



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 350/2015

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 23 de noviembre 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 Excmo. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 20 de mayo de 2015, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. 201/15), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 24 de octubre de 2013, x, letrado del Ilustre Colegio de Abogados de A Coruña, actuando en nombre y representación de x, presenta una solicitud de indemnización fundamentada en la responsabilidad patrimonial que incumbe a la Administración, de acuerdo con lo que se establece en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

En la reclamación, el representante expone que el interesado, de 68 años de edad en aquel momento, fue diagnosticado de un adenoma (tumor epitelial) benigno de próstata. Además, el peticionario había sufrido un episodio de retención aguda urinaria en mayo de 2012, por lo que era portador de una sonda vesical permanente.

El día 10 de octubre de 2012 ingresó en el Servicio de Urología del Hospital "Virgen de la Arrixaca", de Murcia, con una hematuria (emisión de sangre pura o mezclada con orina) macroscópica tras un cambio de sonda. Al ingreso en urgencias se instauró el lavado continuo vesical con sonda de tres vías, transfusión de hemoderivados y administración parenteral de expansores. Ante la persistencia del sangrado, se decidió realizar una adenomectomía prostática urgente el día siguiente, 11 de octubre.

Según se relata en el escrito, en dicha intervención quirúrgica para la extirpación del adenoma de próstata su representante sufrió una hematuria franca con caída del hematocrito y precisó transfusión sanguínea. El reclamante presentó disminución de visión por el ojo izquierdo que progresó hasta la pérdida de visión completa por el ojo izquierdo y exotoma (zona de ceguera parcial, temporal o permanente) altitudinal en el ojo derecho.

También se apunta que, desde entonces, la situación oftalmológica del paciente no ha experimentado mejoría

alguna. En relación con la agudeza visual se constata en la exploración que cuenta dedos con el ojo derecho y que no percibe luz con el ojo izquierdo. En el fondo de ojo presenta levantamiento papilar bilateral con hemorragias, con mayor afectación izquierda.

Se informa asimismo de que el interesado ha sido diagnosticado de neuropatía óptica isquémica no arterítica bilateral.

El paciente fue dado de alta hospitalaria el día 26 de octubre de 2012 y continuó en tratamiento y sometido a controles por el Servicio de Oftalmología con fechas 13 de noviembre y 11 de diciembre de 2012 y 15 de enero y 1 de marzo de 2013, hasta el momento presente, en el que se le ha confirmado que la pérdida visual no es reversible.

Por otra parte, también se apunta en la reclamación que en el material clínico revisado no existe la más mínima constancia de que el paciente hubiese sido informado de la posibilidad de padecer lesiones neurológicas del tipo de la isquemia del nervio óptico.

A juicio del letrado compareciente, resulta de todo punto evidente que la neuritis óptica isquémica bilateral que padece el reclamante está en relación con el pobre manejo terapéutico de la hematuria franca. Sostiene que se produjo una hipotensión mantenida como consecuencia del *shock* derivado de la pérdida hemática de la hematuria, que no fue adecuadamente compensada, en tiempo y forma, mediante la pronta transfusión de productos hemáticos.

En consecuencia, manifiesta que el episodio de hipotensión con bajo gasto cardíaco y el *shock* causaron la lesión isquémica de ambos nervios ópticos del reclamante, que era una complicación previsible y evitable con un adecuado manejo terapéutico en el momento de producirse la hematuria.

En relación con el *quantum* indemnizatorio que reclama por el daño antijurídico sufrido, manifiesta el letrado que acude para su fijación al baremo establecido, a efectos orientativos, para la indemnización de los perjudicados por accidentes de tráfico. De acuerdo con ello, solicita una indemnización de seiscientos ochenta y un mil quinientos sesenta y dos euros (681.562 euros), que desglosa del siguiente modo:

- Pérdida de visión bilateral:.....136.562 euros.
 - Daños morales complementarios:.....95.000 euros.
 - Situación de dependencia de tercera persona
 - (Gran invalidez):.....350.000 euros.
 - Perjuicios morales de familiares:.....100.000 euros.
- Total indemnizatorio:.....681.562 euros.

Por último, solicita la práctica de la prueba de carácter documental consistente en la historia clínica del reclamante que obra en el referido centro hospitalario.

Junto con la reclamación se acompaña la copia de una escritura de apoderamiento otorgado a favor del representante y el informe clínico de alta del Servicio de Urología de hospital reseñado, de 26 de octubre de 2012.

SEGUNDO.- Con fecha 12 de noviembre de 2013 el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta resolución por la que se admite a trámite la reclamación de responsabilidad formulada por el interesado y se designa instructora del procedimiento, lo que es debidamente notificado al reclamante junto con un escrito en el que se contiene la información a la que se hace referencia en el artículo 42.4 LPAC.

TERCERO.- Por medio de comunicaciones de esa misma fecha de 30 de abril se da cuenta de la presentación de la reclamación de responsabilidad patrimonial a la Dirección de los Servicios Jurídicos, a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la correduría de seguros "--" con el propósito, en este último caso, de que lo comunique a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

CUARTO.- También por medio de un escrito de 12 de noviembre de 2014 el órgano instructor solicita de la Gerencia del Área de Salud I-Hospital "Virgen de la Arrixaca" copia de la historia clínica del interesado que obre en dicho centro hospitalario e informes de los profesionales que atendieron al reclamante, acerca de los hechos expuestos en la reclamación.

QUINTO.- El día 4 de marzo de 2014 se recibe en el Servicio consultante el oficio del Director Gerente del Área de Salud I, de 21 de febrero anterior, con el que se acompañan las copias de las historias clínicas del reclamante que obran en el Hospital "Virgen de la Arrixaca" y en el Centro de Salud de Espinardo. Asimismo, se adjuntan tres informes médicos.

En el primero de ellos, suscrito el día 15 de enero de 2014 por el Doctor x, Médico Adjunto del Servicio de Urología, se pone de manifiesto lo siguiente:

"Paciente portador de sonda vesical a permanencia a raíz de retención de orina en mayo del 2012. Estando en lista de espera quirúrgica por hipertrofia benigna de próstata (170 gr) se realiza el día 10/10/2012 cambio de sonda vesical, que desencadena una hematuria macroscópica importante que le obliga a acudir a urgencias. A pesar de maniobras para detener la hematuria es preciso transfundir varios concentrados de hematíes y expansores de plasma por anemia e inestabilidad hemodinámica (hipotensión). El 11/10/2012 ante la persistencia de la hematuria, la necesidad de trasfusión de hemoderivados y la inestabilidad hemodinámica, se decide intervención quirúrgica de urgencias, practicándose adenomectomía de gran masa prostática sin incidencia durante la cirugía. En el postoperatorio se realizan analíticas periódicas, transfusión de hemoderivados y las medidas habituales de cuidados postoperatorios como en cualquier cirugía de este tipo. El 15/10/12 el paciente comenta en el pase de visita dificultad para la visión en uno de los ojos, que según él ya presentaba el día antes y no había comentado al personal facultativo y de enfermería. A partir de este momento se sucede la solicitud de interconsulta a neurología y oftalmología que son quien se encargan del manejo de esta pérdida de visión."

COMENTARIO:

1º. La cirugía en este caso no es la causa de la anemia ni de la inestabilidad hemodinámica, todo lo contrario, es la solución a un proceso desencadenado 24 horas antes con hematuria anemizante que precisó concentrados de hematíes.

2º. Una vez instaurado el cuadro clínico y la situación inestable del paciente se considera la cirugía una actuación de urgencia, con lo cual el consentimiento informado no es que no sea imprescindible solicitarlo, sino que se puede prescindir de él. A pesar de todo esto el consentimiento se firmó y se informó convenientemente al paciente y a la familia de la necesidad urgente de intervenir quirúrgicamente para detener la hemorragia.

3º. Otro hecho relevante es que en ningún momento dejó de atenderse al paciente, hecho que ratifica los cursos clínicos diarios y las analíticas periódicas que se solicitaron. Si hay algún agravante que añadir a su problema de visión es que el paciente no notificó hasta 24 horas más tarde lo que originó un retraso en el diagnóstico y en tratamiento de dicha patología".

Por su parte, el Doctor x, Jefe del Servicio de Oftalmología, apunta en el segundo informe, de 10 de febrero de 2014, que:

"El día 15 de Octubre de 2012 se recibe interconsulta urgente para valorar paciente ingresado por intervención urológica por pérdida visual bilateral. El mismo día es valorado por el oftalmólogo de guardia que objetiva edema de papila + DPAR de ojo izquierdo y solicita campo visual.

El día 16/10/12 se realiza nueva valoración en consulta diagnosticando edema de papila bilateral (y se realiza OCT de papila que confirma el diagnóstico).

El día 18/10/2012 consulta por alteración visual tipo alucinosis en OD y es valorado por el oftalmólogo de guardia. A la exploración se aprecia agudeza visual corregida 0.5 que aumenta a 0.8 con estenopeico. En el fondo de ojo se aprecia edema de papila bilateral y zona de isquemia en haz papilo-macular superior de ojo izquierdo. Se solicitó TAC craneal que resultó normal.

Con el diagnóstico de Neuropatía Óptica Isquémica Anterior no arterítica bilateral, ha seguido revisiones periódicas en este servicio con resolución progresiva y completa del edema de papila bilateral y realización de pruebas complementarias (OCT de papilas/mácula y campo visual).

En la última revisión realizada en septiembre de 2013 se encuentra:

- AV corregida OD 2/3 CE 1 y OI cuenta dedos que no mejora con estenopeico.

- PIO 18/18 mmHg en tratamiento con Alphagan.

- Polo anterior: opacidad cristaliniana incipiente AO.

- FO AO: papila de límites bien definidos con discreta palidez papilar. OI: Papildez papilar (atrofia óptica).

- CV OD: estrechamiento concéntrico. OI: escotoma absoluto.

- OCT OD: cuadrante superior patológico. OI: cuadrantes superior, inferior y nasal patológicos".

Por último, se adjunta el informe emitido el día 20 de febrero de 2014 por las Doctoras x, y, Facultativas Especialistas de Área del Servicio de Anestesiología y Reanimación en el que, en esencia, se confirma que al paciente se le trasfundieron concentrados de hematíes durante su estancia en el Servicio de Urgencias y dos unidades más durante la intervención quirúrgica.

SEXTO.- Con fecha 11 de marzo de 2014 el órgano instructor remite un escrito a la parte reclamante en el que le comunica que considera adecuada la prueba documental propuesta.

SÉPTIMO.- El mismo día 11 de marzo se requiere de la Subdirección General de Atención al Paciente e Inspección Sanitaria que la Inspección Médica emita un informe valorativo de la reclamación de responsabilidad patrimonial y se remite copia del expediente a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

OCTAVO.- Obra en el expediente un informe médico-pericial aportado por la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud, elaborado por un Médico Especialista en Oftalmología y en Medicina Interna, así como Doctor en Medicina y Cirugía, el día 31 de marzo de 2014. En dicho documento se formulan las siguientes conclusiones médico-periciales:

"1.- *El paciente x presentó una hematuria incoercible, motivo por el que fue transfundido, ingresado e intervenido de urgencias atendiendo a los más estrictos principios deontológicos. La cirugía cursó sin complicaciones.*

2.- *Los episodios de hipotensión fueron correctamente tratados y se le transfundió al paciente siempre que fue necesario. El seguimiento fue correcto. No estaba indicada ninguna medida adicional.*

3.- La pérdida visual que presentó a los 3 días fue consecuencia de episodios de hipotensión en el contexto de anemia en un paciente con predisposición ocular. Nada hacía suponer que se fuera a producir esta complicación.

4.- Una vez presentó la pérdida visual se requirió, tal y como era preceptivo, la evaluación y seguimiento oftalmológicos que igualmente fueron correctos realizándose todas las pruebas necesarias.

5.- La neuropatía óptica que padeció el paciente no tiene tratamiento por lo que no fue posible mejorar el resultado visual.

6.- El riesgo de padecer la neuropatía óptica isquémica no arterítica que sufrió el paciente no es medible ni previsible. Se actuó en todo momento de acuerdo con la lex artis, por lo que la pérdida visual en modo alguno puede ser imputable a la malpraxis".

NOVENO.- Con fecha 27 de agosto de 2014 se confiere a la reclamante y a la compañía aseguradora el correspondiente trámite de audiencia a los efectos de que puedan formular las alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que tengan por convenientes.

DÉCIMO.- Con carácter previo, el día 8 de agosto de 2014 se recibe la nota interior del Director Gerente del Área I de Salud, del día 1 de dicho mes, con la que se adjunta un informe complementario suscrito el día 30 de julio de 2014 por el facultativo que atendió al reclamante en el Servicio de Urología.

En dicho informe se ofrece contestación a una solicitud anterior de aclaración acerca de la falta de constancia del documento de consentimiento informado del paciente y se pone de manifiesto que dicho documento se firmó y se depositó en la historia clínica del paciente, como es práctica habitual. Por último, se informa de que se desconocen las causas por las que el proceso quirúrgico no se encuentra debidamente archivado.

UNDÉCIMO.- La incorporación al expediente administrativo de la nota interior a la que se ha hecho mención en el apartado precedente determina que, con fecha 4 de septiembre de 2014, se otorgue a las partes un nuevo trámite de audiencia.

DUODÉCIMO.- El día 10 de octubre de 2014 se recibe un escrito de x, representante del reclamante, del día 8 de ese mes, en el que manifiesta que se ratifica íntegramente en el contenido de su escrito de reclamación previa, de 21 de octubre de 2013.

De igual modo, y a la vista del expediente administrativo al que ha tenido acceso y de los informes de los Servicios de Urología, Oftalmología y Anestesia reseñados, alega que resulta evidente que con carácter previo a la intervención quirúrgica efectuada el día 11 de octubre de 2012, durante la propia operación y en el postoperatorio inmediato se produjeron múltiples episodios de hipotensión y anemia aguda derivada de las repetidas hematurias macroscópicas que padecía el interesado.

Apunta el letrado que dichas hipotensiones y anemias agudas pudieron y debieron haber sido previstas y evitadas con una adecuada reposición de las pérdidas hemáticas.

Por ello, señala que la relación de causalidad entre los cuadros hipotensivos y la aparición de la neuritis óptica isquémica bilateral está fuera de toda duda, y que la evolución de dicha neuritis era la esperable ante la ausencia de un tratamiento médico o quirúrgico eficaz, una vez que se apreció dicha complicación.

Por otra parte, por medio de un nuevo escrito de alegaciones presentado el día 4 de noviembre de 2014, el representante del interesado manifiesta, en relación con el informe emitido por el Dr. x -al que se hizo alusión en el Antecedente Décimo de este Dictamen-, que lo cierto es que el reclamante no fue debidamente informado y que nunca se le advirtió de las complicaciones ni de las alternativas que estaban disponibles, ni mucho se le informó de la posibilidad de padecer lesiones neurológicas del tipo de la isquemia del nervio óptico.

DECIMOTERCERO.- El día 11 de mayo de 2015 se formula la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, por considerar que no concurren los elementos legalmente exigidos para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en este Consejo Jurídico el pasado 20 de mayo de 2015.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, ya que versa sobre una reclamación que en concepto de responsabilidad patrimonial se ha formulado ante 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 artículo 142.3 LPAC y con el artículo 12.1 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Por lo que se refiere a la legitimación activa, el reclamante está legitimado para solicitar indemnización por los

daños físicos alegados, en tanto que es quien los sufre en su persona.

La Administración regional está legitimada pasivamente por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. En relación con el requisito del plazo, el artículo 142.5 LPAC establece que, en todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

En el presente supuesto, el reclamante fue intervenido quirúrgicamente el día 11 de octubre de 2012 y la reclamación se presentó el 24 de octubre del año siguiente. Aunque recibió el alta médica el día 26 de octubre de 2012, lo cierto es que continuó sometido a controles del Servicio de Oftalmología a lo largo de los meses siguientes hasta septiembre de 2013, que es cuando se le informó de que la situación no se consideraba recuperable y podían considerarse, por tanto, estabilizadas las secuelas, de forma que a partir de ese momento comenzó a correr el plazo para reclamar de conformidad con el principio de la "*actio nata*", al que tantas veces se ha referido este Órgano consultivo.

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, si bien se advierte que se ha sobrepasado en exceso el plazo de tramitación del procedimiento al que se refiere el artículo 13.3 RRP.

De manera particular, interesa señalar que la decisión del órgano instructor de continuar con los trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial, una vez transcurrido el plazo máximo de tres meses previsto para la emisión de informe por parte de la Inspección Médica, aparece justificada en la existencia de elementos suficientes de juicio para adoptar la decisión, de acuerdo con lo señalado en nuestro Dictamen núm. 193/2012. Así, se considera que la decisión que se contiene en la propuesta de resolución elevada se sostiene en suficientes elementos de juicio técnicos que se contienen tanto en los informes que han emitido los facultativos que asistieron al reclamante como en el informe médico pericial que remitió la compañía seguradora del Servicio Murciano de Salud. Además, puede entenderse que dichos elementos de juicio resultan suficientes desde el momento en que el interesado no ha presentado ningún elemento probatorio acreditativo ni, concretamente, prueba pericial alguna en la que sostenga la realidad de sus imputaciones.

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, según el cual "*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, de naturaleza objetiva, son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupos de personas.

2. Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.

3. Ausencia de fuerza mayor.

4. 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 del sanitario ha de llevarse a cabo con sujeción a 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 (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del 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 una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la "*lex artis*" como modo para 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 (STS, Sala 3^a, de 14 de octubre de 2002). La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predecible de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

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 (LEC)-, 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).

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

A lo largo de este Dictamen se ha puesto de manifiesto que el reclamante ingresó en el Hospital "Virgen de la Arrixaca" después de sufrir una hematuria macroscópica tras el cambio de sonda urinaria. En el Servicio de Urgencias se instauró entonces el lavado continuo vesical con sonda de tres vías y, como el interesado presentaba anemia y sufrió una hipotensión, se le realizó una transfusión de hemoderivados y se le administraron por vía parenteral expansores de plasma.

Dada la situación, el día siguiente fue sometido a una intervención urgente en la que se le practicó una adenomectomía de una gran masa prostática. Cuatro días más tarde refirió pérdida de visión, por lo que se solicitó consulta con el Servicio de Oftalmología, que valoró al paciente ese mismo día. Después de realizarle diversas pruebas, se diagnosticó de neuropatía óptica isquémica no arterítica bilateral.

Por esa razón, el interesado ha presentado la solicitud de indemnización de la que aquí se trata, ya que considera (a) que se produjo un mal manejo de la hematuria que ha determinado la pérdida de la agudeza visual que presenta. Por otra parte, también apunta en la reclamación (b) que en el material clínico revisado no existe la más mínima constancia de que se le informara de la posibilidad de padecer lesiones neurológicas del tipo de la isquemia del nervio óptico.

Como ya ha puesto de manifiesto este Órgano consultivo de modo reiterado, en los procedimientos seguidos por reclamaciones de responsabilidad patrimonial planteadas frente a la Administración sanitaria, resulta necesario que la prueba que se lleve a practicar permita corroborar la existencia: a) de una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria dispensada y el resultado dañoso producido en la salud del paciente, y b) la infracción del criterio de "*lex artis*", que es el módulo que permite evaluar la corrección de cualquier intervención médica.

Sin embargo, en el caso que nos ocupa y, a pesar de la imputación que realiza, el reclamante no ha llegado a desarrollar la menor actividad probatoria, aunque le corresponde llevarla a efecto de acuerdo con la regla de distribución de la carga de la prueba que se contiene en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. De igual forma, el alcance de dicho precepto hubiera exigido que el solicitante aportara con ocasión del procedimiento de responsabilidad patrimonial algún dictamen médico pericial que permitiese acreditar, en su caso, que se incurrió en un supuesto de mala praxis.

De manera contraria a lo que apunta la parte interesada, se contiene en el expediente administrativo un informe

médico pericial, aportado por la compañía aseguradora del Servicio consultante, en el que se determina la corrección de la asistencia médica que le fue dispensada y su adecuación a la "*lex artis ad hoc*".

I. De este modo, y en relación con el primer título de imputación mencionado, en dicho informe se explica con carácter general que la neuropatía óptica isquémica anterior no arterítica (NOIANA) está causada por la oclusión de las arterias ciliares posteriores cortas que produce un infarto total o parcial de la cabeza del nervio óptico. Se reconoce que uno de los factores que puede predisponer a que se produzca este tipo de padecimiento son las crisis hipotensivas súbitas.

También se expone que no existe tratamiento definitivo y que es imposible de predecir, a pesar de que puedan existir factores que predispongan a ello, qué pacientes padecerán ese trastorno con anterioridad a que se produzca. Por esa razón, no se puede realizar una prevención eficaz y, una vez establecido el padecimiento, no existe tratamiento. La complicación cursa con independencia de las posibles medidas que se puedan adoptar (Conclusión 5^a del informe).

En relación con el caso concreto, se señala que el reclamante presentó en mes de octubre de 2012 una hematuria franca, por lo que fue correctamente atendido en el Servicio de Urgencias mencionado, donde se le realizaron los preceptivos lavados y el necesario control hemodinámico. Sin embargo, como quiera que la situación no llegara a estabilizarse, con buen criterio se planteó una cirugía capaz de frenar la hemorragia persistente.

Sostiene el perito médico que la atención recibida fue correcta y que se realizó en tiempo y forma adecuados, ya que cuando se observó que el sangrado no se podía frenar se procedió a la trasfusión de concentrados de hematíes siempre que fue necesario. De hecho, destaca que la indicación de su realización depende de los niveles de hemoglobina, pero también de la velocidad de pérdida de sangre. Por ello, considera que el comportamiento de los médicos que atendieron al reclamante fue intachable.

De igual modo, hace hincapié el perito en que la causa del sangrado que se produjo inicialmente cuando se cambió la sonda vesical no es imputable a ninguna mala praxis, sino a la presencia de una hipertrofia y a la alteración de la propia anatomía urinaria que presentaba el interesado.

Se insiste en que el manejo del paciente fue impecable, pues siempre que presentó hemoglobina baja o inestabilidad hemodinámica se le trasfundieron los líquidos necesarios para contrarrestar esa situación (Conclusión 2^a). Así, ni durante la cirugía ni a lo largo del postoperatorio inmediato se observaron complicaciones oculares de ningún tipo. Y ello, a pesar de que se le realizó al reclamante un seguimiento exhaustivo diario de su situación con control clínico y analítico.

Cuando el paciente refirió cuatro días después de la intervención la disminución visual de la que se viene hablando, se requirió la pertinente evaluación oftalmológica que determinó que el interesado padecía la neuropatía óptica ya señalada. Como también se ha explicado más arriba, esta entidad no tiene tratamiento. No obstante, se manifiesta en el informe que, con buen criterio, se le administraron corticoides al paciente ya que existen ciertas publicaciones que indican mejoría con ellos. Sin embargo, no se produjo ningún efecto beneficioso en este caso.

El perito médico manifiesta en su informe que es evidente la imprevisibilidad de que se fuera a producir esa complicación. Apunta, de igual forma, que si bien la causa puede encontrarse en un período de hipotensión nocturna en un paciente con niveles de hemoglobina disminuidos, en modo alguno puede ser imputable a un manejo inadecuado. Los pacientes que presentan este tipo de daño del nervio óptico tienen una predisposición anatómica que es imposible de cuantificar antes de que se produzca esta complicación (Conclusión 3^a). Añade que sería actuar en contra de la "*lex artis*" realizar trasfusiones múltiples para lograr normalizar totalmente la anemia del paciente. Según apunta, se trata de trasfundir cuando es necesario y dejar que el propio organismo fabrique sangre.

II. Por último, resulta necesario hacer una breve referencia al segundo título de imputación alegado por el reclamante, según el cual en ningún momento se le informó de la posibilidad de padecer lesiones neurológicas del tipo de la isquemia del nervio óptico que sufre.

Con carácter previo, se debe poner de manifiesto que constituye una grave irregularidad que no figure recogido en la historia clínica del reclamante el documento de consentimiento informado que pudo firmar antes de que fuese intervenido para que se le extirpase el adenoma que padecía. A pesar de que no se deduzca de la documentación clínica a la que se ha tenido acceso para elaborar este Dictamen que se proporcionó al paciente la información necesaria acerca de su proceso asistencial, no es menos cierto que el Facultativo del Servicio de Urología al que se hizo mención con anterioridad ya expuso en su informe de 15 de enero de 2014 (folio 95) que el consentimiento se firmó y que se informó convenientemente al paciente y la familia de la necesidad urgente de intervenir quirúrgicamente para detener la hemorragia. En ese mismo sentido, dicho especialista confirmó ese extremo en su informe complementario de 30 de julio de 2014 (folio 112).

En cualquier caso, ya se ha señalado en numerosas ocasiones que constituye un presupuesto ineludible para que se considere indemnizable la falta de información adecuada al paciente acerca de su proceso asistencial que el acto médico para el que se hubiera requerido el previo consentimiento sea la causa originadora de las lesiones o patologías alegadas. De ello se desprende que el incumplimiento de ese deber de información sólo deviene irrelevante, y no genera entonces derecho a percibir una indemnización, cuando ese resultado dañoso no encuentre su causa en el acto médico o en la asistencia médica recibida.

No obstante, resulta conveniente ofrecer unas consideraciones adicionales acerca de esta cuestión. Así, se aprecia que lo determinante en este supuesto tiene más que ver con el alcance de la información que se debió facilitar al reclamante que con el hecho, sobre el que puede existir alguna controversia como se ha señalado, de si se firmó o no dicho documento, es decir, sobre si se cumplimentaron las exigencias formales exigibles.

Tampoco considera este Órgano consultivo que concurriera el riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo -que contempla el artículo 9.2.b) 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- ni la situación de urgencia vital -a la que se refiere la Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia- que hubieran permitido excepcionar la necesidad de recabar el consentimiento del interesado o de sus familiares o personas allegadas a él. De acuerdo con la información clínica que obra en el expediente, parece que ninguna circunstancia impedía que se recabase dicha autorización, aunque resulta evidente que la intervención era urgente y absolutamente procedente y estaba correctamente indicada.

Sin embargo, sí que es necesario formular alguna observación acerca de la extensión o alcance de la información

que resulta necesario rendir al paciente. En este sentido, el artículo 4 de la Ley 41/2002 citada ofrece una primera indicación acerca de los extremos sobre los que se debe versar la información cuando establece que deberá comprender, como mínimo, "*la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y consecuencias*".

Con más detalle, el artículo 10 de dicha disposición legal señala que, entre otros extremos, la información básica que se debe facilitar al paciente debe incluir la referente a los riesgos relacionados con sus circunstancias personales o profesionales y los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.

Por su parte, el artículo 43.2 de la Ley de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia 3/2009 determina que, entre otros datos, la información esencial que se debe facilitar al paciente, a fin de recabar el consentimiento informado, debe comprender los riesgos previsibles y frecuentes del procedimiento o intervención en condiciones normales de realización, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia. En su caso, también se informará de aquellos riesgos que siendo infrecuentes pero no excepcionales tengan la consideración clínica de muy graves. De igual modo, la información debe hacer alusión a los riesgos y consecuencias previsibles en función del estado clínico y personal del paciente.

De lo que se acaba de exponer se deduce que la Ley estatal impone la obligación de que se informe de los riesgos relacionados con las circunstancias del propio paciente así como de los riesgos probables que se puedan producir en condiciones normales. Por su parte, la Ley regional exige que se proporcione información acerca de los riesgos derivados del procedimiento que resulten previsibles (ya sean frecuentes o infrecuentes, pero muy graves en este último caso) y de los que lo sean igualmente en función del estado clínico y personal del paciente. Pero no se exige, por tanto, en ninguno de los dos supuestos, que se facilite información acerca de riesgos atípicos, improbables o imprevisibles.

La sentencia del Tribunal Supremo, Sala 1^a, de 21 de diciembre de 1998 establece ciertos límites respecto de la obligación de proporcionar información al paciente y fija cuáles son los riesgos que hay que dar a conocer. *"Como reconoce unánimemente la doctrina más caracterizada en la materia, la obligación de información al paciente, sobre todo cuando se trata de medicina curativa, tiene ciertos límites y así se considera que quedan fuera de esta obligación los llamados riesgos atípicos por imprevisibles o infrecuentes, frente a los riesgos típicos que son aquellos que pueden producirse con más frecuencia y que pueden darse en mayor medida, conforme a la experiencia y al estado actual de la ciencia"*.

Ya se ha hecho referencia con anterioridad a que el perito médico que ha emitido informe considera que la complicación sufrida por el reclamante era de todo punto imprevisible. Sobre la base de ese criterio se debe considerar, como consecuencia, que no procede declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Como conclusión final se debe apuntar, de acuerdo con lo que se ha expuesto, que ha quedado debidamente acreditado en el informe pericial reseñado que el riesgo de padecer la neuropatía óptica que sufrió el reclamante no es medible ni previsible (Conclusion 6^a) y que las actuaciones médicas realizadas fueron correctas y que se ajustaron en todo momento a la "*lex artis ad hoc*", por lo que no existe la relación de causalidad que resulta necesaria para reconocer la responsabilidad administrativa.

En consonancia con ello, tampoco se considera que se haya producido una lesión del derecho de información del

reclamante acerca de las consecuencias o de los riesgos derivados del proceso asistencial al que estaba siendo sometido debido, además, al referido carácter imprevisible del daño que sufre. De lo expuesto se desprende, por tanto, que no cabe declarar en este caso responsabilidad patrimonial alguna de la Administración sanitaria regional.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación presentada por considerar que no concurren los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública sanitaria, de manera concreta la relación causal que debe existir entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama; tampoco se ha vulnerado el derecho de información del reclamante.

No obstante, V.E. resolverá.