



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen 187/2015

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 29 de junio de 2015, 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 Excmra. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 13 de enero de 2015, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y sus hijos, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. 14/15), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 19 de diciembre de 2011, x, actuando en nombre y representación de x, y, z, presenta reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Murciano de Salud, solicitando una indemnización por los daños sufridos por el fallecimiento de x, marido y padre respectivamente de los reclamantes, a consecuencia de la defectuosa asistencia sanitaria que se le dispensó en el Hospital Universitario Morales Meseguer, de Murcia.

En la reclamación se expone que el 21 de diciembre de 2010, x ingresó en el Hospital Universitario Morales Meseguer para ser intervenido al día siguiente de una cirugía de colon. Como antecedentes personales, destaca que el paciente padecía hipertensión arterial y tenía prescrito, entre otros medicamentos, Sintrom.

En la madrugada del día 24 al 25 de diciembre de 2010 le subió la tensión arterial y se mantuvo elevada hasta sufrir un derrame cerebral, entrando en coma y falleciendo a las 13,06 horas del día 26 de dicho mes y año.

Se imputa al Servicio Murciano de Salud que el paciente no recibiera la asistencia de forma debida, ya que desde que se observó la subida de su tensión, a las 22,30 horas del día 24 de diciembre, y se avisó al médico de guardia y éste compareció, a las 3,00 horas, ya del día 25, transcurrió un intervalo de tiempo excesivo, cuando la situación era ya irreversible.

En consecuencia, se considera que se trata de un supuesto de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por el que se debe indemnizar a la viuda con la cantidad de 79.257,16 euros y con la cantidad de 8.806,35 euros para cada uno de sus cuatro hijos.

Con el escrito de reclamación se acompañan copias del Libro de Familia del paciente fallecido y del poder para pleitos otorgado por los reclamantes en favor del letrado actuante (2 al 13).

SEGUNDO.- El 12 de enero de 2012, el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dictó resolución de admisión a trámite, que fue notificada a las partes interesadas, entre ellas a la Correduría de Seguros --, para su traslado a la compañía aseguradora del Ente Público.

Al mismo tiempo se solicitó a la Gerencia del Área de Salud VI- Vega Media del Segura, a la que pertenece el Hospital Universitario Morales Meseguer, copia de la historia clínica del paciente e informes de los facultativos que le atendieron.

TERCERO.- Mediante nota interior de 20 de junio de 2012 el Director Gerente del Área VI remitió el historial del paciente en el Hospital Universitario Morales Meseguer, así como el informes de los profesionales que le atendieron (folios 26 a 251). De dicha documentación resultan de interés los siguientes informes clínicos sobre la asistencia dispensada al paciente en el postoperatorio:

1. El informe de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos de 23 de diciembre de 2010 (folio 47), después de su ingreso el día anterior para control del postoperatorio de "Colectomía subtotal" a la que se había sometido. En él se describen sus antecedentes personales: "*alergias medicamentosas, Alopurinol, HTA, no DM, Dislipemia si, Tabaquismo no, antecedentes de cardiopatía isquémica tipo IAM hace 5 años en revisión por cardiología (última 25/II/10 sin nuevos Episodios de angor), Fa paroxística anticoagulada con Sintrom, No broncopatías previas, hipotiroidismo por amiodarona resuelto. Síndrome prostático. No otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Tratamientos crónicos: atelanol, ramipril, doxazosina, hierro oral, manidipino, ezetimibe, omeprazol, fluvastatina. Situación basal: adecuada para su edad. Cognitivo bien*".

En el apartado de enfermedad actual se hace constar lo siguiente: "*Paciente diagnosticado de adenocarcinoma de ciego y rectosigma a raíz de cuadro anémico por lo que ingresa el pasado día 21 de diciembre de 2010 para realizar intervención programada de colectomía subtotal, realizándose la mañana del ingreso en nuestra Unidad. Mediante laparotomía media se accede a cavidad abdominal. Se realiza colectomía subtotal por resección mecánica y posterior anastomosis latero-terminal. Se lava el muñón rectal y se procede al cierre por planos y piel con grapas. Se dejan dos drenajes Penrose. Durante la intervención predomina estabilidad renal, hemodinámica y respiratoria. Tras la intervención el paciente ingresa en nuestra Unidad para control*". Después se contiene la exploración física y complementaria y se emite su alta médica al evolucionar hacia la estabilidad, siendo trasladado a la planta de Cirugía para continuar seguimiento. El diagnóstico principal es el siguiente: "*Postoperatorio colectomía subtotal con anastomosis latero-terminal neoplasia de colon sincrónico: ciego más rectosigma*". En diagnósticos secundarios, se anota: "*hipertensión arterial, dislipemia, cardiopatía isquémica, fibrilación auricular paroxística anticoagulada con sintrom, síndrome prostático*".

2. Una vez se le dio el alta de UCI e ingresó en la planta de Cirugía para continuar su recuperación, en las hojas de evolución clínica aparece anotado el día 24 de diciembre de 2010 (folios 70 y 71), que llegó de la UCI el día anterior, "doble neo de colon" (ciego + recto-sigma), con buen estado general, abdomen blando e indoloro, etc. A las 1,30 horas del día 25 de diciembre de 2010 se anota que avisaron porque el paciente era hipertenso y su tensión arterial era de 180/80, sin que llevara pautado tratamiento, el facultativo que lo tenía asignado registró en dichas hojas de evolución clínica que había comunicado que le administraran "Capoten 25 ml" y "Orfidal", siguiendo protocolo anti-hipertensión y que ordenó que controlaran la tensión arterial que pautaba en ese momento en el tratamiento. Por último, anotó que refieren que el paciente se encontraba mejor. El mismo

facultativo anotó que a las 2,30 horas avisaron que el paciente continuaba con tensión arterial alta de 194/92 y que no respondía, por lo que inmediatamente acudió a su habitación y se lo encontró con dificultad respiratoria y le pautó v.m. al 55% y "Seguril IV". El paciente no respondía a estímulos verbales ni dolorosos, pupila miótica, ante sospecha de "coma" llamó al intensivista e internista, comenzando maniobras de intubación a pie de cama, e ingresándolo en la Unidad de Cuidados Intensivos.

3. El informe de alta por *exitus* del Servicio de Medicina Intensiva el 26 de diciembre de 2010 (folio 28), después de su ingreso en la madrugada del día anterior por "estado de coma". En enfermedad actual se registra lo siguiente: *"El día de su ingreso en UCI comienza por la noche con cifras tensionales muy elevadas que se trata de manera sintomática. Ya de madrugada sobre las 3 de la mañana me avisaron por deterioro del estado general, cefaleas, náuseas y falta de respuesta a estímulos. Cuando llego el paciente se encuentra en coma, rigidez mandibular y movimientos tónicos de miembro inferior derecho. Se procede a intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica y es trasladada al TC para realización de scanner cerebral. En dicha prueba se objetiva hematoma intraparenquimatoso con epicentro en el hemisferio cerebeloso izquierdo de 6.5 x 3.9 cms. con datos de herniación de amígdalas cerebelosas y transtentorial ascendente más obliteración del cuarto ventrículo. Se contacta con neurocirujano de la Arrixaca que desestima cualquier actitud quirúrgica urgente por lo que el enfermo queda ingresado en nuestra unidad para control y seguimiento".* El diagnóstico principal es *"ictus hemorrágico cerebeloso con datos de herniación, exitus letales"*.

Mediante comunicación interior posterior, de 2 de agosto de 2012, se remitió el informe evacuado por el Dr. x, Jefe de Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, sobre los hechos referidos en el escrito de reclamación (folio 253 a 256), cuyo contenido es el siguiente:

"El paciente x fue traído por su hijo, médico de Atención Primaria del Área de Salud del SMS de Lorca, directamente a la consulta del Servicio de CGD del Dr. x por padecer cáncer de colon avanzado localmente y sincrónico (ciego y rectosigma) en el contexto de un paciente añoso y con comorbilidades cardiovasculares.

Tras completar el estudio (estadiaje) y efectuar la pertinente valoración preanestésica (riesgo quirúrgico alto ASA-III, enfermedad cardiaca e hipertensiva) fue programado para cirugía mayor e intervenido quirúrgicamente el miércoles 22-12-10 (Cirujano Dr. x, Ayudantes Dr. y, Dra. z).

Había ingresado el día previo, efectuándose la preparación según protocolo. Se practicó la intervención planificada: colectomía subtotal abarcando ambos tumores del intestino grueso, con reconstrucción ileorrectal, pasando el paciente a UCI para control postoperatorio inmediato. De la UCI fue dado de alta el 23-12-10 por la mañana, pasando a planta de hospitalización quirúrgica convencional. Durante la mañana del viernes 24, en el pase de visita (Dra. x), segundo día postoperatorio, se comprueba una evolución inicial satisfactoria. Ese mediodía acude, fuera de servicio, el mismo Dr. x, que saluda al paciente e hijos, y comenta la conveniencia de que el enfermo sea levantado, retirados los sistemas de compresión neumática en extremidades inferiores y además proporciona un aparato Respi-Flo al paciente para que haga ejercicios respiratorios. Pues bien la tarde del 24 consta que se levanta.

La noche del mismo 24-12-10 la enfermera del turno de noche (diplomada x) constata, a primera hora, cifras de tensión arterial (TA) elevadas (previamente las cifras tensionales habían sido normales) e informa del hecho al dispositivo de guardia del Servicio de CGD (Dra. x, Dr. x, Dra. x), concretamente a la Dra. x, que ordena la administración de un agente hipotensor y lozarepán, además de un control estricto de la TA. El resto de constantes eran normales, así como el nivel de conciencia. La enfermera estuvo entrando en la habitación del

enfermo controlando la TA cada 30 minutos, tensión que ofrece cifras de TA diastólicas entre 60 y 80 mmHg. Sobre las 1,30 pasa la Dra. x por la planta de hospitalización y revisa la evolución del paciente y ordena repetir agente hipotensor si volvieran a subir las cifras de TA.

Sobre las 02,30 h reaparecen cifras de TA elevadas. Se administra nuevo agente hipotensor. Sobre las 2,45 surgen cefalea y vómitos. Ante esto, se avisa de nuevo a Dra. x, que ordena medicación analgésica y antiemética. Al entrar la enfermera a la habitación para administrar la prescripción, se aprecia no respuesta a estímulos, por lo que se avisa de nuevo a la Dra. x, que acude a la habitación y ante la persistente situación inicia las maniobras de reanimación a la vez que avisa al internista (Dra. x) e intensivista de guardia (Dr. x). Despues de intubación orotraqueal se decide traslado a UCI sobre las 3 horas.

Es diagnosticado de un accidente cerebrovascular agudo por hemorragia cerebelosa confirmada por TAC craneal. Se contacta con Neurocirugía del Hospital regional, que descarta indicación quirúrgica. La evolución es insatisfactoria. El paciente falleció en UCI el 26-12-10.

En resumen, se trata del fallecimiento de un paciente anciano y frágil, de 77 años de edad, con riesgo cardiovascular, que en periodo postoperatorio de cirugía oncológica presenta un accidente cerebrovascular (ACV) grave y mortal. Los ACV pueden ocurrir en cualquier momento a los pacientes con riesgo cardiovascular, independientemente de la situación postoperatoria y los casos graves llevan al fallecimiento inexorablemente. La atención que se prestó, tanto de cuidados de enfermería como de medidas y tratamiento médico fueron las adecuadas a los recursos actuales estándares, en todo momento e incluso en las primeras horas del turno de noche del día 24/12/2010 donde parece centrarse la reclamación".

CUARTO.- Solicitado el informe a la Inspección Médica sobre los hechos recogidos en la reclamación, es evacuado el 21 de febrero de 2014 con las siguientes conclusiones:

- Diagnosticado de cáncer de colon, se programó cirugía, realizada el día 22, en la que no hubo complicaciones durante el procedimiento y en el postoperatorio inmediato.
- Se detectó descompensación el día 24 a las 22,30 aproximadamente, diagnosticándose hemorragia cerebelosa en prueba de imagen unas horas después.
- La sintomatología que presentó el paciente es compatible con hemorragia cerebelosa. No hay constancia de evaluación clínica en la noche del día 24. Cuando se agravó y diagnosticó el paciente estaba en coma.
- La hemorragia cerebelosa está relacionada con hipertensión arterial. No hay constancia de la administración durante el ingreso hospitalario del tratamiento crónico pautado para el paciente.
- No hay constancia de alteración de otros parámetros relacionados con otros padecimientos crónicos del paciente o de que el evento ocurrido se debiera a complicaciones de la cirugía. Alrededor del episodio se registró tensión arterial más alta que podría ser la causa de la hemorragia, o una consecuencia de la hipertensión intracranal.
- La hemorragia cerebelosa no se trató, más allá de la terapéutica de sostén.

- Independientemente de la causa última que produjo la hemorragia cerebelosa, la Inspección Médica señala que hubo ausencia de asistencia médica cuando se detectaron alteraciones en la evolución postoperatoria del enfermo, en la nochebuena y madrugada de navidad de 2010. Según consta en la historia clínica, el paciente permaneció en coma hasta que falleció a las pocas horas.

QUINTO.- Por la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud (--) se aportó informe médico pericial elaborado por la Dra. x, licenciada en medicina y cirugía, especialista en medicina familiar y comunitaria, quien tras la realización de las correspondientes consideraciones médicas, concluye lo siguiente:

1. El paciente fue valorado e intervenido sin incidencias por el Servicio de Cirugía General y Digestiva por sufrir un adeonocarcinoma bien diferenciado en ciego y sigma.

2. Con carácter previo a la cirugía se le informó de que por sus antecedentes de hipertensión arterial (HTA), fibrilación auricular (FA) e infarto agudo de miocardio (IAM) se podía incrementar la frecuencia y gravedad de los riesgos o complicaciones derivados de la intervención quirúrgica, tal y como consta en el consentimiento informado que suscribió el 21 de noviembre de 2010.

3. En la noche del día 24 de diciembre se registran en el turno de noche cifras tensionales de 180/82 mmHg., dándose orden para la administración de Capoten 25 mg y Orfidal s.l., así como controles de la tensión arterial cada media hora, lo que contribuyó a que mejoraran sus cifras.

4. A las 2,30 horas del día 25 de diciembre se registran de nuevo tensiones de 194/92 mmHg, administrándose Capoten 25 mg según pauta recién instaurada, añadiéndose al cuadro náuseas y cefaleas, por lo que tras consultar con el facultativo de guardia prescribió medicación al efecto

5. Minutos después el paciente no responde a estímulos, siendo avisado el personal de guardia que decide su traslado a la UCI y protección de la vía aérea.

6. Ante el estado de coma, se realizó TAC craneal mediante el que se comprobó que había sufrido un "hematoma intraparenquimatoso con epicentro en hemisferio cerebeloso izquierdo", no susceptible de intervención, falleciendo al día siguiente, 26 de diciembre.

Concluye que la atención prestada fue acorde con la *lex artis ad hoc* y no encuentra indicios de errores diagnósticos o terapéuticos, conductas negligentes o mala *praxis* por parte del personal asistencial que le atendió que puedan relacionarse causa-efecto con el desenlace fatal del caso, siendo el hematoma causa de su fallecimiento una complicación posible en el contexto de la cirugía a la que fue intervenido más con los factores de riesgo que padecía el paciente.

SEXTO.- Otorgado trámite de audiencia a las partes en el procedimiento a efectos de que formularan alegaciones

y presentaran los documentos que estimaran convenientes, durante dicho periodo, el 13 de mayo de 2014, un representante de los reclamantes tomó vista del expediente y solicitó copia de los documentos interesados, emitiéndose una diligencia de constancia por el órgano instructor de dicha personación (folio 298).

SÉPTIMO.- La propuesta de resolución, de 24 de noviembre de 2014, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial sobre la base de las consideraciones médicas del perito de la compañía aseguradora del Ente Público, cuyo informe considera el órgano instructor que desvirtúa las observaciones de mala *praxis* médica formuladas por la Inspección Médica, alcanzando la conclusión de que la actuación del personal sanitario fue conforme a la *lex artis*.

OCTAVO.- Con fecha 13 de enero de 2015 se ha recabado el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo.

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 mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con el 12 Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RRP), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo de la acción resarcitoria y procedimiento.

I. Por lo que se refiere a la legitimación activa, corresponde a los reclamantes, por ser quienes sufren los daños por los que reclaman indemnización, derivados del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente.

La Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la pretensión indemnizatoria e imputarse el daño a uno de los servicios públicos de su competencia.

II. Por lo que se refiere a la temporaneidad de la acción resarcitoria, la reclamación, de 19 de diciembre de 2011, ha de considerarse presentada dentro del plazo de un año contado desde la determinación del alcance de los daños por los que se reclama (fallecimiento de la paciente, acaecido el 26 de diciembre de 2010), conforme con lo establecido 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).

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; no obstante, atendiendo a la fecha de la reclamación, resulta evidente la excesiva tardanza en resolver el presente procedimiento, en contra de los principios de eficacia y celeridad que han de inspirar las actuaciones administrativas.

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

La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: "los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos". Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce "el derecho a la protección de la salud", desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.
- Ausencia de fuerza mayor.
- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

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

La actuación de éste ha de regirse por la denominada "lex artis ad hoc", o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03 de este Consejo Jurídico).

Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la "lex artis" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente (SAN, Sección 4^a, de 18 de septiembre de 2002, y STS, Sala 3^a, de 14 de octubre de 2002). La "lex artis", así, actúa como elemento modulador de la objetividad predecible de toda responsabilidad administrativa cuando del ámbito sanitario se trata, como tiene declarado el Tribunal Supremo en numerosas resoluciones. Por todas, la STS, Sala 3^a, de 22 de diciembre de 2001, afirma: *"ciertamente que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente"*.

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1^a, 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"*.

Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de la "lex artis" responde la Administración de los daños causados, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la *praxis* médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad, que podría declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que no pudieran evitar la muerte de un paciente, o las lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica realizada conforme a la "lex artis", entre otros supuestos posibles.

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

Según exponen los reclamantes, el paciente, intervenido de cirugía de colon el día 22 de diciembre de 2010 y con antecedentes de hipertensión arterial estando tomando Sintrom entre otros medicamentos, no recibió la debida asistencia en el Hospital Universitario Morales Meseguer la noche del día 24 de diciembre desde que a las 22,30 horas se advirtió la subida de tensión y fue avisada la médica de guardia, hasta que ésta se persona físicamente a las 3 horas, ya del día 25 de diciembre, cuando la situación era irreversible por encontrarse el paciente en coma debido a un derrame cerebral por una subida de tensión.

Aunque la imputación formulada por los reclamantes no va acompañada de prueba pericial, lo cierto es que la Inspección Médica, cuyo parecer reviste un carácter objetivo e imparcial según se ha destacado con anterioridad, entra a analizar la *praxis* en contraste con el historial y, aunque no advierte deficiencias en el momento quirúrgico ni en el postoperatorio inmediato, sí las advierte en la asistencia al paciente en la noche del día 24 a la madrugada del día 25 de diciembre, como sostienen los reclamantes. Concretamente señala lo siguiente (juicio diagnóstico, folio 166):

1^{a)} Respecto a hipertensión arterial, detecta deficiente control durante el ingreso hospitalario sobre la continuidad del tratamiento que el paciente llevaba pautado crónicamente, señalando que bien no se administró, bien no hay referencias al mismo en el historial. A este respecto señala que la hemorragia cerebelosa que sufrió está relacionada con la hipertensión arterial.

2^{a)} Cuando el paciente sufrió un episodio de subida de tensión la noche del 24 de diciembre (a partir de las 22 horas), no consta en su historia clínica que se le hubiera realizado una exploración neurológica o de otra naturaleza, pese a la constancia de las alteración de sus constantes vitales para las que el facultativo de guardia le prescribió telefónicamente el tratamiento indicado.

Pese a este juicio diagnóstico, el órgano instructor sostiene en la propuesta elevada que estas observaciones de mala *praxis* médica formuladas por la Inspección Médica, en su juicio crítico, han quedado desvirtuadas por las valoraciones realizadas por la perito de la compañía aseguradora del Ente Público en sus consideraciones médicas sobre el caso, si bien este Consejo no puede compartir en su totalidad tal aseveración por los siguientes motivos:

1. Respecto a la ausencia de pauta de medicación antihipertensiva al paciente pese a sus antecedentes, sostiene la perito que "*el paciente hipertenso conocido no tenía pautada medicación antihipertensiva ya que lo habitual en estos casos y tras una cirugía mayor, las cifras tensionales tienden a normalizarse e incluso a registrarse datos de hipotensión, debido entre otros a la pérdida de volumen plasmático sufrido durante el procedimiento*". A este respecto señala que durante su estancia en la UCI se mantuvo estable, con cifras de tensión en torno a 140/70 y diuresis mantenida, siendo trasladado a planta al día siguiente, y las cifras de tensión arterial durante el día 23 y 24 (mañana y tarde) oscilaron entre 153/76 y 130/80. Dicho dato también es recogido por la Inspección cuando destaca que durante ese intervalo de tiempo la tensión fue estable (folio 264).

Sobre la justificación de la ausencia de pauta de medicación antihipertensiva a este paciente tras ser trasladado a planta, este Consejo no dispone de otra opinión que permita contrastar tal parecer, teniendo en cuenta que el

informe pericial es posterior al evacuado por la Inspección Médica, sin que tampoco los reclamantes hayan contribuido a despejar tal cuestión con su actuación, en tanto no consta que hayan formulado alegaciones durante el trámite de audiencia otorgado, pese a que retiraron copia de los informes evacuados (diligencia obrante en el folio 298).

2. Sin perjuicio de que dicha imputación suscite las dudas expresadas por este Órgano Consultivo, al no haberse contrastado dicho parecer de la perito con la Inspección Médica y al no haberse refutado expresamente por los reclamantes, resulta muy claro, por el contrario, el parecer de la citada Inspección acerca de la atención que se dispensó al paciente la noche del día 24 al 25 de diciembre, en la que se expone que hubo ausencia de asistencia médica cuando se detectaron alteraciones en la evolución postoperatoria en la nochebuena y madrugada de navidad de 2010 a tenor de la siguiente observación contenida en su informe:

"Durante el episodio del día 24 por la noche, no hay constancia en la historia clínica de evaluación neurológica u otra, desde las 22 horas del día 24, sin embargo hay constancia de alteraciones en las constantes del paciente que recibió tratamiento sintomático indicado telefónicamente. La exploración realizada el día 25 entre las 3 y 4 de la mañana evidenció coma".

El anterior juicio diagnóstico lo extrae la Inspección a partir de los siguientes hechos que contiene su informe:

"El día 24, alrededor de las diez y media de la noche se toma tensión arterial de 180/82. La enfermera avisa al cirujano de guardia que por teléfono le dice que administren capotén y orfidal sublingual. Esta administración está registrada a las 23,30 y a las 23,45 horas en la página 46 y la página 61.

Sobre este momento hay una anotación del cirujano en la página 70 "no lleva pautado tratamiento crónico".

Refiere en el seguimiento de enfermería que siguen controlando las cifras tensionales cada media hora, sin constar registro de las mismas (página 12 añadida). Anotan en las observaciones de enfermería que a las 2,30 horas, al tomar nueva tensión arterial de 194/92 se da nuevo capotén sublingual (página 61).

Unos minutos más tarde vuelve a llamarse a cirujano de guardia, se le comenta que el paciente sigue hipertenso, ha vomitado, está con náuseas y le duele mucho la cabeza (página 61). Por teléfono le indica el cirujano que administre paracetamol y un antiemético intravenoso (página 61).

Señala la enfermera que cuando se iba a proceder a su administración el paciente no responde (página 61).

Se realiza nueva llamada al cirujano de guardia y mientras viene se controla baja saturación de oxígeno (74%) colocando ventimask al 50% (página 61,71). Sobre las 3 de la mañana se avisa al internista y al intensivista de guardia. El paciente se encuentra en coma, con 3 puntos en escala de Glasgow, rigidez mandibular y movimientos tónicos en miembro inferior derecho. Se intuba y conecta a ventilación mecánica y es trasladado al TC para la realización de escáner cerebral (...) Se realizó TC cerebral sin contraste a las 4,28 horas y se informó de

hematoma intraparenquimatoso con epicentro en el hemisferio cerebeloso izquierdo (...) En la historia clínica esriben en el informe de UCI que se contacta con neurocirujano del Hospital Virgen de la Arrixaca que desestima cualquier actitud quirúrgica urgente (...)". Añade la Inspección Médica que no hay constancia en el historial de estudio en neurocirugía y de las consideraciones que llevaron a descartar la actuación quirúrgica, aunque conviene puntualizar que ello no significa que la adoptada no fuera conforme a la *lex artis* en atención a los antecedentes previos del paciente y a las imágenes obtenidas, añadiendo la perito de la compañía aseguradora que el TAC craneal realizado ante el estado de coma, demuestra un "hematoma intraparenquimatoso con epicentro en hemisferio cerebeloso izquierdo con datos de herniación de amígdalas cerebelosas y obliteración del cuarto ventrículo", que no es susceptible de intervención (conclusión 6 de su informe).

Finalmente, la Inspección Médica concluye (folios 267 y 268) que independientemente de la causa que produjo la hemorragia cerebelosa, hay ausencia de asistencia médica cuando se detectaron alteraciones en la evolución postoperatoria en la nochebuena y madrugada de navidad de 2010, y según consta en su historia clínica, el paciente permaneció en coma hasta que falleció a las pocas horas.

El anterior juicio evidenciaría, en opinión de este Órgano Consultivo, un defectuoso funcionamiento del servicio público sanitario (los reclamantes hacen referencia a que el paciente no recibió la debida asistencia), aunque no se advierte una ausencia total de seguimiento sanitario en la noche del día 24 y madrugada del día 25 de diciembre, en tanto el personal de enfermería, en contacto con la cirujana de guardia, fue suministrando la medicación prescrita por ésta en relación con las cifras de tensión arterial transmitidas.

Dicho defectuoso funcionamiento al que se refiere la Inspección Médica permite sostener el nexo de causalidad, pero no con el fallecimiento del paciente, como cuantifica el escrito de reclamación, sino con la pérdida de determinadas expectativas de curación que son las que deberían ser indemnizadas.

QUINTA.- El daño y su cuantía.

Los reclamantes, la viuda y los 4 hijos del paciente fallecido, solicitan la cantidad global de 114.482,56 euros, aplicando de forma mimética las cuantías indemnizatorias por fallecimiento previstas en el sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación (Resolución de 31 de enero de 2010 de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones), correspondientes al año en el que se produjo el fallecimiento.

El órgano instructor no entra a analizar el *quantum* indemnizatorio debido al carácter desestimatorio de la propuesta elevada.

Siendo necesario, por tanto, que la cuantía indemnizatoria sea determinada por el órgano instructor, habrían de tenerse en consideración los siguientes criterios (Dictamen 14/2011):

1. Ha de determinarse en función de las expectativas de curación, no por el fallecimiento del paciente, en correspondencia con la deficiencia advertida en el funcionamiento del servicio público señalada en la anterior consideración. Con esta finalidad sería de utilidad que la Inspección Médica se pronunciara a este respecto para

intentar objetivar su concreción y, en su defecto, que por el órgano instructor se pondere dicha cuantía indemnizatoria.

2. Ha de tenerse en cuenta también para fijar la cuantía indemnizatoria las otras patologías previas del paciente (HTA, FA e IAM), que podían aumentar la gravedad de los riesgos y complicaciones derivados de la cirugía a la que se le sometió, conforme al documento de consentimiento informado que suscribió.

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

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Se dictamina desfavorablemente la propuesta de resolución desestimatoria, por concurrir los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial.

SEGUNDA.- La cuantía indemnizatoria habrá de ser determinada conforme a los criterios señalados en la Consideración Quinta.

No obstante, V.E. resolverá.