



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **71/2018**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 22 de marzo de 2018, 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 27 de diciembre de 2016, sobre responsabilidad patrimonial instada por x (sic., x) x (luego sus herederos) y otros, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **360/16**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 29 de septiembre de 2011, x (letrada) y x (aunque por error se consigna x), actuando ésta en nombre propio y en el de los herederos de x, formulan un escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida al Servicio Murciano de Salud (SMS).

Dicha reclamación se basa, en síntesis, en lo siguiente:

"1º.- x acudió en fecha de 03-09-2007 a una revisión oftalmológica en Consultas Externas del Hospital Morales Meseguer, de Murcia, donde se le diagnostica de Cataratas en ojo izquierdo y es programada la intervención quirúrgica para el día 29-09-2007, debiendo ingresar el 28-09-2007 para la práctica de las correspondientes pruebas anestésicas. (...)

2º.- En el día citado 28-09-2007, el paciente acude al Hospital para la intervención médica y en la fase de preparación se le aplica TROPICAMIDA. Dicha intervención debe ser suspendida, al presentar, según consta en Informe del Médico que le iba a intervenir, "desorientación temporo espacial", fijando nueva fecha de intervención para el día 20-12-2007.

3º.- En la nueva fecha de intervención, tras interesar comprobación de alergias, y hacer constar de modo claro y preciso en el Informe de Intervención "NO DAR PREMEDICACIÓN BARBITÚRICA PREVIA. NO CICLOPÉGICO", ésta nuevamente se pospone. (...). Finalmente es intervenido en fecha de 09-01-2008, para dicha intervención se realiza con carácter previo tratamiento con TROPICAMIDA, indicando la necesidad de comprobar alergias. (...)

4º.- Posteriormente y tras la fecha de alta el 10-01-2008, el paciente presentaba un cuadro de endoftalmitis, acudiendo al hospital el 14-01-2008, donde es ingresado para intervención, siendo tratado nuevamente con TROPICAMIDA con carácter previo a la intervención. (...)

Tras ser dado de Alta con fecha 31-01-2008 se remite a control nuevamente por consultas externas para el 08-02-2008, fijando como tratamiento a aplicar CICLOPÉJICOS. (...)

5º.- Las sucesivas revisiones oftalmológicas se realizan sin cambio alguno en el tratamiento prescrito, manifestándose en el paciente un avanzado proceso degenerativo mental, mediante Informes Médicos de fecha 26-04-2008 del Servicio de Urgencias del Hospital Morales Meseguer, en el que se le diagnostica de "parkinsonismo farmacológico", siendo finalmente diagnosticado de la enfermedad de DEMENCIA POR CUERPOS DE LEWY. (...)

Finalmente el paciente fallece en fecha de 24-10-2010.

6º.- Durante las sucesivas revisiones y tratamientos para el tratamiento de la Demencia por Cuerpos de Lewy, hasta la fecha de fallecimiento resultan relevantes los sucesivos informes donde se hace constar de modo claro ALERGIA A TROPICAMIDA, EL SUCESIVO DETERIORO DEL PACIENTE DESDE LA INTERVENCIÓN DE CATARATAS. Adjunto Informes Médicos de Alta del Hospital Morales Meseguer de fecha 09-02-2009, 20-08-2010, 21-08-2010, 23-08-2010, 23-09-2010, 01-10-2010 como Documentos 17 a 22 como ejemplo, siendo muy numerosas las ocasiones en las que fue necesario el Ingreso en Urgencias del paciente, que había llegado a tener una dependencia completa, con deterioro cognitivo severo, y una vida limitada de la cama al sillón, como así se recoge en el último informe indicado de fecha 01-10-2010.

Nos encontramos así con una persona que con carácter previo a la intervención de cataratas que le fue practicada no presentaba síntoma alguno de enfermedad mental, llevando una vida normal, como consta acreditado en el Informe de Asistencia previo a su intervención, informe de la Dra. x de fecha 05-12-2008, y así lo reconoce la Dra. x, que en Parte de consulta de fecha 28-10-2010 establece respecto de x, "hasta la fecha de Noviembre de 2007 presentaba como única patología de interés Hipercolesterolemia".

Sin embargo, tras el año 2007, fecha en la que se inició el tratamiento para la intervención de cataratas practicada a este paciente en el año 2008, comienza a desarrollar una enfermedad posteriormente diagnosticada como DEMENCIA CON CUERPOS DE LEWY, y que supone un proceso mental degenerativo con alteración de conducta, y que tiene como uno de los elementos desencadenantes de dicha enfermedad la aplicación de CICLOPÉJICO. Así se recoge en XXIII REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD VALENCIANA DE NEUROLOGÍA DE 2006, en la que se indica que incluso puede causar la muerte al paciente".

A partir de lo anterior, la compareciente afirma que "nos encontramos ante una manifiesta prestación defectuosa de asistencia médica, por la incorrecta aplicación y mantenimiento de un tratamiento que de modo evidente se había manifestado inadecuado y lesivo para el paciente, y ello a pesar de constar en su Historial médico los efectos de desorientación, irritabilidad etc. que provocaban en el paciente la aplicación de colirios ciclopéjicos; obviando su contraindicación manifestada de modo expreso por el Dr. x, que le estuvo tratando en la intervención inicial de cataratas, siéndole aplicado de modo reiterado, y con la necesidad indicada de modo claro y preciso de comprobar la alergia a la medicación que se le venía prescribiendo, concretamente TROPICAMIDA, y a la que

posteriormente se constató el paciente era alérgico", concluyendo que dicho tratamiento le generó la referida "demencia con cuerpos de Lewy" que acabó provocando su fallecimiento.

Por todo ello, solicitan indemnización por los perjuicios causados a determinados familiares del fallecido, incluido el daño moral por el fallecimiento, y que cuantifican, según el baremo aplicable en materia de accidentes de circulación, en 79.257, 16 euros para el cónyuge y 8.806,35 euros para cada hijo mayor de 25 años (habiendo tres, según afirman: x, y, z), reclamando así un total de 105.676,21 euros.

Acompañan a su escrito de reclamación una certificación de defunción expedida por el Registro Civil, fotocopia del Libro de Familia, acreditativa de la respectiva relación familiar con el fallecido, y diversa documentación clínica sobre la atención al paciente.

SEGUNDO.- Con fecha 6 de octubre de 2011 el Director Gerente del SMS dictó Resolución de admisión a trámite de la reclamación, lo que fue notificado a las partes interesadas.

En esa misma fecha se solicitó copia de la historia clínica del paciente e informes de los profesionales actuantes a la Dirección Gerencia del Área de Salud VI y se requirió a las comparecientes para que acreditaran la representación de x, y, z, presentando éstos un escrito el 26 siguiente en el que, entre otros extremos, confieren su representación a las comparecientes.

TERCERO.- Con fecha 4 de abril de 2012 la citada Dirección Gerencia remitió copia de la historia clínica del paciente en el Hospital "Morales Meseguer", de Murcia (folios 54 a 445 exp.). Asimismo, remitió informe de los facultativos especialistas en oftalmología, Dr. x y Dr. x, de fecha 29 de marzo anterior, que expresan lo siguiente (folio 53):

"En este paciente se desconoce patología previa que contraindique el uso de fármacos ya protocolizados en cirugía de cataratas, en el que se incluye el ciclopéjico, por lo que tras la aparición del cuadro de agitación y desorientación de este paciente en el antequirófano, en la programación para nueva cirugía se evita el uso de barbitúrico como ansiolítico previo, y al ser imprescindible el uso de medríático para efectuar la cirugía programada de catarata, se usa tropicamida por su menor riesgo de producir efectos secundarios locales y generales.

Se constata una buena respuesta del paciente durante la intervención, con postoperatorio normal y satisfactorio.

Las complicaciones posteriores surgidas a los cinco días de la intervención (uveítis plástica y endoftalmitis) obligan a la instauración de tratamiento con colirios ciclopéjicos, lo cual es imprescindible, según protocolo, junto con antibióticos y antiinflamatorios para el control de procesos inflamatorios intraoculares.

Durante el período de ingreso se constata por parte de Enfermería el buen estado general del paciente y con posterioridad la referencia por parte de los familiares de la observación de cambios de comportamiento del paciente, éste es remitido a estudio de Psiquiatría con el fin de ser evaluado".

CUARTO.- Mediante oficio de 20 de abril de 2012 se remitió por la Dirección Gerencia del Área de Salud VI un informe emitido por la facultativa especialista en Área de Neurología, Dra. x, de dicha fecha, que expresa lo siguiente (folio 450):

"Resumen de evolución: El paciente en Dic/2007 en relación con la administración de ciclopléjicos para evaluación oftalmológica presenta cuadro confusional subagudo (alteración conductual severa con ideación delirante, celotipia, descuido del autocuidado, irritabilidad,...) que desaparece tras la retirada del fármaco, recuperando el paciente su situación basal. A finales de 2007, en el contexto de postoperatorio de cirugía de cataratas complicada con endoftalmitis severa que condiciona ingreso y que provoca pérdida de la visión de OI, y según consta en la historia, nueva administración de ciclopléjicos por la situación ocular, el paciente presenta de nuevo un cuadro confusional agudo severo (ideación delirante, agresividad, alucinaciones,...); a pesar de la supresión del ciclopléjico el paciente no recupera su situación basal y en los meses siguientes empeora en relación con la persistencia de la endoftalmitis y procesos de reagudización bronquial. Por dicho motivo se inicia tratamiento con Neurolépticos, inicialmente con risperidona y, como la evolución no era satisfactoria, posteriormente se inicia quetiapina con retirada progresiva de la risperidona.

El paciente en este contexto desarrolla un cuadro extrapiramidal importante, fluctuaciones en su situación cognitiva y problemas de disfunción autonómica y trastorno del patrón alimentario que prácticamente le confinan a vida cama-sillón por incapacidad para la deambulación.

En Abril de 2008 es valorado por primera vez en Neurología y a pesar de tratamiento con neurolépticos persiste con alteración del comportamiento (suspiciacia) y alucinaciones visuales y rigidez e inmovilización.

A la exploración destacaba limitación de la mirada vertical superior, reflejo de enderezamiento incompleto, hipo-bradicinesia, disminución de la frecuencia de parpadeo e hipomimia. Rigidez axial y de extremidades. Rueda dentada bilateral y Froment bilateral. Alteración de los reflejos posturales. A nivel cognitivo enlentecimiento psicomotriz, patrón de deterioro subcortical (batería neuropsicológica, muestra alteración visuoespacial, afectación amnésica mixta episódica y evocación, apraxia promotora, y alteración de la función ejecutiva).

En las exploraciones complementarias destacamos:

TAC CEREBRAL: Atrofia cortico-subcortical. Leucoaraiosis. Lesiones isquémicas en región perisilviana.

EEG: ABC anormal por la presencia de abundantes brotes generalizados de actividad lenta, delta, theta, sobre una actividad de fondo enlentecida, formada por actividades de frecuencia en el rango theta carente de reactividad a la apertura y cierre de párpados.

Se inicia tratamiento con IACE y en las revisiones programadas, a pesar de una discreta mejoría motora, persiste alteración de funciones superiores y precisa ajuste de dosis de neurolépticos y adición de neuromoduladores por la persistencia de trastornos de conducta (desinhibición, anosognosia, hipersexualidad, episodios de

agitación/agresividad...) que dificultan una adecuada convivencia familiar.

En la última revisión el paciente se mantenía en tratamiento por nosotros con:

Rivastigmina 12 mg/24 h, Sinemet plus 1-1/2-0, carbamazepina 200 mg 0-1-1, sertalina 25-0-50 mg, gabapentina 1800-2000 mg/24 h, quetiapina 200-300 mg/día, suplementos protéicos por la dificultad de mantener una adecuada nutrición y en ocasiones dosis mínimas de rescate con risperidona si agresividad.

Por tanto se trata de un paciente con proceso degenerativo progresivo e irreversible que se manifiesta inicialmente con la administración de un fármaco con efecto anticolinérgico que actúa como factor desencadenante del cuadro confusional y que posteriormente presenta deterioro progresivo compatible con la sospecha diagnóstica.

La expresividad clínica de la enfermedad se encuentra condicionada a lo largo de la evolución por su pluripatología y la administración de psicotropos necesarios para el control del comportamiento.

Evolución progresiva hacia el encamamiento y dependencia absoluta.

Diagnóstico:

Demencia degenerativa primaria. Demencia con cuerpos de LEWY. Estadio moderadamente avanzado. Alteración conductual y motora secundaria. Los descritos en antecedentes".

QUINTO.- El 18 de mayo de 2012 se emitió informe por perito de la compañía aseguradora "--", en concreto, por x, especialista en Medicina Interna y Neumología, y por el Dr. x, especialista en Oftalmología, en el que tras analizar los antecedentes clínicos del caso, concluyen lo siguiente:

"1. x padecía una demencia de cuerpos de Lewy, cuadro progresivo e irreversible, que se agravó con el uso de anticolinérgicos en colirio.

2. En el momento en el que se utilizaron no existía ese diagnóstico, y su uso era necesario.

3. No sufría ningún tipo de alergia a la tropicamida.

4. En el momento en el que se utilizaron sólo pusieron al descubierto un cuadro que ya estaba en evolución.

CONCLUSIÓN FINAL

"x padecía una demencia de los cuerpos de Lewy, cuadro progresivo e irreversible, que se agravó con el uso de anticolinérgicos en colirio. En el momento en el que se utilizaron no existía ese diagnóstico, y su uso era necesario. No sufría ningún tipo de alergia a la tropicamida. La actuación es acorde a la lex artis".

SEXTO.- Mediante oficio de 13 de septiembre de 2012 se otorgó trámite de audiencia a las partes interesadas en el procedimiento, presentando la reclamante un escrito en el que, en síntesis, reitera lo alegado anteriormente y, frente a lo manifestado en el citado informe pericial, expresa lo siguiente (folios 461 a 467 exp.):

"Se alega igualmente en informe pericial que "no se puede decir que estos fármacos fueran la causa de la enfermedad, si bien pudieron actuar como un factor que desenmascaró la enfermedad ya existente". A este respecto única Alegación, en todo el Historial Clínico hasta la fecha de intervención de cataratas año 2007, se hace constar de modo expreso la ausencia de sintomatología y antecedentes relevantes, a nivel físico, no existiendo la mínima mención a síntomas neurológicos, lo que nos hace pensar que dicha enfermedad no estaba desarrollada por el paciente".

SÉPTIMO.- Remitidas las alegaciones de los reclamantes a la citada compañía, presentó informe complementario el 7 de diciembre de 2012, en el que se expresa lo siguiente (folio 470):

"Las alegaciones remitidas en relación con el informe de referencia no hacen sino incidir en lo ya expresado en la reclamación y, por tanto, no suponen ningún planteamiento nuevo.

1º) La administración del ciclopléjico era necesaria para realizar la intervención de catarata.

2º) El ciclopléjico puede dar lugar a un cuadro confusional, pero no es la causa de la enfermedad cerebral que aquejaba al paciente (Demencia por cuerpos de Levy). Se trata de una enfermedad degenerativa y, por tanto, sin relación con tóxicos ni medicamentos.

3º) En el momento de la administración del ciclopléjico el paciente ya padecía la enfermedad cerebral; como todas las enfermedades degenerativas su desarrollo es lento y en las primeras fases se mantiene asintomática. Por consiguiente, en el momento de la aplicación del ciclopléjico no era posible sospechar su existencia.

4º) No existe relación de causalidad entre la administración del ciclopléjico y la muerte, que se debió exclusivamente a su enfermedad cerebral (incurable e inevitablemente mortal).

Así pues se mantienen las consideraciones y conclusiones del informe de referencia".

OCTAVO.- Solicitado en su día, y reiterada su solicitud de emisión, un informe a la Inspección Médica de la Consejería consultante, fue emitido el 19 de mayo de 2016, en el que, tras analizar los hechos y realizar diversas consideraciones médicas, se formulan las siguientes conclusiones (folios 483 a 501):

"1. x padecía una Demencia de cuerpos de Lewy, patología degenerativa e irreversible de causa desconocida que condujo a su fallecimiento.

- 2. Los primeros síntomas de la enfermedad fueron previos al episodio de síndrome confusional agudo (SCA) que presentó cuando iba a ser intervenido de catarata en el ojo izquierdo en diciembre de 2007.*
- 3. El SCA sufrido por los ciclopléjicos revirtió. En la intervención finalmente realizada el 8 de enero de 2008 se utilizó tropicamida y no hubo incidencia alguna. El paciente no presentaba ninguna alergia a dicho fármaco. Tampoco hubo incidencias durante el ingreso del paciente por la endoftalmitis postcirugía, en el que se utilizaron ciclopléjicos, fármacos necesarios para tratar la endoftalmitis con vitritis que presentó.*
- 4. No existe relación alguna entre el uso de los ciclopéjicos tópicos y la demencia que presentaba el paciente.*
- 5. Las actuaciones de los oftalmólogos fueron acordes al buen hacer".*

NOVENO.- Mediante oficio de fecha 1 de junio de 2016 se requirió a los reclamantes para que acreditaran su legitimación activa con la presentación del testamento o acta notarial de declaración de herederos, presentando el siguiente 16 un certificado de defunción de x, acaecida el 25 de octubre de 2011, así como testamento de ésta (donde instituye herederos por partes iguales a sus tres citados hijos) y testamento del paciente.

DÉCIMO.- Mediante oficio de 23 de junio de 2016 se otorgó un nuevo trámite de audiencia a los interesados, presentando el 15 de julio siguiente un representante de los reclamantes un escrito en el que, tras reiterar lo expresado en escritos anteriores, añade, frente a lo manifestado en el informe de la Inspección Médica, lo siguiente:

"En el informe emitido por la inspección médica se señala que en fechas previas ya se había producido algún episodio en el fallecido revelador de la existencia de su enfermedad. Pero ello no deja de ser una afirmación meramente interesada sin base documental.

Es en la fase de preparación de intervención quirúrgica cuando tras la administración de ciclopéjicos el paciente presenta los primeros síntomas de desorientación y cuadro confusional agudo, quedando suspendida la intervención y haciendo especialmente el cirujano hincapié en la no administración de ciclopéjicos. Tras la retirada dicho fármaco desaparece el cuadro confusional, siendo pospuesta la intervención. (...)

Cierto que el fallecido padecía una demencia de cuerpos de Lewy, pero absolutamente falso el resto de

conclusiones. No es cierto que existiera sintomatología de la enfermedad previa al episodio de síndrome confusional agudo que presentó cuando iba a ser operado de cataratas en el ojo izquierdo en diciembre de 2007. Utiliza errónea e interesadamente los datos existentes en la documental médica obrante en el expediente llegando a confundirlos y mezclar datos y fechas.

Cuando le operan el 9-1-2008 no le suministran ciclopéjicos. Por eso todo transcurre con normalidad, salvo las consecuencias propias de esta operación que hacen que el ojo tenga infección y es entonces cuando vuelven a administrarle ciclopéjicos durante el ingreso y con posterioridad desencadenando el desarrollo o estimulando la aparición de la enfermedad de Lewy, que hasta ese momento y por mucho que se empeñe la inspectora médica no había dado la cara o no se había desarrollado ni había motivo alguno para pensar que lo haría. ¿Cuál fue el desencadenante de su explosión y desarrollo? Es evidente que el suministro de ciclopéjicos pese a que había prescripción médica en contra".

Finaliza su escrito la representación de los reclamantes solicitando, a título de "herederos vivos" y para los tres hijos de x, la indemnización que le correspondería a ésta como cónyuge del paciente y esposa del fallecido, además de la indemnización que les correspondería a aquéllos como hijos del fallecido, es decir, en total, los 105.676,22 euros ya reclamados.

UNDÉCIMO.- El 1 de diciembre de 2016 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación; en síntesis, por considerar no acreditada la existencia de una infracción a la "*lex artis ad hoc*" médica, a la vista de los informes periciales obrantes en el expediente.

DUODÉCIMO.- En la fecha y por el órgano indicado en el encabezamiento del presente, se solicitó el preceptivo Dictamen de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente y su extracto e índice reglamentarios.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con el 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), y el 12 del RD 429/93, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP), aplicables vista la fecha de iniciación del procedimiento.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. La reclamación fue formulada inicialmente por la esposa e hijos del paciente fallecido, reclamando indemnización por el daño moral derivado de dicho fallecimiento y que es inherente, en principio, a dicho parentesco (aportando a tal efecto el correspondiente Libro de Familia), valorando la indemnización reclamada conforme a las situaciones análogas contempladas en el baremo aplicable en materia de accidentes de tráfico.

Por ello, no procedía, en principio, recabar de los reclamantes la acreditación de su condición de herederos del fallecido, pues, como se desprende de su reclamación, la "*causa petendi*" era de "*iure proprio*", como directos perjudicados por la muerte de su familiar, reclamando, como se dijo, la indemnización legal por el daño moral inherente a dicho fallecimiento. No obstante lo anterior, dado que durante la tramitación del procedimiento una de las reclamantes (el cónyuge del paciente fallecido) fallece, los derechos indemnizatorios de ésta se transmiten "*iure hereditatis*" a los herederos legales de aquélla, que, según el testamento de la misma obrante en el expediente, son, por partes iguales, sus tres hijos. De esta forma, debe considerarse que los reclamantes finales en este procedimiento son los tres hijos del paciente fallecido, ostentando legitimación activa "*de iure proprio*" por el daño moral inherente al fallecimiento de su padre, y "*de iure hereditatis*", por partes iguales, respecto de la indemnización que le hubiera correspondido a su madre en calidad de cónyuge del paciente fallecido.

Por su parte, la Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse los daños al anormal funcionamiento de los servicios públicos sanitarios de su competencia, prestados a través de su SMS.

II. En cuanto a la temporaneidad de la acción, a ejercer en el plazo de un año previsto en el artículo 142.5 LPAC, no hay reparo que oponer, vista la fecha de los hechos y la de la presentación de la reclamación.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos.

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

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 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.
- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.
- Ausencia de fuerza mayor.
- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los razonablemente 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, entre muchos otros, 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 ad hoc*" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Así, la STS, Sala 3ª, de 22 de diciembre de 2001, afirma: *"ciertamente que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente"*.

Asimismo, la STS, Sala 3ª, de 23 de marzo de 2011, expresa que *"la actividad sanitaria no permite exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, ya que su función ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria, utilizando al efecto los medios y conocimientos que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir en todo caso la curación del paciente"*.

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1ª, de 24 de mayo de 1999, entiende que *"los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) y ello supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del*

paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida".

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la "*lex artis*" responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la "*lex artis*"; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

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

En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervinientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la sanidad pública, lo que le otorga un singular valor a efectos de prueba.

CUARTA.-Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos

sanitarios y los daños por los que reclama indemnización. Falta de acreditación.

I. Los reclamantes consideran que el fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, fue consecuencia de la defectuosa asistencia prestada al mismo por el Hospital "*Morales Meseguer*" desde su ingreso en dicho hospital el 28 de septiembre de 2009, para la preparación de una intervención de cataratas, administrándole tropicamida, suspendiendo la intervención por desorientación temporo-espacial (en realidad, fue el 20 de diciembre de 2007, según el informe de la Inspección Médica), y por la administración contraindicada de ciclopéjicos durante el tratamiento de las complicaciones (endoftalmitis) acaecidas posteriormente a su intervención de cataratas el 9 de enero de 2008, lo que hizo desarrollar en el paciente la enfermedad de "*demencia de cuerpos de Lewy*", hasta ese momento sin sintomatología, y que le causó finalmente su fallecimiento.

Acreditada la realidad del daño moral por el que reclaman (el inherente al fallecimiento del paciente el 24 de octubre de 2010), debe analizarse si, en el caso, entre tal daño y el funcionamiento de los servicios sanitarios cuestionados concurre o no una relación de causalidad adecuada a efectos de determinar la responsabilidad patrimonial administrativa que se pretende, conforme con lo expresado en la precedente Consideración.

II. A este respecto, los reclamantes no aportan informe médico alguno en el que funden sus imputaciones de mala praxis médica, lo que ya de por sí sólo justificaría la desestimación de la reclamación, conforme con lo razonado en la Consideración precedente.

No obstante, las consideraciones expresadas en los dos informes periciales coinciden en indicar, sin ningún género de duda, en que la administración de colirios al paciente para el tratamiento de la intervención de cataratas y posterior endoftalmitis, incluso siendo alérgico a alguno de ellos (los ciclopéjicos, pero no la tropicamida) no son, en modo alguno, causa de la generación o desarrollo de la demencia de Lewy que, a la postre, fue causa de su progresivo deterioro y que, finalmente, le causó la muerte.

A este respecto, las consideraciones expresadas en los citados informes periciales son concluyentes.

El informe de la aseguradora el SMS expresa, entre otras consideraciones, lo siguiente:

"El paciente x presentó en diciembre de 2007 un cuadro confusional agudo tras la administración de fármacos ciclopléjicos. Este cuadro desapareció. En este sentido, no se puede hablar de que existiera alergia alguna, sino más bien una reacción anómala a su administración. Es evidente que se debía evitar estos fármacos siempre que se pudiera. El problema reside en que para la evaluación del fondo de ojo, pero sobre todo en el caso de una cirugía de cataratas, es preciso dilatar la pupila, pues de otra manera no es viable la intervención. Esta situación es particularmente cierta en el caso de un paciente mayor e hipertenso, en el que es precisa una dilatación duradera. Por eso, aun a sabiendas de que el fármaco podía producir un cuadro confusional, fue precisa su administración. Por otra parte, el fármaco no produjo la enfermedad, sino que el efecto anticolinérgico puso de manifiesto una enfermedad desconocida hasta ese momento. De hecho, cuando tras la cirugía de cataratas el paciente presentó una endoftalmitis, se precisó nuevamente el empleo de este tipo de fármacos, pues es necesaria una dilatación duradera encaminada a evitar adherencias para preservar la visión. Es preciso señalar que, en ese momento, no existía un diagnóstico neurológico establecido, por lo que era necesario sopesar adecuadamente los riesgos y beneficios de su administración. Al no existir otras alternativas de efecto ciclopléjico y no existir un diagnóstico definitivo del cuadro confusional del paciente, se optó por tratar con este tipo de colirios, pues resultaban imprescindibles en el manejo del paciente. No se puede decir que estos fármacos fueran la causa de la enfermedad, si bien pudieron actuar como un factor que desenmascaró la enfermedad ya existente".

Por su parte, el informe de la Inspección Médica expresa, entre otras consideraciones:

"Por tanto, se trata de un paciente que va a ser intervenido de cataratas para lo cual es preciso utilizar medicación que dilate la pupila. Al paciente se le instilan los colirios protocolizados para esta intervención y se le da Lorazepam vía oral para que esté más tranquilo (lo que es habitual). El paciente presentó un cuadro confusional, por lo que se suspende la cirugía, y se ordenó que para sucesivas ocasiones no se le diera Lorazepam y que se dilatara la pupila únicamente con Tropicamida, (que como hemos visto es el fármaco con menos problemas). La actuación de los profesionales es absolutamente correcta.

El paciente es intervenido el 9 de enero sin incidencia alguna. Desafortunadamente sufrió una endoftalmitis post cirugía (una de las complicaciones más serias de la cirugía ocular) con vitritis, la cual precisa para su tratamiento además de los antibióticos y de fármacos antiinflamatorios, el uso de colirios ciclopléjicos. El paciente permaneció ingresado desde el 14 de enero hasta el 1 de febrero en que fue alta domiciliaria, sin que se recoja nada anormal, pese al uso diario de estos fármacos.

En la reclamación se argumenta que el paciente no había presentado ninguna clínica antes de la intervención de cataratas, lo que se contradice con lo recogido en la historia. Así en la

derivación a neurología realizada por su médico de cabecera en marzo de 2008 se relata que el paciente presentó alteraciones de conducta (y se describen las mismas) desde hacía un año y medio, motivo por el que se le realizó un TAC en julio de 2007. También recoge que desde entonces llevaba una vida normal y autónoma.

El TAC de julio de 2007 informa de atrofia cortico- subcortical, lesiones de aspecto isquémico residual en región perisilviana izquierda y lesiones hipoatenuantes en la sustancia blanca compatible con encefalopatía vascular de pequeño vaso o leucoaraiosis.

La leucoaraiosis (cambios de la sustancia blanca) es un término de neuroimagen descriptivo que se asocia a diferentes situaciones clínicas y patológicas, entre ellas al deterioro cognitivo. Esta entidad está íntimamente relacionada con la enfermedad cerebral de pequeños vasos, así como con la aterosclerosis cerebral y la angiopatía amiloide que son consideradas las alteraciones más frecuentes del cerebro humano en pacientes longevos.

El paciente desarrolló un glaucoma agudo, para el que se puso tratamiento farmacológico y laserterapia y en el curso del mismo, el 28 de febrero, sus familiares lo llevan al S. de urgencias por trastornos de conducta con crisis de heteroagresividad. En esta atención de urgencias se vuelve a recoger que desde hacía un año y medio tenía disminución de la memoria reciente y cambio de carácter. El psiquiatra emite juicio clínico de Síntomas psicóticos asociados a demencia (esto último en interrogación) y recomienda valoración por neurología e incluye en el tratamiento el Risperdal (fármaco antipsicótico).

El 26 de abril es valorado de nuevo en el S. de Urgencias, por bronquitis aguda más un cuadro con rigidez en rueda dentada y facies hiponímica (síntomas típicos de E. de Parkinson) el juicio clínico es Parkinsonismo farmacológico. Dos días después, el 28, es valorado por neurología y el juicio clínico desde esta primera consulta, es demencia por cuerpos de Levy en estadio moderado.(...)

Llama la atención que se recoge por varios facultativos que el paciente presenta alergia a la Tropicamida, lo que es incorrecto. Este dato se recoge por primera vez en la asistencia de urgencias del 26 de abril y se mantiene por los sucesivos facultativos. (La información sobre alergias se obtiene del interrogatorio clínico realizado al paciente o a los familiares).

La demencia de cuerpos de Lewy es la tercera causa de demencia, por detrás de la enfermedad de Alzheimer y de la demencia vascular. Se trata de una enfermedad

neurodegenerativa de causa desconocida, cuyo diagnóstico de certeza sólo puede hacerse post mortem con la demostración de la presencia de los llamados cuerpos de Lewy, estructuras que corresponden a degeneración del citoplasma de las neuronas formadas por la acumulación anormal de proteínas, fundamentalmente de alfa-sinucleína, la cual se identifica con certeza mediante técnicas inmunohistoquímicas.

Los síntomas de la enfermedad incluyen la presencia de deterioro cognitivo, la aparición de síntomas de parkinsonismo, alucinaciones, delirios o respuestas anormales a diversos fármacos. Las fluctuaciones cognitivas son otro de los síntomas cardinales de la enfermedad. (...)

El pronóstico de la enfermedad respecto al tiempo de vida varía en cada persona y se ve afectado por el estado de su salud en general o por la existencia de enfermedades no relacionadas con la demencia. (...)

En resumen se trata de un paciente afecto de una Demencia de Lewy, enfermedad neurodegenerativa progresiva e irreversible de causa desconocida, con síntomas previos a la atención por parte de oftalmología, que presentó un cuadro confusional achacable a los fármacos anticolinérgicos, pero el deterioro progresivo que sufrió es debido a la enfermedad de base.

La actuación de los profesionales fue adecuada en todo momento".

III. En consecuencia con todo lo anterior, se advierte con claridad que no queda acreditada la existencia de una actuación contraria a la "*lex artis ad hoc*" por los servicios sanitarios públicos, por lo que, conforme con lo expresado en las previas Consideraciones, no puede reconocerse la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria regional.

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

CONCLUSIONES

PRIMERA.- La resolución final del procedimiento debe considerar como reclamantes a x, y, z, a título propio como hijos de x, y como herederos, a partes iguales, de los derechos indemnizatorios de x (aunque por error se consigna x), como esposa del paciente fallecido y reclamante fallecida durante la tramitación del procedimiento de referencia, lo que debe reflejarse en dicha resolución, por las razones expresadas en la Consideración Segunda del presente Dictamen.

SEGUNDA.- A los efectos de determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración regional que se pretende, no se acredita la existencia de una relación de causalidad jurídicamente adecuada entre el funcionamiento de sus servicios sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización, por las razones expresadas en las Consideraciones Tercera y Cuarta del presente Dictamen. En consecuencia, la propuesta de resolución remitida, en cuanto es desestimatoria de la reclamación por tales motivos, se dictamina favorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.

