deriva en ambulancia a dicho centro seguido de los padres. En dicho ingreso se cumple escrupulosamente con la normativa que exige el Código Civil para dicha situación.

- El tratamiento pautado a x es el recomendado a esta situación clínica y a las

características individuales que presentaba el paciente, de acuerdo a las recomendaciones de decenas de psiquiatras en las Guías Terapéuticas para la Esquizofrenia utilizadas y recomendado por la bibliografía especializada. Incluye neurolépticos, antipsicóticos y Terapia Electro Convulsivante. Está demostrado que la combinación de fármacos y TEC pautada a x fue la correcta, se administró correctamente y se encontraba en su organismo en dosis correcta (así lo atestigua la autopsia).

- Previo a la administración de la terapia farmacológica y a la aplicación del TEC se realizaron todas las pruebas complementarias que aconsejan los protocolos médicos.

- Ha quedado demostrado que x no estaba en condiciones de decidir libremente sobre un aspecto de su personalidad, que puede afectar a algunos de los derechos que le son inherentes. Esta capacidad es una aptitud intelectual y emotiva necesaria para comprender la enfermedad y, en general, hacerse cargo de su situación, y al mismo tiempo para poder valorar las distintas alternativas y optar por la opción que aprecia más conveniente. Cuando un paciente haya sido evaluado como incapaz para tomar sus propias decisiones, se hace necesario transferir dicho poder de tomar decisiones a un tercero, casi siempre un familiar cercano. Esta situación está amparada por la ley 41/2002, artículo 9: Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

- La actuación en urgencias del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca fue absolutamente correcta, realizándole la entrevista médica adecuada, teniendo en cuenta los antecedentes personales, la situación crítica en la que se encontraba, se le realizó la exploración de los principales sistemas que podían estar implicados en el cuadro clínico y se le realizaron las pruebas complementarias pertinentes. Por último, fue valorado por el especialista Cardiólogo, valorando las pruebas cardiológicas y diagnosticando cuadro de síncope vasovagal debido a la medicación o a la Terapia electroconvulsivante.

- El diagnóstico anterior no es motivo (una vez tratado y superado) para interrumpir el tratamiento agudo que estaba llevando. Tampoco fue éste el motivo de la muerte de x.

- En ningún momento el paciente fue diagnosticado, ni antes de llegar al Hospital Román Alberca, ni en dicho hospital, ni posteriormente por el Médico Forense, de haber sufrido un Síndrome Neuroléptico Maligno, sino que es algo que alega la reclamación sin haber constancia de ningún registro en este sentido, ni siquiera en la autopsia.

- No cabe duda que x no murió por Síndrome Neuroléptico, a la vista de la sintomatología que presentaba, pero además la causa de la muerte la determina con absoluta seguridad la autopsia.

- La causa de la muerte, en este caso confirmada por autopsia, fue por un Tromboembolismo Pulmonar. Generalmente el TEP es causado por el sinergismo de varios factores, tanto de riesgo como predisponente, que se pueden dividir en genéticos (trombofilias), adquirido y circunstancial.

- No podemos conocer los factores genéticos que podían haber predispuesto a x a sufrir un Tromboembolismo Pulmonar. Pero entre los factores de riesgo conocido, no se encuentran ninguna de las causas que alega la reclamación. De entre los factores adquiridos, el aumento de peso de forma rápida dando lugar a obesidad pudo contribuir a dicho desenlace".

DÉCIMO.- Obra en el expediente dictamen médico de 24 de julio de 2010, aportado por la compañía aseguradora del SMS, elaborado por especialista en psiquiatría, del que se destaca lo siguiente:

"Dada la incapacidad legal temporal del paciente, se informó a la familia del tratamiento propuesto (la TEC), exponiéndose los beneficios y riesgos del mismo, como se reconoce en el informe médico legal del Dr. x. Fue aceptado y firmado el Consentimiento Informado por los padres del paciente, tutores legales del mismo.

No es preciso obtener autorización judicial para realizar esta práctica terapéutica.

Tras la aceptación y firma del Consentimiento Informado, se procedió a la evaluación del paciente necesaria, seguida por, en general, todos los protocolos que existen sobre la TEC: antecedentes médicos, exploración física y pruebas de laboratorio: ECG, analítica y radiografía de tórax. Fue valorado por anestesista, que dio el visto bueno para la anestesia: la TEC hoy en día requiere anestesia y suele hacerse en el antequirófano como medida de seguridad.

El tratamiento farmacológico pautado al paciente consistió fundamentalmente en el neuroléptico haloperidol, que al inicio fue pautado intramuscularmente y posteriormente se pasó a vía oral. El día que acudió a Urgencias del Hospital Virgen de Arrixaca tomaba 3 mg/día (30 gotas diarias), y el ansiolítico Tranxilium, que se le retiró a petición del paciente. Estos fármacos son muy seguros desde el punto de vista cardiovascular, como se puede encontrar en cualquier libro de psicofarmacología o tratado de psiquiatría (ver Psicofarmacología esencial de Stahl: guía del prescriptor en Editorial Aula Médica, 2010) y nunca se ha señalado en la literatura científica que puedan provocar TEP.

Ambos tratamientos: el farmacológico y la TEC son complementarios y deben de administrarse al mismo tiempo (ver Guía clínica para el tratamiento de la esquizofrenia de la APA).

Por otra parte, el reclamante no puede afirmar que el paciente era alérgico a los neurolépticos, pues no consta en ninguno de los informes médicos e historial del paciente a los que hemos tenido acceso.

Tampoco la TEC tiene contraindicaciones absolutas. Las condiciones médicas asociadas a aumento de riesgo de la técnica son las siguientes: enfermedades cardiovasculares graves o inestables tales como infarto de miocardio reciente, angina inestable, insuficiencia cardíaca congestiva mal compensada, y grave enfermedad vascular. Además, aneurismas, aumento de la presión intracraneal, infarto cerebral reciente, EPOC grave, asma y neumonía (ver el conocido texto: The Practice of Electroconvulsive Therapy. Task Force Report of the American Psychiatric Association. Segunda edición, 2001, del que existe traducción española). En este caso se trataba de un paciente joven y sin enfermedad médica conocida que fue evaluado convenientemente: historia, exploración física, ECG, radiografía de tórax, analítica, no

encontrándose contraindicaciones para su práctica.

Entre los efectos adversos de la TEC no figura el TEP (ver mismo texto). Por lo tanto, el TEP sufrido por el paciente no se puede achacar a esta técnica. Coincidimos, pues, plenamente con el informe del médico forense en el que se indica que "no se observaron signos de inadecuación en la medicación aplicada" que pueda atribuirse a la presencia de un tromboembolismo pulmonar masivo, causa del fallecimiento del paciente.

La evaluación realizada por el Servicio de Urgencias del H. Virgen de Arrixaca incluyó exploración médica, analítica, ECG, TEC cerebral, exploración neurológica y evaluación por el cardiólogo de guardia concluyendo en el diagnóstico de síncope vasovagal. Es decir, no se constató la existencia, en aquel momento, de un tromboembolismo pulmonar (TEP). Por lo tanto, estamos de acuerdo con el informe del médico forense en que "no se observan signos de inatención a la sintomatología a la que pueda atribuirse la presencia de un tromboembolismo pulmonar masivo como causante de su fallecimiento".

Conclusiones.

1. Ni el tratamiento farmacológico ni la terapia electroconvulsivante tuvieron que ver con el TEP que sufrió el paciente.

2. Se actuó dentro de la legalidad y se siguieron los protocolos para estos casos".

DECIMOPRIMERO.- Otorgado trámite de audiencia a las partes, el 28 de febrero de 2011 los reclamantes presentaron escrito de alegaciones en el que, en síntesis, vienen a reiterar las consideraciones y conclusiones expresadas en el informe pericial aportado por ellos en su día.

DECIMOSEGUNDO.- El 28 de marzo de 2007 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, fundada, en síntesis, en que, según los informes emitidos en las diligencias penales ya citadas, los de los profesionales que le atendieron y el informe de la Inspección Médica del SMS, no puede considerarse acreditada la existencia de mala praxis médica generadora de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria regional.

DECIMOTERCERO.- 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 del RD 429/93, de 26

de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Por lo que se refiere a la legitimación activa, los reclamantes están legitimados para solicitar indemnización por el daño moral inherente al fallecimiento de su hijo. La Administración regional está legitimada pasivamente por dirigirse contra ella la pretensión indemnizatoria e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios 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, en especial, la fecha de la finalización de las actuaciones penales seguidas por los mismos, y la fecha de 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 pendencia judicial de la impugnación de la desestimación presunta de la reclamación, no procederá dictar resolución expresa de ésta si constara el dictado de 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.

-Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.

- Ausencia de fuerza mayor.

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

Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación de éste ha de regirse por la denominada "*lex artis ad hoc*", o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03 de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la "*lex artis*" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

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

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

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1ª, de 24 de mayo de 1999, entiende que *"los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) y ello supone*

tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida".

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la "*lex artis*" responde la Administración de los daños causados, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la "*lex artis*"; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso- Administrativo de 1 de marzo de 1999). 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.

Además, en el presente caso, especial valor ha de darse al detallado informe del forense emitido en las actuaciones penales de referencia, dada la singular posición de imparcialidad de dicho profesional, que en el caso, y según se advierte de la profusa documentación médica presentada por los denunciante en dichas actuaciones penales, se pronuncia esencialmente sobre las mismas cuestiones, relativas a la praxis sanitaria "*ad hoc*", que los reclamantes vuelven a plantear en esta sede administrativa, ahora éstos con el apoyo de un informe pericial de parte.

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

En el caso que nos ocupa, los reclamantes imputan el fallecimiento de su hijo al inadecuado tratamiento sanitario prestado al mismo en los hospitales regionales "*Román Alberca*" y "*Virgen de la Arrixaca*", así como a la falta de autorización para su internamiento en el primero de dichos hospitales y a defectos en el consentimiento informado necesario para la realización de la TEC. Sin embargo, como va a verse, sus alegaciones y la consiguiente pretensión indemnizatoria, por el daño moral inherente a dicho fallecimiento, no pueden estimarse, por las razones que siguen.

I. En primer lugar, y en lo referente al internamiento del paciente en el centro psiquiátrico de referencia, junto al informe aportado por su Directora Médica se adjunta la documentación acreditativa del cumplimiento de los requisitos establecidos por el artículo 763.1 de la vigente Ley de Enjuiciamiento Civil para proceder al internamiento forzoso de un enfermo con trastornos psíquicos, como confirma el Auto del Juzgado de Primera Instancia nº 9 de Murcia de fecha 11 de septiembre de 2003, que ratifica el internamiento acordado por razones de urgencia por el psiquiatra, en concreto el doctor Salmerón.

II. En lo atinente a la realización de tres TEC por dicho centro sin existir autorización judicial ni el previo consentimiento informado, y las deficiencias que se imputan al consentimiento posteriormente prestado por el padre del paciente, debe decirse, en primer lugar, que la autorización judicial sólo es precisa para el internamiento, pero no para la realización de uno u otro tratamiento médico, que sólo requiere, y en determinados casos, el consentimiento informado del paciente o de su representante, según se dirá.

Sobre dicho consentimiento, debe recordarse, en primer lugar, que, como tiene reiterado la jurisprudencia, la mera omisión del mismo no genera, "*per se*", derechos indemnizatorios, siendo presupuesto imprescindible, entre otros, que el acto sanitario realizado sin el debido consentimiento sea causa eficiente del daño por el que se reclama (SSTS, Sala 3ª, de 19 y 25 de mayo de 2011, entre otras), resultando que, como se razonará posteriormente y expresan todos los informes emitidos (menos el del perito de los interesados), en el caso no se puede considerar acreditado que la realización de las TECS influyera en el fallecimiento del paciente. Pero es que, a los efectos ahora analizados, no resulta necesario ahondar en la anterior circunstancia, pues no es cierto que al paciente se le realizara TEC alguna sin el debido previo consentimiento, ya que en la historia clínica remitida obra la hoja de control de las TECS realizadas, advirtiéndose que la primera de las cuatro sesiones practicadas se realizó el 18 de septiembre de 2003, y el documento de consentimiento informado para el tratamiento con TEC fue suscrito por su padre el 15 de ese mes, es decir, tres días antes. En cuanto a la deficiencia que se imputa a dicho consentimiento por no ser prestado por el paciente, no puede aceptarse, pues, a la vista de los informes emitidos, éste tenía nula conciencia de su enfermedad y nula adherencia al tratamiento farmacológico seguido hasta entonces, lo que, unido a sus inmediatos antecedentes de comportamiento (con ideaciones delirantes, como reconoce el informe pericial de parte), justifica plenamente la conclusión médica de que no estaba en condiciones de ser informado ni de decidir razonablemente sobre su tratamiento (el informe de preanestesia obrante al folio 60 y 61 exp. señala que "*por indicación del psiquiatra no se informa al paciente de la TEC. El paciente está muy receloso*"). En consecuencia, de acuerdo con el artículo 9.3,a) de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la

autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, procedía recabar el consentimiento por representación, en este caso, de su padre, lo que se hizo.

En cuanto a las alegadas deficiencias en la información suministrada para prestar dicho consentimiento, el informe de la Inspección Médica no opone objeciones al contenido de tal documento, obrante en los folios 72 y 73 del expediente, en el que se hace una detallada exposición de la descripción, riesgos, efectos secundarios, complicaciones y resultados del tratamiento, así como el derecho a retirar o revocar el consentimiento, pudiendo así los interesados recabar mayor información sobre el tratamiento o proceder a su revocación, ya inicialmente (tuvieron tres días al efecto), ya después de alguna de las sesiones realizadas, sin que conste tal revocación, más allá de las meras manifestaciones de los reclamantes de que le dijeron al facultativo del centro que dejara de realizarle TECS a su hijo.

III. Por lo que se refiere a las alegaciones de mala praxis médica en el tratamiento sanitario dispensado en los hospitales antes citados, lo expresado en el informe pericial de parte, únicas alegaciones a considerar dado el carácter técnico de la cuestión, viene sólo referido al tratamiento realizado en el hospital "*Román Alberca*", y lo allí expresado es contradicho por el resto de informes emitidos, teniendo especial relevancia, en cuanto a los hechos, el informe de la Directora Médica de dicho centro, transcrito en el Antecedente Tercero, singularmente en cuanto a la información dada por la familia sobre los antecedentes del paciente, información que no incluía la alegada alergia a los neurolépticos (por lo demás, no diagnosticada de forma clara por alergólogo alguno, existiendo sólo realmente algunas referencias a cierta intolerancia a determinados medicamentos); asimismo, de la historia clínica del centro se desprende que la contención mecánica aplicada al paciente fue sólo ocasional y no continua (sólo la primera noche y las noches previas a la realización de las cuatro TECS, por las razones que reconocen los reclamantes en su escrito inicial).

Lo anterior, entre otros aspectos, es valorado por los informes del Forense y de la Inspección Médica en su análisis de la praxis médica realizada, informes cuyas conclusiones deben de prevalecer por las razones de objetividad expresadas en la precedente Consideración. En definitiva, de los mismos se desprende que no puede aceptarse lo sostenido por el informe pericial de parte en el sentido de que la administración de neurolépticos en concomitancia con las TECS fueran la causa del fallecimiento del paciente, ni tampoco que tales actuaciones sanitarias simultáneas no estuvieran clínicamente indicadas. Ello, a su vez, implica, por lo que atañe a la invocación de los reclamantes de la producción de un resultado desproporcionado, que no pueda concluirse que en el caso se esté ante un hecho dañoso que normalmente sólo se produce cuando hay una actuación negligente (STS, Sala 1ª, de 30 de enero de 2003, y Dictámenes de este Consejo nº 220/09 y 37/10, entre otros). Antes bien, el informe del Forense ofrece datos estadísticos sobre la dificultad científica actual de encontrar las causas y/o el origen concreto de tromboembolismos pulmonares como el desgraciadamente acaecido, debiendo tenerse en cuenta también las razones apuntadas por el informe de la Inspección Médica que podrían explicar en este caso dicha patología.

IV. Por todo ello, y conforme con lo expresado en la Consideración precedente, no puede considerarse acreditado que, en la actuación sanitaria de que se trata, haya existido una infracción de la "*lex artis ad hoc*" determinante de la adecuada relación de causalidad jurídicamente necesaria para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración

sanitaria 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 puede considerarse acreditada la existencia de una infracción de la "*lex artis ad hoc*" determinante de la adecuada relación de causalidad jurídicamente necesaria para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria regional, por las razones expresadas en las Consideraciones Tercera y Cuarta del presente Dictamen.

SEGUNDA.- En consecuencia, la propuesta de resolución, en cuanto es desestimatoria de la reclamación, se dictamina favorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.

