



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **255/2017**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 25 de septiembre de 2017, 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), mediante oficio registrado el día 21 de febrero de 2017, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otros, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **55/17**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 11 de abril de 2013 x, y, z,... presentan 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), entonces vigente.

En la reclamación exponen que su madre, x, presentaba una insuficiencia de la válvula mitral que era objeto de control y de seguimiento en centros dependientes del Servicio Murciano de Salud desde, al menos, el mes de octubre de 2008.

También explican que los facultativos del Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital *Virgen de la Arrixaca*, de Murcia, le indicaron que debía someterse a una intervención quirúrgica para sustituir dicha válvula por una prótesis mecánica.

Con ocasión del estudio preoperatorio que se llevó a cabo, el 25 de octubre de 2012 fue citada para realizarle una ecocardiografía transesográfica. No obstante, esa prueba no se llevó a cabo y en el informe correspondiente se expone que *"Se ha intentado estudio transesográfico pero no se ha conseguido intubar a la paciente (valorar ETE intraoperatorio)"*.

Añaden los reclamantes que el 3 de diciembre de 2012 su madre ingresó en el referido Hospital para someterse el día siguiente a la operación reseñada. Asimismo, ponen de manifiesto que la situación basal de la enferma era de completa autonomía para el desarrollo de las actividades de la vida cotidiana y que asumía, incluso, la carga de las tareas de su hogar, que compartía con dos de sus hijos y con dos nietos.

Durante la intervención quirúrgica se produjo un fracaso cardíaco biventricular con predominio del ventrículo derecho, por lo que la paciente fue ingresada en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital en estado de shock cardiogénico. En esa situación entró en fracaso multiorgánico secundario al shock y falleció a las 22 horas del 5 de diciembre de 2012.

Después de exponer los hechos anteriores, manifiestan que la ecocardiografía transesofágica se le realizó a la paciente, de manera desafortunada, por primera vez, ya intervenida de la lesión de la válvula mitral mediante una técnica que resultó, a todas luces, defectuosa y que motivó la necesidad de realizar un segundo procedimiento (sustitución protésica) y, por tanto, una segunda circulación extracorpórea (CEC).

Los interesados consideran que la aplicación de una segunda CEC multiplica los riesgos de complicaciones, se utilice o no cardioplejia, que incluyen el fracaso del ventrículo izquierdo. Sostienen, de igual modo, que la segunda entrada en CEC es la que dejó a la paciente en situación de fracaso ventricular izquierdo y shock cardiogénico, causa inmediata de su fallecimiento, como indica el certificado médico de defunción, en concordancia con la epicrisis.

También manifiestan que el posterior intento de revascularización del ventrículo derecho, por *by-pass* de la arteria coronaria derecha, con una lesión crónica del 100% que hasta la fecha no había tenido repercusión clínica ni hemodinámica, no puede calificarse sino como un intento a la desesperada de solventar una situación crítica que se había escapado a cualquier control. Sólo un balón de contrapulsación aórtica, y posteriormente una asistencia ventricular completa, permitieron que su madre no falleciera en el quirófano y que pudiera ingresar en la UCI a la espera de un desenlace inevitable.

Los reclamantes entienden que existe, en consecuencia, un nexo causal evidente entre la no realización en su momento de la ecocardiografía transesofágica, que proporciona datos imprescindibles, anatómicos y funcionales, para una correcta valoración del estado de las válvulas cardíacas previa a cualquier procedimiento quirúrgico sobre las mismas. Explican que por ese motivo está incluida en el protocolo médico, que se incumplió por causas ajenas a la enferma. Añaden que la primera vez que se realizó fue, desgraciadamente, para constatar el fracaso, por falta de una adecuada planificación, de la primera técnica, lo que motivó la realización de una arriesgada segunda circulación extracorpórea y de una reintervención a la que, de hecho, no sobrevivió.

Acerca de la valoración del daño lo concretan en la suma de cuatrocientos ochenta mil euros (480.000,00), cantidad que desglosan del siguiente modo:

- Por daño moral, como consecuencia del sufrimiento debido al fallecimiento de su madre, la cantidad de 30.000 euros para cada uno de los reclamantes.

- Por lucro cesante, la cantidad de 150.000 euros para cada uno de los hijos, x, y, que convivían con su madre y que dependían económicamente de ella.

Junto con la reclamación adjuntan dos documentos de carácter clínico.

SEGUNDO.- La Jefa de Servicio Jurídico del Servicio consultante remite a los interesados un escrito el 25 de abril de 2013 en el que les explica que se ha comprobado que con la solicitud de indemnización no se acompaña ningún documento que acredite su legitimación y que pueden subsanar ese defecto mediante la aportación de una fotocopia compulsada del Libro de Familia. De igual modo, les solicita que concreten los medios de prueba de los que pretenden valerse. Por último, les advierte que si no realizan la subsanación requerida se les tendrá por desistidos de su petición.

Transcurrido el plazo concedido sin que se realizara ningún acto de subsanación, el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, por delegación de la Consejera de Sanidad y Política Social, dita el 2 de julio de 2013 una Orden por la que acuerda tener por desistidos a los interesados y por terminado el procedimiento de responsabilidad patrimonial y proceder al archivo del expediente.

Con fecha 3 de agosto de 2013 x interpone recurso de reposición contra la citada Orden en el que alega que presentó el 10 de mayo de 2013 un escrito con el que adjuntaba la documentación requerida. En ese escrito también explica que pretende servirse de los documentos que presentó junto con la reclamación patrimonial y de aquellos otros que pueda proponer en la fase de prueba del procedimiento que ha de instruirse.

Con el citado recurso aporta una copia del referido escrito, en el que aparece estampado el sello de entrada en el registro de documentos de la Comunidad Autónoma el día señalado, con el que acompaña, asimismo, la copia del Libro de Familia solicitada. Por ese motivo, el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta una Orden el 10 de septiembre de 2013 por la que acuerda estimar el recurso presentado.

TERCERO.- El Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta una resolución el 11 de septiembre de 2013 por la que admite a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial y designa instructora del procedimiento, lo que es debidamente notificado a la peticionaria junto con un escrito en el que se contiene la información a la que se hace referencia en el artículo 42.4 LPAC.

CUARTO.- Por medio de comunicaciones fechadas el 11 de septiembre se da cuenta de la presentación de la reclamación de responsabilidad patrimonial a la Dirección de los Servicios, a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la correduría de seguros -- para que lo comunique a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud.

QUINTO.- Mediante otro escrito de esa misma fecha el órgano instructor solicita a la Gerencia del Área I de Salud que remita una copia de la historia clínica de la paciente fallecida y los informes de los profesionales que la atendieron, acerca de los hechos expuestos en la solicitud de indemnización.

SEXTO.- Con fecha 18 de octubre de 2013 se recibe una nota interior del Director Gerente del Área de Salud referida con la que adjunta la copia solicitada de la historia clínica de la madre de los reclamantes y el informe realizado el día 10 de ese mes por el Dr. x, médico adjunto del Servicio de Cirugía Cardiovascular, en el que se pone de manifiesto lo que sigue:

"La paciente x, fue presentada en sesión médico-quirúrgica por padecer una insuficiencia mitral severa con ligera dilatación del ventrículo izquierdo que deterioraba su grado funcional, encontrándose en un grado funcional III de la NYHA. Se aceptó para cirugía. Fue vista por primera vez el día 6 de Octubre en Consultas Externas de Cirugía Cardiovascular para iniciar protocolo preoperatorio. El protocolo establecido en el Servicio de Cirugía Cardiovascular consiste en la realización de un exudado nasal para despistaje de pacientes portadores de estafilococcus, una analítica completa que consiste en un hemograma, bioquímica completa y estudio de coagulación, una Rx de tórax, espirometría, ecografía de troncos supra-aórticos, Coronariografía (aunque habitualmente esta prueba la suelen aportar los pacientes, pues sus cardiólogos la piden antes de presentar a los pacientes en la sesión médico-quirúrgica); consulta preanestésica y consulta al servicio de rehabilitación respiratoria; en ocasiones se solicita una ecocardiografía transesofágica para completar el estudio que no para sentar la indicación quirúrgica. Se realizó todo el protocolo menos la ETE que no se pudo realizar por problemas técnicos y se decidió realizarla el mismo día de la intervención una vez anestesiada la paciente como nos sugería el servicio de cardiología. La paciente fue vista en consulta externa el día 16 de Noviembre de 2012 con todo el preoperatorio completo y se le explicó a la paciente y a la familia las alternativas terapéuticas y los riesgos quirúrgicos y finalmente una vez aclarados estos puntos la paciente firmó el consentimiento informado. En el caso que nos ocupa se le planteó la posibilidad de realización de una plastia mitral advirtiéndole a la paciente que si la reparación no era adecuada, para lo que es fundamental la ecografía transesofágica intraoperatoria, habría que reconvertir el procedimiento e implantar una prótesis. El día 4 de Diciembre de 2012, la paciente fue llevada al quirófano y una vez anestesiada e intubada con toda la monitorización hemodinámica colocada, se implantó la sonda transesofágica y se realizó una ecografía pre-operatoria que nos mostraba una insuficiencia mitral por retracción del velo posterior y se decidió la realización de una plastia mitral con anillo reductor, una vez finalizada la plastia mitral se salió de bomba y con la paciente canulada se constató en la ETE que la reparación había solucionado la insuficiencia mitral pero la válvula mitral presentaba datos de estenosis. Por este motivo se decidió volver a entrar en bomba e implantar una prótesis. Una vez implantada la prótesis se intentó salir de bomba presentando la paciente un fracaso cardiaco biventricular con predominio del ventrículo derecho que no se recuperaba después de un tiempo de asistencia con la máquina de CEC, se tomó la decisión de poner el balón de contrapulsación, a pesar de lo cual el VD no presentaba mejoría, encontrándose la paciente en una situación de shock cardiogénico. En estas circunstancias y conocedores de que la paciente presentaba una lesión crónica en la coronaria derecha (en la sesión médico-quirúrgica se había decidido no tocar) se decidió la realización de un injerto a la arteria coronaria derecha, en un intento de favorecer la recuperación cardiaca para lo que primero se informó a la familia de la situación crítica en la que se encontraba la paciente comentando este particular y posteriormente se realizó el injerto a la arteria coronaria derecha con un segmento de vena safena invertida, como la situación seguía siendo de shock cardiogénico se decidió implantar una asistencia ventricular tipo ECMO.

Se hizo todo lo humana y técnicamente posible por la paciente x. Por desgracia la evolución no fue favorable.

NOTA: El Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca dispone en el quirófano de un equipo de ecografía transesofágica desde el año 2008 que se utiliza sistemáticamente en todos los pacientes que se someten a cirugía cardiaca. Se implanta la sonda transesofágica una vez que los pacientes están anestesiados y monitorizados. Se realiza siempre un chequeo de la situación cardiaca y de la función ventricular antes de cada procedimiento para constatar si ha habido cambios con respecto a los estudios preoperatorios. Además está conectado a través de la red del Hospital con el gabinete de ecocardiografía de tal forma que si existe alguna duda entramos en conexión con los cardiólogos para que nos den su opinión".

SÉPTIMO.- El 25 de octubre de 2013 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 una 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, realizado el 24 de julio de 2014 por un médico especialista en Anatomía Patológica, en el que después de relatar los hechos y de ofrecer una descripción de la praxis aplicable al caso, se formulan las siguientes conclusiones:

"1º.- La paciente x padecía de una insuficiencia mitral evolucionada a forma severa por lo que se recomendó la necesidad de tratamiento quirúrgico de su enfermedad valvular.

2º.- Para confirmar la indicación quirúrgica se intentó realizar una ecocardiografía transesofágica (ETE) que no pudo llevarse a cabo por imposibilidad de progresión de la sonda ecográfica. Esta dificultad técnica depende de un espasmo del músculo esofágico ante la presencia de un cuerpo extraño y, por tanto, no es atribuible a la actuación médica.

3º.- Ante la imposibilidad de realizar la ETE se procedió a realizar una ecocardiografía transtorácica (ETT) que confirmó la existencia de una insuficiencia mitral de grado severo y, por tanto, la indicación de tratamiento quirúrgico. Pese a ello, y a fin de confirmar una vez más la gravedad del cuadro, se recomendó la realización de la ETE una vez anestesiada la paciente y antes del inicio de la intervención. Esta actitud debe considerarse extremadamente prudente.

4º.- A la vista del informe emitido por el Servicio de Cirugía Cardiovascular con posterioridad a los hechos, la ETE efectivamente se consiguió realizar tras la anestesia, dando el mismo resultado que el de la ETT anterior, por lo que se procedió a la intervención quirúrgica.

5º.- Inicialmente se procedió a valvuloplastia mediante anillo reductor, tras lo cual se procedió a la salida de la circulación extracorpórea y a la comprobación ecográfica del resultado de la anuloplastia.

6º.- La ETE mostró la aparición de una estenosis, complicación inherente a la valvuloplastia, impredecible e inevitable, por lo que procedió de nuevo a circulación extracorpórea y a sustitución de la válvula por una prótesis. Esta actuación es necesaria para la corrección de la estenosis valvular.

7º.- Al salir de la circulación extracorpórea la paciente presentó un fracaso biventricular con predominio derecho, causado por su situación previa (miocardiopatía anóxica crónica con oclusión completa de la arteria coronaria descendente posterior). A pesar de la correcta utilización de todos los medios disponibles no pudo evitarse el fallecimiento por insuficiencia cardíaca aguda ("fallo de bomba").

8º.- La actuación médica fue en todo momento conforme a la lex artis. La muerte fue causada por complicaciones intraoperatorias derivadas de su estado previo, sin relación alguna con actuación médica incorrecta".

NOVENO.- Con fecha 20 de octubre de 2014 se confiere a los reclamantes 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.

x presenta un escrito el 8 de noviembre de ese año en el que muestra su disconformidad con el contenido del informe realizado por el facultativo interviniente y con el del elaborado por el perito designado por la empresa aseguradora, y solicita que se recabe el informe de la Inspección Médica. Además, advierte que no aparece recogida en la historia clínica ninguna prueba de que se hubiera llevado a cabo ningún estudio ecográfico transesofágico.

De otra parte, propone como medio de prueba de los que pretenden valerse la testifical de los intervinientes en el acto quirúrgico sobre si se realizó el referido estudio a la paciente con carácter previo a la toracotomía, y la documental consistente en el registro de las exploraciones que se realizaron a la paciente con el aparato que había en el quirófano.

DÉCIMO.- La instructora del procedimiento remite un escrito el 9 de diciembre de 2014 al Director Gerente del Área I de Salud en el que le indica que deben practicarse los medios de prueba propuestos por los reclamantes.

El día 29 de ese mismo mes tiene entrada una comunicación interior de la referida Dirección Gerencia con la que se acompaña la nota interior elaborada por el Dr. x el anterior día 16. Con ella se aporta informe de la ecografía preoperatoria realizada en el quirófano antes de la intervención de la paciente.

En dicho documento se refleja que se realizó el estudio a las 12:32 horas del día 4 de diciembre de 2012, que la paciente se encontraba en el quirófano, y que fue supervisado por el Dr. x a las 12:39 horas de ese mismo día. Además, en el apartado titulado "Resumen de la interpretación" consta lo siguiente: *"Se realiza estudio en quirófano para valorar el mecanismo de regurgitación mitral.*

Se observa una válvula con velos algo engrosados de aspecto mixoide, con prolapso de velo anterior en su festón medio y restricción importante en el movimiento de velo posterior producido por expansión con acinesia de cara posterolateral. La regurgitación se produce en comisura posteroseptal en P3.

Originando un chorro que se dirige hacia la cara anterior".

UNDÉCIMO.- Por medio de un escrito fechado el 9 de enero de 2015 se remite a x un oficio con el que se adjunta una copia del informe de la ecografía preoperatoria realizada y en el que se le indica que, por tanto, se considera innecesaria la práctica de la prueba testifical propuesta.

El día 19 de ese mismo mes de enero se remite sendas copias de dicho informe a la Inspección Médica y a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud para que sea tenido en cuenta.

DUODÉCIMO.- El día 2 de septiembre de 2016 se recibe el informe elaborado por la Inspección Médica el día 18 de agosto anterior. En dicho documento se ofrece un resumen de los hechos acontecidos, se emite un juicio crítico y se formulan las siguientes conclusiones:

"1.- x padecía una IM que venía siendo seguida por el S. de Cardiología con controles periódicos clínicos y ecográficos. En la evolución de su enfermedad el S. de Cardiología la remitió al S. de CCV para valoración quirúrgica.

2.- El S. de CCV realizó estudio ecocardiográfico transtorácico que mostraba la severidad de la IM. En el protocolo preoperatorio se realizó coronariografía que mostró obstrucción en el tercio medio de la CD (arteria coronaria derecha). Se recomendó la cirugía que contó con el consentimiento de la paciente. Se programó para plastia o recambio valvular.

3.- En el estudio previo ambulatorio no se pudo realizar ecografía transesofágica (ETE) que se realizó en el quirófano con la paciente anestesiada y previa a la cirugía.

4.- Con los datos anteriores de la ETE se realizó valvuloplastia con anillo corrector. La ETE postoperatoria mostró estenosis de la válvula por lo que se tuvo que implantar prótesis valvular.

5.- Una vez implantada la prótesis y al salir de la circulación extracorpórea la paciente presentó un fallo cardiaco, sobre todo del VD, que se intentó paliar con balón de contrapulsación sin mejoría. También se realizó injerto sobre la CD y se implantó asistencia ventricular tipo ECMO.

6.- Pese a las medidas anteriores, la paciente no remontó el shock cardiogénico y falleció a las pocas en la UCI.

7.- Las actuaciones médicas fueron acordes al buen hacer".

DECIMOTERCERO.- El 7 de septiembre de 2016 se confiere a los reclamantes y a la compañía aseguradora un nuevo trámite de audiencia, si bien no consta que ninguno de ellos haya hecho uso de ese derecho.

DECIMOCUARTO.- Con fecha 15 de febrero se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por considerar que no concurren los requisitos necesarios para declarar la existencia de responsabilidad patrimonial, al no haberse acreditado la antijuridicidad del daño reclamado.

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 21 de febrero de 2017.

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 los artículos 142.3 LPAC y 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.- Régimen legal aplicable, legitimación, plazo de interposición de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. En cuanto al régimen jurídico que resulta de aplicación a este procedimiento, conviene recordar que la LPAC ha sido derogada por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC 2015) y que este nuevo Cuerpo legal y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), configuran una nueva regulación de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Sin embargo, la Disposición transitoria tercera, apartado a), de la LPAC 2015 dispone que no resulta de aplicación a los procedimientos iniciados antes de su entrada en vigor, sino que se regirán por la normativa anterior. De conformidad con ello, el régimen legal que resulta aplicable en este caso es el que se contenía en la LPAC.

II. La reclamación por daño moral y patrimonial ha sido interpuesta por personas interesadas como son los hijos de la paciente fallecida, cuya condición acreditan por medio de una copia compulsada del Libro de Familia.

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

III. 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 este caso, el fallecimiento de la madre de los reclamantes se produjo el 5 de diciembre de 2012 y la solicitud de indemnización se presentó el 11 de abril del año siguiente, de forma temporánea por tanto, ya que se ejercitó

dentro del plazo legalmente establecido.

IV. 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 puesto que se ha debido esperar a que la Inspección Médica emitiera su informe valorativo.

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 3ª, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable 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-, 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.

Como se ha puesto de manifiesto con anterioridad, los interesados solicitan una indemnización por el daño moral y patrimonial que se les ha causado como consecuencia del fallecimiento de su madre, x, después de que se sometiera a una valvuloplastia en el Hospital *Virgen de la Arrixaca*, de Murcia, presentara un fracaso biventricular y falleciera pocas horas después de la referida intervención por insuficiencia cardíaca aguda.

De manera concreta, los reclamantes formulan la imputación de que, con carácter previo a la realización de la operación, no se le había realizado a su madre una ecocardiografía transesofágica (ETE), lo que motivó que la intervención se desarrollara de forma defectuosa y que surgieran una serie de complicaciones que podrían haberse evitado si se hubiera actuado correctamente.

Sin embargo, no acompañan su reclamación con ningún medio de prueba, preferentemente de carácter pericial,

que avale el contenido de su imputación, a pesar de que el artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, aplicable asimismo en materia de procedimiento administrativo, establece que *"Corresponde al actor ... la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda ... el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda..."*.

Lejos de ello, a instancias de los propios peticionarios, se ha traído al procedimiento la copia del informe de la ETE (Antecedente décimo de este Dictamen) que se le realizó a la paciente, una vez anestesiada e intubada y antes de ser intervenida, con lo que se acredita que se le realizó debidamente dicha prueba, en contra de lo alegado por los reclamantes. Esa circunstancia serviría, por sí sola, para desestimar la pretensión resarcitoria formulada por la parte interesada si no fuera porque, además, la lectura de los distintos informes que obran en el expediente permite a este Órgano consultivo alcanzar la convicción de que la actuación de los facultativos que asistieron a la madre de los reclamantes fue plenamente correcta y ajustada en todo momento a normopraxis.

Así, en ellos se coincide en el hecho de que paciente padecía una insuficiencia mitral crónica, que había evolucionado de moderada a severa, y disnea de esfuerzos moderados que hacía previsible que aumentara a corto plazo. El perito médico pone de manifiesto en su informe que la insuficiencia mitral severa supone, además, un riesgo importante de muerte súbita. Por esa razón, tanto ese perito como la Inspectora Médico consideran que la indicación quirúrgica estaba plenamente indicada y que era incuestionable.

Acerca de la alegación de que no se realizó la ETE antes de la intervención explica detalladamente el perito médico en su informe que ello se debió a la imposibilidad de que la sonda del ecógrafo pudiese progresar, a pesar de la sedación. También expone que eso no depende del médico que lo lleva a cabo sino de una contracción del esófago que se produce como respuesta a la introducción de un cuerpo extraño, por lo que tampoco se requería que se hubiese efectuado otro intento, ya que la reacción de la paciente se hubiera repetido en esa nueva ocasión. Por lo tanto, ese hecho no puede achacarse a una actuación médica incorrecta (Conclusión 2ª de su informe).

La ETE se llevó a efecto, por tanto, en el propio acto operatorio, como se ha demostrado. A mayor abundamiento, se explica en el informe del facultativo que realizó la intervención (Antecedente sexto de este Dictamen) que *"El Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca dispone en el quirófano de un equipo de ecografía transesofágica desde el año 2008 que se utiliza sistemáticamente en todos los pacientes que se someten a cirugía cardíaca. Se implanta la sonda transesofágica una vez que los pacientes están anestesiados y monitorizados. Se realiza siempre un chequeo de la situación cardíaca y de la función ventricular antes de cada procedimiento para constatar si ha habido cambios con respecto a los estudios preoperatorios"*.

Así pues, manifiesta el perito médico que no puede considerarse que exista relación de causalidad alguna entre la no realización en su momento de la ETE y la complicación quirúrgica que llevó a la muerte de la paciente. En ese mismo sentido, explica que en la ecografía transtorácica (ETT) que se le realizó como alternativa se apreció la insuficiencia mitral de grado severo y que ello confirmó la necesidad de realizar la operación quirúrgica (Así se expone también en la Conclusión 2ª del informe valorativo de la Inspección Médica). Con todo, se recomendó la repetición de la ETE tras la anestesia previa al acto quirúrgico, lo que puede considerarse como una actitud extremadamente prudente (Conclusión 3ª del informe pericial).

Además, en el informe del facultativo interviniente se explica que *"... se implantó la sonda transesofágica y se realizó una ecografía pre-operatoria que nos mostraba una insuficiencia mitral por retracción del velo posterior y se*

decidió la realización de una plastia mitral con anillo reductor, una vez finalizada la plastia mitral se salió de bomba y con la paciente canulada se constató en la ETE que la reparación había solucionado la insuficiencia mitral pero la válvula mitral presentaba datos de estenosis. Por este motivo se decidió volver a entrar en bomba e implantar una prótesis. Una vez implantada la prótesis se intentó salir de bomba presentando la paciente un fracaso cardíaco biventricular con predominio del ventrículo derecho...".

De acuerdo con lo que expone el perito médico en su informe, parece evidente que la catástrofe posterior se debió a la grave afectación de las arterias coronarias (oclusión completa de la descendente posterior) que condicionaba una cardiopatía isquémica, agravada por las exigencias que la cirugía supone para el corazón. El fallo primero y fundamental fue la incapacidad del contracción del ventrículo derecho (el afectado por la lesión coronaria previa), que se apreciaba colapsado y sin contracción. Al no poder enviarse sangre a los pulmones, el ventrículo izquierdo no puede recibirla y fracasa en su función de enviar la sangre al organismo, lo que añadido a lo anterior, supone una insuficiencia agua biventricular ("fallo de bomba") que causa con gran frecuencia la muerte del paciente pese a la utilización de todos los medios terapéuticos disponibles, como ocurrió en esta ocasión (Conclusión 7ª de su informe).

De conformidad con lo que se ha puesto de manifiesto, no se puede considerar que la actuación médica se desarrollara con infracción alguna de la *lex artis*, con negligencia o con ausencia de medios (Conclusiones 7ª del informe valorativo de la Inspección Médica y 8ª del informe médico-pericial), por lo que no procede declarar que el resultado lamentablemente producido fuese antijurídico ni se puede establecer tampoco que exista la necesaria y adecuada relación de causalidad entre ese daño y el funcionamiento del servicio sanitario regional, por lo que la acción resarcitoria interpuesta debiera ser desestimada.

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 ya que se considera que no concurren los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública sanitaria y, de manera concreta, el nexo causal que debe existir entre el funcionamiento del servicio público y el daño producido, cuya antijuridicidad tampoco ha resultado acreditada.

No obstante, V.E. resolverá.