



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Mediante escrito presentado el 20/12/02, dirigido al Instituto Nacional de la Salud, luego remitido al Servicio Murciano de Salud (SMS), D. F. J. M. solicitó ser indemnizado en la cantidad legalmente establecida por daños que estima que son imputables a la Administración sanitaria. A estos efectos, afirma que el 21 de Diciembre de 2.001 fue ingresado en el Hospital Santa María del Rosell, procedente del Servicio de Neurocirugía del Hospital Virgen de la Arrixaca, en el que había permanecido 18 días tras haber sufrido una hemorragia cerebral, y que el juicio clínico tras la intervención quirúrgica en este último Hospital fue hemorragia cerebral espontánea, hipertensiva, en ganglios basales izquierdos, abierto a sistema ventricular, hidrocefalia aguda postraumática, resuelto con drenajes ventriculares temporales, hipertensión arterial. Señala que pese a haber llevado personalmente un control de su hipertensión, las cifras han sido siempre anómalas, y que tras numerosas visitas al médico de cabecera, conociendo éste su problema y riesgos, no puso remedio efectivo al mismo, pese a su insistencia en ser reconocido por un especialista, y ha tenido que acudir en diversas ocasiones a Urgencias por subidas inesperadas de tensión, por no ser efectivo el tratamiento prescrito por el médico de cabecera. Considera que la grave hemorragia cerebral sufrida y las terribles secuelas que padece han sido provocadas por la ausencia de un control médico efectivo, a pesar de su insistencia, y no haberle sido prescrita la medicación adecuada por parte de la atención primaria y del médico de cabecera. Con su escrito no aporta ninguna documentación.

SEGUNDO.- Mediante Resolución del Director Gerente del SMS de fecha 25/6/03 se admite a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial, notificándose dicha admisión al reclamante en fecha 26/6/03.

TERCERO.- Solicitada la historia clínica del reclamante en el Hospital "*Santa María del Rosell*" de Cartagena, es remitida por su Director Gerente mediante oficio de 7/7/03 (f. 17 a 45 exp.).

CUARTO.- Solicitada la historia clínica del reclamante en la Gerencia de Atención Primaria de Cartagena, es remitida mediante oficio de su Director Gerente de fecha 9/7/03 (f. 46 a 81 exp.).

QUINTO.- Mediante escrito presentado el 16/07/03, el reclamante cumplimenta el requerimiento efectuado en su día por la instrucción y aporta diversos documentos de su historia clínica en su Centro de Atención Primaria (CAP) de Cartagena, informe de alta de su estancia en el Hospital "*Santa María del Rosell*", certificado de rentas 2002, expedido por el Instituto Nacional de la Seguridad Social y propuesta-dictamen sobre petición de reconocimiento de grado de minusvalía, formulada por el Instituto de Servicios Sociales de la Región de Murcia; asimismo, solicita que sea incorporada al expediente su historia clínica en el citado Hospital de Cartagena y en el Hospital "*Los Arcos*" de Santiago de la Ribera, y la práctica de prueba testifical en la persona de su esposa e hijos. Reitera las alegaciones efectuadas en su escrito inicial, y que ha tenido que costearse el tratamiento rehabilitador tras la hemorragia cerebral, necesitando para las tareas cotidianas la ayuda de una tercera persona, habiendo sufrido la unidad familiar una reducción de ingresos.

SEXTO.- Mediante oficio de 5/9/03, el Director Gerente de Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" remite la historia clínica del reclamante allí existente (f. 91 a 107 exp.), y un informe, a la vista de la reclamación, emitido por el Servicio de Neurocirugía en que fue atendido, que expresa lo siguiente:

"Primero, que efectivamente este paciente fue ingresado el 04/12/01 por una hemorragia cerebral e intervenido el mismo día de una hemorragia cerebral. En la historia clínica realizada en la puerta de Urgencias, entre los antecedentes personales se encuentra como antecedente hipertensión arterial, y cuando se le tomó la tensión en urgencias el paciente presentaba una tensión de 19/13. Tras haber sido atendido en nuestro Servicio y no teniendo que realizársele más cuidados neuroquirúrgicos, el paciente es trasladado a un hospital de cuidados medios, el cual se realizó en 21/12/01, siendo ingresado en el Servicio de Neurología del hospital "Sta. M.^a del Rosell".

Con respecto al segundo punto del demandante, (en) el informe realizado en el momento del alta, el juicio clínico fue de accidente vascular cerebral hemorrágico en ganglios basales izquierdos e hidrocefalia posthemorrágica, y en ningún momento nosotros hemos puesto que la hemorragia cerebral fuera de origen hipertensivo, ya que nosotros reseñamos en los antecedentes personales que el paciente era hipertenso.

Con respecto al punto tercero, nosotros desconocemos antes de que ingrese el paciente cuántas veces es visto por su hipertensión y qué tipo de medidas han sido tomadas antes de su ingreso en nuestro hospital.

Con respecto al punto 4º, desconozco las veces que ha sido atendido en urgencias porque en el momento de su ingreso aquí no teníamos ningún informe de haber sido valorado en urgencias.

Respecto al 5º punto, en primer lugar no se puede afirmar de forma categórica que la hemorragia cerebral sufrida por el paciente fuera debida a una subida de tensión arterial. Nosotros como neurocirujanos atendimos al paciente de su hemorragia, controlamos su tensión arterial, que puede estar alta tras haber sufrido una hemorragia cerebral, aunque también hemos atendido y operado hemorragias cerebrales en donde las cifras de tensión arterial están normales y en el informe de traslado a cuidados medios insistimos en que se le vigile su tensión arterial y se le pone tratamiento para la tensión."

SÉPTIMO.- Mediante oficio de 12/11/03, el Jefe de la Unidad Técnica de Admisión y Documentación Sanitaria del Hospital "Los Arcos" remite la historia clínica del reclamante allí existente (f. 118 al 151 exp.), e informes de los facultativos que lo atendieron en el mismo, destacándose los relativos a las asistencias previas a la citada hemorragia cerebral:

- Informe de 3/11/03 del citado Jefe de la Unidad Técnica de Admisión, emitido por éste en ausencia del Dr. A. (que atendió al paciente en el Servicio de Urgencias el 2/08/01), que señala lo siguiente:

"D. F. J. M. fue atendido en urgencias del Hospital Los Arcos el día 2/08/2001. Consultó porque su médico de cabecera lo remitió a este hospital, por una crisis de hipertensión arterial refractaria a tratamiento con dos CAPOTEN sublinguales y una ampolla intramuscular de SEGURIL.

El Dr. A. escribe en los antecedentes personales del paciente, que no tiene alergias medicamentosas conocidas, que es hipertenso y está en tratamiento para ello con KALPRES PLUS (1 comprimido/12 horas). Que tiene psoriasis y sigue para ello un tratamiento con Acitretino desde un mes antes. Este tratamiento para la psoriasis lo había tomado 2 años antes, pero se lo habían suspendido porque le subió la tensión arterial.

El Dr. A. redacta en la enfermedad actual, que el paciente es remitido por hipertensión arterial y que está asintomático. En el diagnóstico figura una tensión arterial de 162/114 y le recomienda

en el tratamiento que se revise la medicación que lleva para la tensión."

- Informe de 3/11/03, de la Médico Adjunta del Servicio de Urgencias, sobre la asistencia prestada el 4/12/01:

"La abajo firmante, como adjunta del Servicio de Urgencias, informo que atendí a Don F. J. M. el día 4 de Diciembre de 2001. Fue traído por un compañero de trabajo por presentar de forma súbita caída al suelo sin pérdida de conciencia ni movimientos tónico-clónicos con afasia y pérdida de fuerza en hemicuerpo derecho.

Como antecedentes personales destacaba: Hipertensión arterial, Psoriasis y ser fumador de 1 paquete/día.

A la exploración física se apreciaban pápulas generalizadas con descamación y sin signos de sobreinfección, en la exploración neurológica se apreciaban pupilas levemente reactivas en posición media, facial derecho y disminución de fuerza en hemicuerpo derecho, en el resto de exploración por aparatos normal. Destaca entre las constantes TA: 200/130.

Se realizó ECG, analítica y Rx de tórax, descartando otras patologías. Ante la sospecha de Accidente Cerebrovascular Agudo, lo remití al Hospital Santa María del Rosell de Cartagena, para realizar TAC craneal, debido a que en ese momento en nuestro hospital carecíamos de dicha técnica diagnóstica."

- Informe de 10/11/03, del Servicio de Dermatología, que expresa lo siguiente:

"Paciente que acudió por primera vez a consulta de dermatología el 13 de septiembre del 2000 por cuadro de psoriasis pustuloso generalizado. Se pensó en instaurar tratamiento sistémico, pero dado el historial del servicio de dermatología del hospital P. E. de B., donde constaba que la Ciclosporina oral se había suspendido por HTA, el Metotrexato le producía intolerancia gástrica y el Acitretino era poco eficaz, se intentó controlar con tratamiento tópico (emolientes, corticoides tópicos y queratolíticos), con el cual mejoró.

En junio del 2001 acude con otro nuevo brote de psoriasis generalizada, casi eritrodérmica, que precisó tratamiento con Neotigason (acitretino) a dosis de 50 mgr/día, presentando una considerable mejoría en el plazo de un mes. Al disminuir la dosis a 35 mgr/día la psoriasis comenzó a extenderse de nuevo, aumentando de nuevo a dosis de 50 mgr/día. La analítica previa al tratamiento y las posteriores de control no presentaron en ningún momento alteraciones; en ningún momento le fue controlada la tensión arterial, dado que, a diferencia de la Ciclosporina, el Acitretino no influye en la misma.

El paciente fue revisado en consulta de Dermatología por última vez el 27 de agosto del 2001. No acudió a las siguientes revisiones."

OCTAVO.- Solicitado informe a la Inspección Médica de la Consejería de Sanidad, fue emitido el 6/2/04, en el que el Inspector Médico, a la vista de los antecedentes, expresa lo siguiente:

"CONSIDERACIONES

- Don F. J. M. es un paciente diagnosticado de hipertensión desde hace más de 10 años.
- Estaba siendo tratado por su psoriasis en el Hospital de B. desde 1990. Según consta en el informe, se tuvo que suspender el tratamiento con ciclosporina A, por hipertensión.
- Desde noviembre de 1998, es controlado periódicamente en el Centro de Salud, al ser incluido en el programa de HTA, constando en su historia clínica los valores de la misma y analíticas realizadas. Estos controles llegan a ser semanales, en etapas de descompensación.
- El control de la tensión arterial es una práctica corriente que se realiza en Atención Primaria. En los casos de pacientes con hipertensión, se les incluye en un programa de control específico, sin que pueda considerarse que es una patología que habitualmente requiera derivación al especialista.
- Cuando es atendido en Urgencias del H. Los Arcos, derivado por su médico de cabecera en el mes de agosto de 2001, por una crisis hipertensiva refractaria al tratamiento, estaba

tomando desde un mes antes medicación para la psoriasis, lo que anteriormente ya le había producido incremento de la tensión arterial.

- El Dr. L. H., neurocirujano de HUVA que atendió al paciente durante su ingreso, manifiesta "...no se puede afirmar de forma categórica que la hemorragia cerebral sufrida por el paciente fuera debida a una subida de tensión arterial...".

CONCLUSIONES

- La hipertensión arterial es una patología que se trata habitualmente en el nivel de Atención Primaria. No existe ninguna responsabilidad de su médico de cabecera por no derivarlo a un "especialista", a petición del paciente. El médico de cabecera especialista en Medicina familiar y Comunitaria, está perfectamente capacitado para su tratamiento.

- El paciente estaba siendo controlado por su problema de hipertensión, estando incluido en un programa específico para ello. En los casos de descompensaciones refractarias al tratamiento, era derivado a Atención Especializada como sucedió en agosto y diciembre de 2001. Existía por tanto un control del paciente.

- No considero responsable a su médico de cabecera de la ineffectividad del tratamiento, ya que tampoco está demostrado el correcto cumplimiento del mismo por parte del paciente.

- No se puede afirmar con total certeza que la hemorragia cerebral que sufrió en diciembre de 2001, fuese debida a una crisis hipertensiva."

NOVENO.- Otorgado el preceptivo trámite de audiencia y vista del expediente al reclamante y a Z. E., S.A., entidad aseguradora del SMS, el primero presentó escritos de fecha 31/3 y 7/7/04 en los que viene a reproducir lo expresado con carácter general en sus escritos anteriores, sin mayor concreción, y aporta Dictamen de fecha 2/6/03 de la Unidad de Valoración del ISSORM en el que se evalúa su minusvalía en un grado de 79 puntos, e informe de 6/4/04 del Servicio de Rehabilitación del Hospital "Los Arcos", sobre las secuelas que padece.

Por su parte, la citada entidad Aseguradora presentó un Dictamen médico, fechado el 16/4/06, en el que, entre otras consideraciones, expresa lo siguiente:

"El caso que nos ocupa es un paciente hipertenso de larga evolución (unos 20 años). De forma correcta se le incluye en el programa del paciente hipertenso en el centro de salud en 1998, imaginamos que porque o no existía dicho programa con anterioridad o el paciente no consultaba en dicho centro. Este programa incluye una serie de actuaciones protocolizadas (folio 48). Durante su seguimiento el paciente recibe diversos fármacos manteniendo siempre (salvo durante un mes en octubre del 1999) terapia de combinación con inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) o antagonistas de los receptores de la angiotensina II, asociados a diuréticos. Este es un tratamiento plenamente aceptado por las recomendaciones de consenso. El seguimiento del paciente en la consulta es irregular, siendo éste un aspecto probablemente achacable al propio paciente. En cuanto al control de las cifras de tensión arterial de las que disponemos no son adecuadas, pero dicha circunstancia no es indicación de una valoración por atención especializada. Debemos recordar que la causa más frecuente de fracaso terapéutico es el incumplimiento del mismo. Esta circunstancia parece confirmarse, pues el paciente presenta adecuado control de cifras de tensión arterial en su valoración por Medicina Interna estando en tratamiento con una combinación de fármacos, consistente en este caso en un IECA y un calcioantagonista.

Respecto a la hemorragia que presenta el paciente, no se puede poner en relación de forma exclusiva y simplista con el supuesto mal control tensional que presenta el paciente durante su seguimiento por atención primaria (desde finales de 1998), pues como ya hemos comentado la lesión vascular que predispone a este tipo de eventos, se establece tras una hipertensión de larga evolución (recordemos que el paciente presentaba HTA de unos 20 años de evolución).

Por otro lado este tipo de hemorragias se suelen producir en el contexto de un ascenso brusco de la tensión arterial secundaria a un estrés, la realización de ejercicio físico o el consumo de determinados fármacos. Por tanto, pese a un control exhaustivo de la tensión arterial en pacientes con presencia de daño vascular cerebral por la misma (como parece el caso), se puede producir este tipo de complicación. En cuanto a las múltiples consultas que el paciente afirma que tuvo que realizar por crisis hipertensivas, solo consta en la documentación aportada una atención en el Servicio de Urgencias por una crisis hipertensiva, siendo ésta una circunstancia habitual en pacientes hipertensos pese a un adecuado control, y que muchas veces se relaciona con transgresiones dietéticas, realización de ejercicio y/o situaciones de estrés.

CONCLUSIONES:

1. D. F. J. M. presentaba HTA de larga evolución siendo ésta una patología que inicialmente se debe controlar desde atención primaria.
2. De forma correcta fue incluido en el programa del paciente hipertenso con un seguimiento irregular, siendo este aspecto probablemente achacable al propio paciente.
3. El control de sus cifras de tensión arterial en la documentación aportada no parece adecuado pese a estar recibiendo un tratamiento correcto, con una combinación de fármacos, siendo este hecho achacable como primera posibilidad a un incumplimiento terapéutico del paciente.
4. No existen criterios para derivar al paciente a atención especializada, como se confirma con posterioridad al ser dado de alta de la consulta de Medicina Interna para ser seguido en atención primaria.
5. La hemorragia cerebral que presentó se relaciona con su HTA, que es de larga evolución y no es achacable de forma exclusiva al supuesto mal control de sus cifras en el periodo en el que fue seguido por atención primaria.
6. Este tipo de hemorragias se presentan por ascensos bruscos de la tensión arterial relacionados con ejercicio físico y/o estrés, por lo que se pueden presentar incluso en pacientes con un control adecuado en sus cifras de tensión arterial."

DÉCIMO.- El 4/10/06 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación; en síntesis, considera que no se ha acreditado ninguna infracción de la "*lex artis ad hoc*" en el tratamiento dispensado al reclamante, conforme con los informes emitidos en el procedimiento, por lo que no concurre la necesaria relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público sanitario regional y los daños por los que se reclama.

UNDÉCIMO.- Mediante oficio registrado de entrada el 13/12/2006, el Secretario General de la Consejería de Sanidad, por delegación de la Consejera, solicita de este Consejo Jurídico la emisión de su preceptivo dictamen, 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, concurriendo con ello el supuesto previsto en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de marzo, reguladora de este Consejo Jurídico.

SEGUNDA.- Procedimiento y plazo.

I. A la vista del expediente remitido, puede concluirse que se ha seguido sustancialmente lo dispuesto en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones

Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC) y su reglamento de desarrollo en la materia que nos ocupa (RD 429/1993, de 26 de marzo).

II. La reclamación se ha interpuesto en el plazo de un año desde la determinación de las secuelas derivadas del hecho que motiva la reclamación, conforme con lo establecido en el artículo 142.5 LPAC.

TERCERA.- Relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos regionales y los daños por los que se reclama.

De los artículos 139.1 y 141.1 LPAC se desprende que, para que exista responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, es necesario acreditar daños que, causados por el funcionamiento de los servicios públicos, el particular no tenga el deber jurídico de soportar, habiendo precisado la jurisprudencia que, en materia sanitaria, la indicada relación de causalidad y antijuridicidad del daño se producen cuando se acredita que la actuación médica pública infringió la "*lex artis ad hoc*", pues lo contrario supondría convertir a la Administración en una aseguradora universal de los riesgos y daños que puedan acontecer, señaladamente los inevitables para la salud, bien por naturaleza, bien por no poder ser remediados en el estado actual de la ciencia y la técnica sanitarias; finalidad ésta de aseguramiento de todo riesgo que no contempla la institución de la responsabilidad patrimonial administrativa tal y como viene configurada por el artículo 106.2 de la Constitución, la LPAC y el resto del ordenamiento jurídico. Y es que, tal como vienen señalando de forma reiterada la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado y de este Consejo Jurídico, la ciencia médica no es exacta, por lo que los facultativos tienen una obligación de medios y no de resultados (por todos, nuestro Dictamen núm. 56/2005).

Aplicadas las anteriores consideraciones al caso que nos ocupa, de los Antecedentes reseñados se desprende con claridad que el reclamante no ha acreditado la existencia de una mala praxis médica en el seguimiento de las patologías por las que acudió a los servicios sanitarios regionales en diferentes fechas, habiéndose limitado, frente a los detallados informes médicos emitidos en el expediente, a invocar de un modo inconcreto y general la existencia de un inadecuado tratamiento de su hipertensión, sin proponer tampoco la práctica de prueba pericial que avalase la mala praxis alegada. Tales circunstancias motivan, al igual que en los casos análogos contemplados en los Dictámenes de este Consejo Jurídico 102 y 109 de 2006, la desestimación de la reclamación, en el mismo sentido que la propuesta de resolución objeto de Dictamen, al no haberse acreditado la necesaria y adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos regionales y los daños por los que se reclama, que el reclamante ni siquiera cuantifica.

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

CONCLUSION

ÚNICA.- Procede desestimar la reclamación objeto de Dictamen, por no haberse acreditado la existencia de la necesaria y adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios regionales y los daños por los que se reclama, por las razones expresadas en la Consideración Tercera del Dictamen. Por ello, la propuesta de resolución objeto de Dictamen se informa favorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.