



**Consejo Jurídico  
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **294/2013**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 31 de octubre 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 1 de marzo de 2013, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otros, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **80/13**), aprobando el siguiente Dictamen.

## **ANTECEDENTES**

**PRIMERO.-** Con fecha 22 de febrero de 2012, x, y, presentan reclamación de responsabilidad patrimonial por la deficiente asistencia recibida del sistema sanitario público regional que, según ellos, provocó el fallecimiento, el día 7 de octubre de 2011, de x, esposa y madre de los reclamantes. Los hechos son narrados del siguiente modo:

1. El día 27 de septiembre de 2011 la paciente acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA), en donde se le diagnostica de colecistitis y se interviene quirúrgicamente al día siguiente.
2. Entre los antecedentes médicos de x figuran hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, cardiopatía isquémica y medicación con Adiro 300. Durante el ingreso, manifiestan, no se le suministró heparina, ni consta que se le respetase su medicación previa con Adiro 300.
3. Fue dada de alta el día 1 de octubre de 2011 con las recomendaciones de seguir con las curas, Augmentine, Nolotil y Omeprazol.
4. Al siguiente día la paciente presenta grandes ronchas en el pecho y en el vientre, que, según los servicios médicos de emergencia, se debían a una probable reacción alérgica al antibiótico.
5. Como quiera que la paciente evoluciona mal su médico de cabecera la remite el día 5 de octubre de 2011 al servicio de urgencia del HUVA donde, tras diagnosticarle de colección postquirúrgica, se le practica laparatomía en la que se observa trombo mesentérico masivo que los médicos deciden no tocar. La x fallece el día 7 de octubre de 2011

Los reclamantes consideran que la asistencia prestada a la paciente fue defectuosa por los siguientes motivos:

1. Se llevó a cabo la intervención de colecistectomía sin prescribirle terapia antitrombótica (heparina).
2. No se tuvo en cuenta la medicación que tomaba la paciente cuando ingresó en el HUVA el día 27 de septiembre, entre la que se encontraba Adiro 300, que es un anticoagulante plaquetario que no consta que se le administrase durante su ingreso.
3. El consentimiento informado que figura en la historia no es para la intervención de colecistectomía, sino uno genérico para laparotomía exploradora. Además el mismo no aparece firmado por la paciente sino por su hijo, en calidad de testigo.

Solicitan una indemnización de 120.000 euros para el viudo y 50.000 euros para cada uno de los hijos.

Proponen como medios de prueba las historias clínicas de la paciente, los protocolos del servicio de cirugía que la intervino e informes de los médicos que la atendieron.

Acompañan a su escrito una serie de documentos relacionados con el proceso sanitario antes descrito.

**SEGUNDO.-** Seguidamente se dicta Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (SMS), por la que se admite a trámite la reclamación y se encomienda la instrucción del expediente al Servicio Jurídico del citado ente.

A continuación, por el órgano instructor se solicita al Director Gerente del Área I las historias clínicas de la paciente e informes de los profesionales que la atendieron en relación a los hechos descritos en la reclamación. Asimismo, comunica la reclamación a la Correduría de Seguros y a la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

**TERCERO.-** Del HUCA se recibe la historia clínica de la reclamante e informe de la Dra. x, del Servicio de Cirugía General del citado Hospital, en el que textualmente dice:

*"El día 28 de Septiembre del 2011 fue intervenida en el quirófano de urgencias la paciente cuyo nombre y apellidos arriba figuran. El diagnóstico de sospecha por la clínica, la exploración física y las exploraciones complementarias, era de colecistitis aguda. No obstante, debido a las co-morbilidades de la paciente y al amplio diagnóstico diferencial se entregó el consentimiento genérico que, por otra parte, es el empleado habitualmente en situaciones de emergencia con riesgo vital. La información verbal por nuestra parte fue completa mostrando disposición a responder cualquier cuestión por parte de la paciente y/o familiares, siempre teniendo en cuenta que las acciones a realizar en una operación con dicha urgencia son variables en función de los hallazgos operatorios por lo que no es posible asegurar qué gestos exactos se van a llevar a cabo. El consentimiento debe ser firmado por el sujeto receptor del acto quirúrgico salvo que una incapacidad física o psíquica impida al paciente entender juiciosamente el riesgo-beneficio de la operación que se va a practicar en él. Así fue considerado en su momento ya que la paciente presentaba un síndrome confusional razón por la que los compañeros facultativos del área de urgencias solicitaron un TC cerebral que informó de isquemia crónica y enfermedad de pequeño vaso. Con todo ello se procedió a informar correctamente a los familiares quienes asumieron esa responsabilidad ante la situación crítica de la paciente que requería una actuación inmediata.*

*La urgencia de la intervención estaba justificada por las alteraciones clínicas y analíticas entre las que destacaban una leucocitosis de 28980 con 81.8% de neutrófilos, un lactato de 3.9 y una PCR de 39.3 con una actividad de protrombina baja de 67% en el contexto de un estado séptico en una paciente diabética. Una coagulación intrínseca disminuida (actividad de 67%) por la infección además de la toma crónica de antiagregantes aumenta considerable el riesgo de sangrado, tanto intraoperatorio como postoperatoriamente. De hecho, al final de la intervención fue necesario aplicar sustancias hemostáticas (Surgicel®) en el lecho quirúrgico por el sangrado secundario a lo previamente comentado. Todo ello nos obligó a no aplicar terapia anticoagulante y a retrasar el inicio de la terapia antiagregante. En la práctica habitual y en una intervención quirúrgica electiva los pacientes deben suspender el tratamiento antiagregante (Adiro, AAS, etc.) entre 5 y 7 días antes por tal razón para minimizar el riesgo de sangrado. Por otra parte al alta se explicó a los familiares que además del tratamiento expuesto en el informe de alta provisional debía continuar con su medicación habitual (antidiabéticos, antihipertensivos, antiagregante). De hecho, nos resulta difícil pensar que solo se le administrara a la paciente en el domicilio el tratamiento recomendado en ese informe pues la diabetes o la hipertensión son enfermedades que requieren tratamiento diario.*

*Por todo lo anteriormente expuesto afirmamos que a la paciente x le fue dispensada una atención médica adecuada según la lex artis".*

**CUARTO.-** Reclamado el envío del protocolo general del Servicio de Cirugía que intervino a la reclamante, se recibe informe de la Dra. x en el siguiente sentido:

*"En respuesta a la solicitud de envío de protocolo general para intervenciones de colecistectomía del Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.*

*Nuestro servicio no dispone de dichos protocolos, ni de esta, ni de ninguna intervención, pues no es obligatorio por*

ley el cumplimiento de protocolos establecidos y cada cirujano, siguiendo las mismas bases teóricas, realiza la intervención según lo que halle en el campo quirúrgico y las características clínicas y anatómicas del paciente.

Les adjunto un estudio, recientemente publicado en el "Br. J. Surg" que promulga el no uso de profilaxis tromboembólica en pacientes operados de colecistectomía".

**QUINTO.-** Trasladado el expediente a la Compañía de Seguros ésta comparece aportando dictamen médico realizado por un facultativo especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo, en el que, tras resumir los hechos y efectuar las consideraciones médicas que estiman oportunas, concluye del siguiente modo:

*"1. La indicación de la intervención y la realización de la misma fueron correctas.*

*2. El tratamiento crónico del ADIRO 300 se interrumpió menos de 7 días, por lo tanto la actividad y el beneficio terapéutico se mantuvo, hasta reanudarlo de nuevo.*

*3. Por el riesgo de sangrado fue correcto no añadir al tratamiento algún otro fármaco, limitándose a medidas generales en el postoperatorio.*

*4. La heparina previene de la trombosis venosa profunda y del tromboembolismo pulmonar en el postoperatorio precoz e inmediato. No se produce ninguna complicación de este tipo.*

*5. La paciente padecía una enfermedad sistémica arteriosclerótica grave de pequeño y gran vaso.*

*6. La trombosis arteriosclerótica de la paciente se vio favorecida por la infección intraabdominal junto con la afectación basal de las arterias.*

*7. Estudiado el caso no encuentro mala praxis ni relación causal entre la actuación médica y el resultado de muerte de la paciente".*

**SEXTO.-** Solicitado informe a la Inspección Médica, se evacua con las siguientes conclusiones:

*"1. X de 76 años de edad, fue correctamente diagnosticada de colecistitis en el HUCA, por lo que se le intervino quirúrgicamente de urgencias, el día 28 de septiembre de 2011.*

*2. La paciente presentaba un cuadro confusional que le limitaba para comprender el alcance de su patología y las posibles alternativas terapéuticas (que no existían, salvo lo realizado). Los documentos de CI fueron rubricados por el hijo de la paciente, lo que enfatiza el conocimiento que tenía la familia de su situación clínica.*

*3. Se recoge que la paciente llevaba tratamiento antiagregante con aspirina (adiro) y sus antecedentes médicos. Al ser una intervención urgente, no se suspendió previamente a la cirugía el tratamiento antiagregante, lo que supone riesgo de sangrado. En la intervención se encontró colecistitis gangrenosa y hubo sangrado que requirió de sustancias hemostáticas, motivo por el que no se reinició en el postoperatorio inmediato, el tratamiento antiagregante.*

*4. La paciente fue dada de alta el día 1 de octubre, tres días después de la intervención. El margen de seguridad como antiagregante del adiro, está en torno a los 7 días. Se recoge que el día 2, estaba en tratamiento con adiro al igual que el día 5, cuando reingresa.*

*5. La paciente fallece por fallo multiorgánico secundario a una isquemia masiva mesentérica, debida a trombo en la A. Mesentérica Superior, circunstancia que no se hubiera evitado con el uso de heparina y estando en tratamiento con antiagregantes".*

**SÉPTIMO.-** A petición de los reclamantes se solicita a la Dra. x informe complementario por el que se aclare en qué medida la medicación habitual de la paciente con antidiabéticos, antihipertensivos y antiagregantes hubiera podido evitar el trombo mesentérico. La citada facultativa informa en el siguiente sentido:

*"Con carácter general, en un informe de alta por parte del Servicio de Cirugía no se incluye de rutina el tratamiento crónico de los pacientes previo al ingreso, pues se supone que el paciente seguirá tomando su medicación*



habitualmente. En un informe de alta de nuestro servicio se comunica únicamente lo que el paciente debe de tomar con respecto al acto quirúrgico sin prescribir ni alterar la prescripción de otros compañeros médicos, ya sean internistas, cardiólogos, etc. Por lo tanto se sobreentiende que el paciente tomará su medicación habitual previa a la intervención, esta información se suele comunicar al paciente y a su familia previo al alta de manera verbal aunque no se realice por escrito.

En el caso de esta paciente, defino brevemente la isquemia Mesentérica.

La Isquemia Mesentérica es una entidad clínica multietiológica, producida por la interrupción brusca del aporte sanguíneo a un determinado segmento intestinal, lesionándolo al principio de forma reversible pero que si se mantiene el tiempo suficiente, hace que deje de ser viable y evolucione hacia la necrosis completa de su pared. Se trata de un proceso con elevada mortalidad (60-80%). Distinguimos varios tipos de IMA, según su desencadenante.

1.- Embolia Arterial: Es la causa más frecuente de IMA (50%). Su origen en un 90% de los casos es una cardiopatía embolígena y puede existir historia de embolias previas a otros niveles. La isquemia que se produce es muy grave, por la brusquedad con que se instaura y por la no existencia de colaterales.

2.- Trombosis Arterial: Supone un 25% de las IMA. Son pacientes con antecedentes vasculares, (es característica la historia previa de Isquemia Mesentérica Crónica) cuyas arterias tienen disminuido el flujo y han desarrollado circulación colateral. La trombosis de la AMS suele producirse en su origen o en sus tres primeros centímetros y la mortalidad es muy alta, porque a pesar de que la circulación colateral es capaz de mantener cierto flujo, el territorio afectado es muy extenso.

El cuadro clínico de la paciente, dados sus antecedentes, corresponde a un cuadro de trombosis arterial, como hemos definido anteriormente se lleva a cabo en pacientes con importante deterioro previo de toda su irrigación mesentérica y puesto que son muchos los factores intercurrentes que han afectado a la paciente en esos seis días posteriores al alta hospitalaria, no considero que la toma de su medicación habitual hubiera podido evitar la trombosis mesentérica, en tan poco tiempo es imposible predecir si la toma o ausencia de su medicación habitual tuvo que ver en la génesis de la isquemia mesentérica".

**OCTAVO.-** Conferido trámite de audiencia a las partes, reclamantes y aseguradora, los primeros comparecen formulando alegaciones en las que, básicamente, vienen a reiterar sus pretensiones iniciales, aunque ahora aluden a una posible pérdida de oportunidad terapéutica.

Seguidamente la instructora formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar que no queda acreditada en el expediente la relación causal entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y el fallecimiento de la paciente.

En tal estado de tramitación V.E. dispuso la remisión del expediente al Consejo Jurídico en solicitud de Dictamen, mediante escrito que tuvo entrada el día 1 de marzo de 2013.

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 formulada en un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, concurriendo, pues, el supuesto establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia y 142.3 Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

**SEGUNDA.-** Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Los reclamantes, en su condición de esposo e hijos de la paciente fallecida, ostentan la condición de interesados para ejercitar la acción de reclamación, a tenor de lo dispuesto en el artículo 139.1 LPAC, en relación con el 4.1

del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RRP).

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional, como titular del servicio público a cuyo defectuoso funcionamiento se imputa el daño alegado.

II. En cuanto al plazo, la acción se ha ejercitado dentro del año previsto en el artículo 142.5 LPAC, pues el óbito de la paciente se produjo el 7 de octubre de 2011 y la acción de reclamación se presentó el 22 de febrero de 2012.

III. El procedimiento ha seguido, en líneas generales, el establecido para la tramitación de este tipo de reclamaciones por la LPAC y el RRP.

### **TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.**

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 CE: "los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos".

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, han sido desarrollados por la LPAC, en particular por sus artículos 139 y 141, pudiéndose concretar en los siguientes:

- 1) El primero de los elementos es la lesión patrimonial, entendida como daño ilegítimo o antijurídico, y esta antijuridicidad o ilicitud sólo se produce cuando el afectado no hubiera tenido la obligación de soportar el daño.
- 2) La lesión ha de ser real y efectiva, nunca potencial o futura, evaluable económicamente e individualizada en relación a una persona o grupo de personas.
- 3) El vínculo entre la lesión y el agente que la produce, es decir, entre el acto dañoso y la Administración.
- 4) Por último, también habrá de tenerse en cuenta que no concorra fuerza mayor u otra causa de exclusión de la responsabilidad.

Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano debe esperar de los poderes públicos no es una prestación de resultado sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, atribuyéndole, por tanto, y cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico, que puede condensarse en los siguientes deberes (STS, Sala 1ª, de 25 de abril de 1994): 1) Utilizar cuantos remedios conozca la ciencia médica y estén a disposición del médico en el lugar en que se produce el tratamiento, de manera que la actuación de aquél se desarrolle por la denominada *lex artis ad hoc* o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle; 2) informar al paciente o, en su caso, a los familiares del mismo, siempre que ello resulte posible, del diagnóstico de la enfermedad o lesión que padece, del pronóstico que de su tratamiento pueda esperarse y de los riesgos potenciales del mismo (artículo 9 y 10 de la Ley General de Sanidad y Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y de documentación clínica); 3) continuar con el tratamiento del enfermo hasta el momento en que éste puede ser dado de alta, advirtiéndole al mismo de los riesgos que el abandono de aquél le puede comportar.

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

### **CUARTA.- Falta de concurrencia de los requisitos para la exigencia de responsabilidad patrimonial.**

Tres son las cuestiones sobre las que los interesados hacen pivotar su reclamación: someter a la paciente a una intervención de colecistectomía sin prescribirle terapia antitrombótica (heparina), a pesar de que por su edad y antecedentes médicos resultaba obligada; que no se tuviese en cuenta que la paciente cuando ingresó en el HUVA tomaba Adiro 300, medicamento anticoagulante, que no consta que se le administrase durante su

permanencia en el Hospital; y el carácter genérico del consentimiento informado que, además, no aparece firmado por la paciente sino por su hijo.

Con carácter previo al análisis de cada una de estas imputaciones cabe recordar nuestra consolidada doctrina en el sentido de que determinar en qué medida las asistencias facilitadas a la paciente se ajustaron o no normopraxis, exige un juicio técnico que únicamente puede ser realizado por los profesionales de la medicina. 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 (LEC)-, resultaba trascendental la aportación de un informe pericial -el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial por 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-. Ante la ausencia en el procedimiento de informes periciales que sustenten las alegaciones de los reclamantes, no existen suficientes elementos probatorios que demuestren o, al menos, permitan inferir la infracción de la *lex artis* que aquellos mantienen. Frente a esta escasa diligencia mostrada por los reclamantes en la formulación de su acusación y en el ejercicio de la actividad probatoria que le dé sustento, tanto la Administración sanitaria, a través de su Inspección Médica, como la compañía de seguros del SMS, realizan un detallado análisis de la asistencia prestada, efectuando un positivo juicio crítico de aquélla a la luz de la *lex artis*, tal como detalladamente pasamos a indicar a continuación.

1. En lo que respecta a la primera cuestión, los informes médicos antes mencionados, a los que cabe sumar el emitido por la cirujana que intervino a la paciente, se muestran unánimes al afirmar que la administración de heparina estaba contraindicada precisamente porque la paciente estaba tomando Adiro, antiagregante cuyo efecto se prolonga entre 5 a 7 días después de la interrupción de su administración; de ahí que cuando las intervenciones quirúrgicas sean programadas se suspenda su ingesta con cinco días de antelación, lo que no se pudo observar en el presente caso porque la operación de x se efectuó con carácter de urgencia. Así, en este sentido, el perito de la aseguradora afirma que *"la paciente en el momento de la intervención tenía la actividad de protrombina reducida (factor de coagulación) así como el tratamiento previo de Adiro 300 que actúa como profilaxis antiembólica; no se le suspendió días antes como se aconseja en las intervenciones con riesgo de sangrado, valorando el riesgo/beneficio (como es lógico puesto que fue intervenida de urgencia) Se consideró con buen criterio que no era correcto aplicar terapia anticoagulante (heparina de bajo peso molecular), ya que sería suficiente la acción del antiagregante v por el alto riesgo de sangrado. La acción antiagregante-anticoagulante se mantuvo hasta la fecha de alta que se produjo antes de los 7 días que dura los efectos farmacológicos. Durante el postoperatorio inmediato, consta que la paciente efectuó movimientos activos y deambulación precoz"*.

2. En lo que se refiere a la afirmación hecha por los reclamantes respecto a la presunta mala praxis que pudo suponer el no mantener el tratamiento de Adiro durante el ingreso hospitalario de la enferma, cabe reiterar que se trata de una afirmación de parte huérfana totalmente de respaldo técnico, en tanto que los informes médicos incorporados al expediente a instancia de la Administración se manifiestan en sentido contrario.

Así, la Inspección Médica señala en su informe que no resultaba indicado mantener el tratamiento con Adiro en el postoperatorio debido a dos razones fundamentales: una, que el efecto antiagregante de dicho medicamento está en torno a 7 días, por lo que realizada la intervención el día 28 de septiembre y producida el alta el día 1 de octubre, la paciente se encontraba bajo el efecto antiagregante de la medicación; otra, que durante la intervención se encontró colecistitis gangrenosa y hubo sangrado que requirió sustancias hemostáticas, lo que aconsejaba no reiniciar el tratamiento con Adiro. Indica la Inspectora actuante que el tratamiento antiagregante a largo plazo puede ser suspendido en el período perioperatorio cuando el riesgo hemorrágico inherente al procedimiento quirúrgico sea superior al riesgo cardiovascular asociado a la suspensión de antiagregantes. En el mismo sentido se pronuncia el perito de la aseguradora al afirmar que *"por el riesgo de sangrado fue correcto no añadir al tratamiento algún otro fármaco, limitándose a medidas generales en el postoperatorio"*.

Por otro lado, frente a las alegaciones de los reclamantes relativas a la falta de prescripción del fármaco Adiro en el informe de alta hospitalaria y, por lo tanto, a la suspensión de su ingesta en el período de tiempo inmediatamente posterior a dicha alta, tanto los informes como la historia clínica sustentan la improcedencia de recoger en dicho informe de alta los medicamentos que habitualmente el paciente viene tomando (en este caso antidiabéticos, antihipertensivos y antiagregantes). Así la Dra. x indica que *"en un informe de alta de nuestro servicio se comunica únicamente lo que el paciente debe de tomar con respecto al acto quirúrgico sin prescribir ni alterar la prescripción de otros compañeros médicos, ya sean internistas, cardiólogos"*. Por otro lado, los propios familiares de x, en las asistencias que se prestaron a esta última los días 2 y 5 de octubre, indicaron que la misma estaba tomando Adiro (folio 77 de la historia clínica y 11 del expediente). Por lo demás, como afirma la facultativa



anteriormente mencionada, resulta bastante increíble que no se administrara a la paciente su medicación habitual puesto que la diabetes y la hipertensión precisan tratamiento diario y su suspensión hubiese producido efectos que se hubiesen manifestado inmediatamente. En este orden de cosas la Inspectora Médica señala que *"en el informe provisional de alta del día 1 de octubre, se indica que continúe con el tratamiento antibiótico y con un calmante si tiene dolor, es decir se le prescribe tratamiento, para el proceso quirúrgico a que fue sometida. El resto del tratamiento, que previamente llevaba desde hacía años para sus patologías y que son diarios, deberá de seguirlo, (si no pondría: suspender el fármaco hasta...)"* y en todo caso, si hubiera habido dudas lo hubieran preguntado bien a los cirujanos o bien a su médico de atención primaria. Cuando la paciente requiere atención de urgencia el día 2 de octubre, (al día siguiente de alta), el facultativo recoge que está en tratamiento con Adiro; veo muy improbable que se le dijera al facultativo que ese era el tratamiento y no lo estuviera tomando, igual sucede cuando acuden a urgencias del HUVA el día 5, en el que se vuelve a recoger el tratamiento con Adiro, aunque no recuerdan toda la medicación".

Cabe, pues, presumir fundadamente que la enferma siguió con la medicación que tenía prescrita para sus dolencias crónicas, entre la que se encontraba el Adiro, pero es que aunque así no hubiese sido se afirma en el expediente por los facultativos informantes que el fallecimiento de x fue causado por una trombosis arterial, que se produce en pacientes con importante deterioro previo de toda su irrigación mesentérica, en lo que no hubiese influido la hipotética suspensión de la ingesta de Adiro

3. En lo que a los defectos del consentimiento informado se refiere, ninguno de los alegados (carácter genérico y falta de firma de la paciente), tiene virtualidad suficiente para enervar el hecho de que los familiares de x conocían los riesgos existentes y que los aceptaron voluntariamente.

En efecto, es cierto que el consentimiento informado no lo firma la paciente sino su hijo, pero al respecto hay que tener en cuenta que el derecho a recibir información sobre el estado de salud y terapias o actuaciones para su restauración y la prestación del consentimiento a dicha actuación no siempre coincidirán en la misma persona. Por regla general lo será el paciente, pero pueden existir supuestos en los que la información y, por ende, el consentimiento, se recibe y se presta por persona distinta, debido a que el paciente carezca de capacidad para comprender la información o para hacerse cargo de su situación a causa de su estado físico o psíquico. Así 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, establece que se otorgará el consentimiento por representación, entre otros, en el supuesto de que 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. Consta acreditado en la historia clínica que la paciente presentaba a su ingreso en el servicio de urgencias del HUVA un síndrome confusional, lo que llevó a practicarle un TAC que informó de isquemia crónica y enfermedad de pequeño vaso. Ante esta situación, los facultativos, con buen criterio, procedieron a informar a los familiares de la paciente, firmando uno de ellos, su hijo, el consentimiento informado, actuación que ha de calificarse ajustada a la previsión legal que regula este tipo de situaciones.

También afirman los reclamantes que el consentimiento se prestó para una laparotomía exploradora y no para una colecistitis. Al respecto se señala en los informes médicos obrantes en el expediente que el diagnóstico fue, atendiendo a la clínica, de colecistitis aguda, pero que ante las comorbilidades que presentaba la paciente y la amplitud de diagnósticos diferenciales, se optó por practicar una laparotomía exploradora (intervención quirúrgica abierta) y actuar en función de los hallazgos operatorios que, en este caso, confirmaron la primera sospecha de colecistitis.

En cuanto al carácter genérico del formulario firmado por el hijo de la paciente cabe traer a colación la doctrina de este Consejo Jurídico reflejada en múltiples Dictámenes, entre los que figura el 20/2013 citado en la propuesta de resolución, cuyas consideraciones se dan aquí por reproducidas.

Todo lo anterior implica que no pueda considerarse acreditada la existencia de infracción a la *lex artis ad hoc* y, por tanto, no concurre la adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización, requisito legalmente imprescindible para declarar la responsabilidad patrimonial administrativa. En consecuencia, no procede reconocer la responsabilidad patrimonial pretendida.

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

## CONCLUSIÓN

**ÚNICA.-** Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al no concurrir los requisitos necesarios para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

No obstante, V.E. resolverá

