



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **185/2013**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 3 de julio de 2013, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 3 de octubre de 2012, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **325/12**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Mediante oficio de 23 de noviembre de 2010, el Director Gerente del Área de Salud II remitió al Servicio Jurídico del Servicio Murciano de Salud (SMS) un escrito formulado por x, en representación de x, en el que, en síntesis, expresaba que éste último, su padre, ingresó en el Servicio de Urgencias del hospital "Santa María del Rosell", de Cartagena, el 24 de septiembre de 2010, a causa de un cuadro de vómitos y diarrea, advirtiéndosele una obstrucción del riñón, siendo trasladado a planta para su tratamiento, donde le sometieron a diálisis mediante la colocación de un catéter en la ingle, que se le mantuvo durante tres días por si hubiera que someterlo nuevamente a dicho proceso, y transcurrido dicho periodo se decidió retirarlo, resultando que al hacerlo las enfermeras mediante un movimiento brusco, produjo el sangrado de la pierna. Al día siguiente, 15 de octubre de 2010, la pierna comenzó a empeorar, poniéndose morada. Los facultativos que le asistían indicaron que se le había producido una fístula y que se le debía de intervenir. Se le intervino y al concluir la operación los médicos comentaron que había salido bien, pero que la operación se había dilatado ya que la arteria estaba bastante obstruida. También les informaron de que la causa de dicha obstrucción pudo deberse a la colocación del catéter, aunque la interesada consideraba que fue su retirada lo que causó la fístula, pues si no la pierna hubiera sangrado desde el primer momento. Además le hubieron de dar veintiséis puntos de sutura, de los que dos se le infectaron, permaneciendo la pierna inflamada a la altura de la rodilla, con dolor y fiebre.

Por todo lo expuesto, la compareciente solicita indemnización (que no cuantifica) por los daños causados a su padre, pues si bien a los ocho días del ingreso en el hospital se encontraba restablecido de la dolencia por la que acudió, debió permanecer ingresado hasta el 18 de octubre de 2010, a causa de la negligente actuación de la enfermera al retirar el catéter.

Adjunta a dicho escrito copia de varias fotografías del paciente, de algunos documentos de la historia clínica y de un informe de la Supervisora UE3A del hospital, en el que expresa que *"efectivamente el paciente tuvo un derrame tras la retirada del catéter. Pero en ningún caso esto fue consecuencia de una mala praxis, sino que es una de las posibles complicaciones de la práctica de dicha técnica"*.

SEGUNDO.- El 10 de diciembre de 2010 el Director Gerente del SMS dictó resolución de admisión a trámite de la reclamación de responsabilidad patrimonial, la cual fue notificada a las partes interesadas.

Asimismo, en tal fecha se solicitó al Director Gerente del Área de Salud II, de Cartagena, copia de la historia clínica del paciente e informes de los facultativos que lo atendieron en el citado hospital.

TERCERO.- Mediante oficios de la Gerencia del Área de Salud II de 28 de enero y 11 de febrero de 2011 se remitió copia de la historia clínica del paciente y dos informes:

- Informe de 9 de febrero de 2011, de los doctores x, y, z, del Servicio de Nefrología, que expresaba lo siguiente:

"El paciente x ingresó el día 24 de septiembre de 2010 con fracaso renal agudo secundario a una gastroenteritis aguda (creatinina 14 mg/dl., urea: 210 mg/dl). Al no responder al tratamiento inicial con sueroterapia, precisó la realización de hemodiálisis como técnica depurativa extrarrenal, lo que hace preciso la implantación de un catéter provisional, que en este caso se implantó en vena femoral derecha (el día 25/09/2010), sin complicaciones.

Tras una sola sesión de hemodiálisis y tratada con reposición hidroelectrolítica y antibiótica, la función renal se recupera progresivamente hasta la normalidad. Al no precisar nuevas sesiones de diálisis, el día 1 de octubre de 2010 se procedió a la retirada del catéter femoral, según la técnica habitual, la cual conlleva una compresión de unos 20 minutos sobre la zona para evitar sangrado, y posterior colocación de apósito sobre el orificio resultante.

Al comenzar a retirar el catéter se aprecia importante sangrado externo, (a través del orificio de retirada), e interno (en forma de importante hematoma en la zona). Por ello, y dado que el tratamiento inmediato consiste en la compresión activa sobre la zona hasta que deje de sangrar, se procedió también a ello con excelentes resultados, cesando la hemorragia.

El día 4 de octubre de 2010 se ausculta por primera vez un soplo femoral (tras exploraciones diarias previas), y aunque el hematoma parecía ir disminuyendo, con la sospecha (ya desde el evento del sangrado activo), de posible fístula arterio-venosa como complicación (bien conocida y descrita en estos casos), se solicitaron exploraciones complementarias que la confirman (ecografía vascular femoral con doppler).

Así, el resultado de dicha exploración es de presencia de una fístula arterio-venosa y un aneurisma activo en la proximidad de la bifurcación femoral.

Con el resultado se consulta con Cirugía Vascular, que aconsejan continuar durante algunos días con la compresión activa (que, en algunos casos consigue el cierre espontáneo de la fístula), y repetir la exploración para evaluar resultados.

El 11 de octubre de 2010 se realiza nueva ecografía doppler vascular que resulta con persistencia de la fístula arteriovenosa, con desaparición del pseudo aneurisma. Por tanto, el 14 de octubre de 2010 se procede, como también está indicado, a la reparación quirúrgica de la misma, sin complicaciones y presentando buena evolución posterior".

- Informe de 10 de febrero de 2011, del Jefe de Servicio de Nefrología, al que adjunta copia del consentimiento informado suscrito por el paciente para la realización del cateterismo, indicando que *"en el punto 3, Riesgos, se describe la fístula arteriovenosa como complicación rara pero posible",* y que *"es imposible que dicha fístula fuera provocada por un tirón de enfermería (el catéter siempre se retira tirando)."*

CUARTO.- El 8 de marzo de 2011 se solicitó informe a la Inspección Médica de la Consejería consultante.

QUINTO.- Obra en el expediente un informe médico, de 23 de marzo de 2011, aportado por la aseguradora del SMS, del que se destaca lo siguiente:

"El paciente presentaba un cuadro de insuficiencia renal aguda grave secundario a deshidratación por gastroenteritis que no respondió a la rehidratación. En estas circunstancias la diálisis era imprescindible, sin que existiera otra alternativa terapéutica. Se realizó mediante el método habitual en estos casos (cateterización femoral transitoria). Por tanto, la cateterización femoral estaba adecuadamente indicada.

Con carácter previo a la cateterización firmó el correspondiente documento de consentimiento informado, en el que se recoge explícitamente el riesgo de que se produzcan complicaciones tales como hemorragia potencialmente grave o muy grave, fístula y pseudoaneurisma.

La diálisis resultó efectiva, recuperándose el paciente de su situación de insuficiencia renal aguda tras una única sesión.

Es evidente que al colocar el catéter se produjo una fístula arteriovenosa y se desarrolló un pseudoaneurisma asociado a ella. La hemorragia que tuvo lugar en el momento de la retirada del catéter ocurrió, como ocurre en estos casos, al abrirse la fístula que hasta entonces había estado "taponada" por el propio catéter. Al retirarse éste pasó sangre arterial (con alta presión) a la vena y desde allí al exterior por el orificio de salida del catéter. Esta hemorragia, por lo tanto, no supone una maniobra brusca o una actuación descuidada del personal sanitario, sino que es la consecuencia natural de la apertura de la comunicación entre la arteria y la vena.

La hemorragia fue inmediatamente controlada mediante presión. Cuando la complicación se manifestó clínicamente con sus signos característicos (dolor, masa inguinal pulsátil con soplo a la auscultación) fue diagnosticada mediante ecografía Doppler.

La complicación se manejó adecuadamente mediante tratamiento conservador inicial (compresión y reposo), como recomienda la Lex Artis ante la posibilidad de que la fístula y el aneurisma se resuelvan de esta forma. Posteriormente, al no resultar eficaces las medidas conservadoras, se procedió a tratamiento quirúrgico conforme a la norma, consiguiéndose la resolución del problema. La aparición de un dolor residual postquirúrgico es una situación derivada de la necesaria cirugía para reconstrucción vascular, generalmente transitoria, que estaba siendo adecuadamente tratada según la documentación disponible.

CONCLUSIONES MÉDICO-PERICIALES

1º.- El cateterismo femoral transitorio estaba correctamente indicado.

2º.- La hemorragia ocurrida en el momento de la retirada del catéter no implica actuación incorrecta por parte del personal sanitario encargado de ella, sino que es la consecuencia natural de la complicación desarrollada (fístula arteriovenosa con pseudoaneurisma asociado).

3º.- Esta complicación es inherente al procedimiento realizado, inevitable e impredecible y se recoge expresamente en el documento de consentimiento informado que firmó el paciente antes de la colocación del catéter.

4º.- La complicación fue adecuadamente diagnosticada y tratada.

5º.- No se reconoce actuación médico-sanitaria contraria a la normopraxis."

SEXTO.- Mediante oficio de 21 de febrero de 2012 se acordó un trámite de audiencia y vista del expediente, no constando la comparecencia ni la presentación de alegaciones por los interesados.

SÉPTIMO.- El 7 de septiembre de 2012 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación; en síntesis, por considerar, de acuerdo con los informes emitidos, que la actuación sanitaria pública fue ajustada a la "lex artis ad hoc", lo que, conforme con la jurisprudencia que cita, supone la inexistencia de la relación de causalidad, entre el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos y los daños por los que se solicita indemnización, que es jurídicamente necesaria y adecuada para determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

OCTAVO.- 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 reglamentarios, aunque no el índice de documentos.

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.- Representación. Legitimación y plazo de la acción. Procedimiento.

I. Si bien la compareciente manifiesta actuar en representación de su padre, que fue la persona que sufrió los daños por los que se reclama indemnización y, por tanto, el legitimado para ejercer la acción resarcitoria de que se trata, aquélla no acreditó tal representación. Siendo ello un defecto subsanable, la instrucción deberá requerir a la compareciente a tal efecto, conforme con lo establecido en el artículo 32.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC); en el caso de no ser subsanado el defecto, a la vista de dicho precepto deberá tenerse por no formulada la reclamación y dictarse resolución de archivo del procedimiento por tal causa.

La Administración regional está legitimada pasivamente, tanto desde una perspectiva formal como sustantiva, por dirigirse contra ella la reclamación 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 cabe oponer objeción, 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, salvo en lo relativo a la acreditación de la representación del compareciente, debiendo obrar la instrucción de acuerdo con lo indicado en el anterior epígrafe I.

Sin perjuicio de lo anterior, y para el supuesto de que se subsanara la indicada falta de representación, se realizan las siguientes Consideraciones.

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

I. 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 de la Constitución: *"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.

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.

II. 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 que puedan imputarse a dicha actuación infractora, 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 u otros análogos.

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.- El funcionamiento de los servicios públicos sanitarios regionales y los daños por los que se reclama indemnización: inexistencia de relación de causalidad jurídicamente adecuada para determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración regional.

A la vista de los Antecedentes, el reclamante imputa a la Administración sanitaria regional un defectuoso funcionamiento, o una infracción a la *"lex artis ad hoc"*, consistente en una inadecuada forma de retirarle el catéter intravenoso femoral implantado para resolver transitoriamente la insuficiencia renal de la que fue tratado en su estancia en el hospital *"Santa María del Rosell"*. Sin embargo, además de que el interesado no acredita de modo alguno su afirmación de mala praxis, los informes médicos emitidos en el procedimiento ponen de manifiesto que la hemorragia sufrida por aquél no tuvo su causa en la maniobra de retirada del catéter, sino en la fístula arteriovenosa y pseudoaneurisma que sufrió al colocarle el citado catéter y que es una complicación posible, aunque rara (entre el 0,75 y el 1,1%), en estas intervenciones, descrita expresamente en el documento de consentimiento informado que suscribió previamente a someterse al cateterismo, por lo que asumió el riesgo de su materialización, sin que, como se dice, exista indicio alguno de mala praxis en la realización de dicha técnica.

En consecuencia, no puede afirmarse que exista la relación de causalidad, entre la actuación sanitaria y los daños alegados, que es jurídicamente necesaria para determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración regional.

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

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Debe requerirse a la compareciente para que subsane la falta de acreditación de la representación, y obrar según lo que a tal efecto resulte, en los términos y por las razones expresadas en la Consideración Segunda, I, del presente Dictamen.

SEGUNDA.- No existe infracción alguna a la *"lex artis ad hoc"* en la actuación sanitaria cuestionada, por lo que no concurre la relación de causalidad, entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que se reclama, que es jurídicamente necesaria y adecuada para determinar la responsabilidad de la Administración sanitaria regional, por las razones expresadas en las Consideraciones Tercera y Cuarta del presente Dictamen.

TERCERA.- 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.

