



Dictamen nº 32/2021

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 18 de febrero de 2021, 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 del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 28 de diciembre de 2020 (COMINTER 387156/2020), sobre responsabilidad patrimonial instada por D.ª X y otros, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. 261/20), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 27 de diciembre de 2018 D.ª X y D.ª Y, D.ª Z y D. W formulan una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

En ella exponen que son, respectivamente, la viuda y los tres hijos de D. V, que falleció el 28 de octubre de ese año en el Hospital General Universitario *Santa Lucía* (HGSL) de Cartagena, a la edad de 83 años.

Según manifiestan, su familiar gozaba de una buena calidad de vida y de plena independencia, pero acudió el 25 de octubre a una consulta externa del Servicio de Hematología del citado hospital porque padecía una rectorragia leve y no constante, apreciable en la defecación. Se le pautó analítica bioquímica (que resultó normal) y administración de hierro intravenoso y se le indicó que se le debía realizar una colonoscopia al día siguiente.

Así pues, el 26 de octubre de 2018 ingresó al cuidado del Servicio de Digestivo en el HGSL donde se le practicó la citada prueba, que se llevó a cabo sin incidencias y sin que se detectara ningún sangrado activo. Se le diagnosticó entonces angiodisplasia de colon derecho. Por otra parte, la facultativa que le asistió pospuso para el día siguiente la práctica de una prueba analítica.

Durante la noche del citado día 26 y la madrugada del sábado 27 de octubre, el estado del paciente empeoró y aparecieron síntomas de náuseas, vómitos y de dolor abdominal. No obstante, a las 10:03 horas del día 27 la exploración abdominal resultó normal, ya que el paciente tenía el abdomen blando, sin peritonismo. Se solicitó la realización de una radiografía.

A las 12:17 h se analizó dicha prueba de imagen y se concluyó que *"las cúpulas son normales, tiene asa centro abdominal y algún nivel"*. Por ello, se dejó al paciente en dieta líquida hasta ver su evolución y no se le llegó a practicar la analítica que se le había prescrito el día anterior.

A partir de ese momento el estado del enfermo fue empeorando progresivamente (con debilidad general, pérdida de apetito, vómito, hipotensión...) por lo que los interesados exigieron a Enfermería que se avisara a un facultativo.

El médico de guardia, especialista en Reumatología, exploró al paciente a las 20:00 h y anotó que *"A la exploración: me impresiona de palidez. Abdomen Blando y depresible peristaltismo conservado. TA 80/40 (ayer TAS 120). Solicito hemograma y pongo suero terapia por la hipotensión"*. Los resultados de la prueba se obtuvieron a las 20:56 h y mostraban datos reveladores de graves anomalías y estados infecciosos.

Los reclamantes denuncian que, desde entonces, su familiar no volvió a ser valorado por un facultativo hasta veinte horas más tarde, cuando a las 16:17 h del 28 de octubre, tras reclamar ante la pasividad que mostraban las

enfermeras de la planta, lo hizo una facultativa del Servicio de Medicina Interna, que realizó, entre otras, las siguientes anotaciones:

"Abdomen distendido, blando y depresible, con ruidos disminuidos pero sin peristaltismo. (...). Solicito radiografía de abdomen y analítica.

En la reevaluación del paciente el dolor abdominal no ha cedido. Además se encuentra taquipneico (respiración Kussmaul), con TA 104/45, con signos de hiperfusión y aparición de livideces.

(...)

TC abdomen: Cambios inflamatorios adyacentes al colon derecho, no siendo valorable la pared colónica por ausencia de contraste, sin datos de neumatosis intestinal ni neumatosis portal que orientaran a isquemia mesentérica ni neumoperitoneo que sugiera perforación de víscera hueca.

JD: Insuficiencia renal aguda prerrenal. Sepsis de muy probable origen abdominal. Acidosis metabólica.

Se contacta con UCI y se decide ingreso a su cargo".

Añaden que el resultado de las pruebas efectuadas estuvo disponible a las 17.09 h.

Una vez trasladado el enfermo a la UCI por sepsis no urinaria, se iniciaron maniobras de reanimación con fluidoterapia sin que se consiguiera remontar el estado del paciente, que evolucionó desfavorablemente y falleció a las 19:50 h del citado 28 de octubre de 2018.

Según se expone en el certificado de defunción que se expidió en ese momento, las causas más probables del fallecimiento fueron hemorragia digestiva baja secundaria a angiodisplasia de colon y probable isquemia intestinal tras retiro de anticoagulación.

A juicio de los reclamantes, en la asistencia que se le prestó a D. V se aprecian las siguientes deficiencias:

- Falta de práctica de la analítica indicada el 26 de octubre de 2018 para controlar la evolución del paciente.
- Ausencia de estudio y de orientación diagnóstica sobre una posible perforación intestinal en la colonoscopia efectuada el 26 octubre de 2018, que pudo ser causa del acelerado empeoramiento del estado del paciente.
- Falta de atención del paciente por parte de los facultativos de Digestivo, a cuyo cargo se hallaba desde el mediodía del 27 de octubre.
- Ausencia de estudio de los alarmantes indicadores de sepsis que aparecían en la analítica realizada el citado 27 de octubre, ni consiguiente revisión e intervención facultativa en un intervalo de 20 horas (desde las 20:00 h del día 27 hasta las 16:17 h del domingo 28 octubre), lo que favoreció la progresión de la sepsis abdominal sin abordaje médico idóneo.
- Retraso en la práctica puntual de una TAC abdominal con contraste hasta un escaso tiempo antes del ingreso en situación de extrema gravedad en la UCI. De hecho, se obtuvo el informe del resultado a las 18:43 h, una hora antes de que se produjera el fallecimiento del paciente.

Junto con la reclamación aportan una copia del Libro de Familia, acreditativo del vínculo matrimonial y de las relaciones de filiación mencionadas, y dos hojas que contienen gráficos comparativos de los distintos valores (linfocitos, neutrófilos y plaquetas) que se obtuvieron en las pruebas efectuadas los días 25 y 27 de octubre de 2018.

SEGUNDO.- La reclamación se admite a trámite el 14 de enero de 2019 y al día siguiente se da cuenta de ese hecho a la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud (SMS) para que informe a la compañía aseguradora correspondiente.

El 16 de enero se solicita a la Dirección Gerencia del Área de Salud II-HGSL que remita una copia de la historia

clínica del paciente fallecido y los informes de los médicos que lo asistieron.

Esta solicitud de documentación e información se reitera el 4 de abril siguiente.

TERCERO.- El día 25 del citado mes de abril se recibe el informe suscrito tres días antes por la Dra. D.^a A, médica adjunta de Medicina Intensiva, en el que expone lo siguiente:

"A mi llegada, el paciente presentaba mal estado general, se encontraba estuporoso, taquipneico, con livideces generalizadas y en situación de shock, hipotensor y taquicárdico. La analítica muestra una acidosis metabólica grave. Ante dicha situación, se solicitó TAC abdominal urgente a fin de descartar cuadro de isquemia intestinal que pudiera ser compatible con el cuadro del paciente, sin poder precisar con esa prueba la existencia de dicha patología por la escasa cantidad de paso del contraste a la pared intestinal, debida a la hipoperfusión tisular marcada del paciente. Ante la situación de inestabilidad extrema, ingresa en UCI para aplicación de medidas de soporte, con canalización de vía venosa de gran calibre central, e inicio de infusión de fluidoterapia agresiva y drogas vasoactivas, a pesar de lo cual, presenta hipotensión muy grave que no remonta con dichas medidas, con bradicardización extrema y asistolia, con resultado de exitus a la hora de ingreso en nuestra unidad".

CUARTO.- Con fecha 26 de junio tiene entrada una comunicación interior con las que se adjuntan dos informes realizados dos facultativas del Servicio de Digestivo.

El primero de ellos es el realizado el 12 de junio por la Dra. D.^a F, en el que pone de manifiesto lo que se seguidamente se transcribe:

"El día 26 de octubre de 2018 se procede a realizar una colonoscopia al paciente D. V, siendo la indicación de la misma rectorragia.

Remitiéndome al informe de la Ref. "B" sobre la colonoscopia realizada, se observa a nivel de colon ascendente, muy próximo a la válvula ileocecal, un coágulo sobre una lesión vascular que resulta compatible con una angiodisplasia que no presenta sangrado activo en el momento de la exploración. Ante los hallazgos encontrados, procedo a esclerosar con adrenalina y fulgurar con gas argón, transcurriendo el procedimiento sin complicaciones inmediatas.

En pruebas realizadas -TC abdominal- 48 horas después de la realización de la colonoscopia no se aprecian signos de perforación derivados de esta endoscopia.

CONCLUSIONES

La realización de la colonoscopia a D. V transcurrió sin complicaciones inmediatas, y sin apreciar signos de perforación en prueba de imagen posterior".

El segundo es el elaborado el 18 de junio de 2019 por la Dra. D.^a B, en el que *"como respuesta a la alegación planteada por el interesado, informo que el paciente D. V (me remito a la historia clínica) ingresó el día 25 de Octubre de 2018 ante un cuadro clínico compatible con hemorragia digestiva baja en paciente anticoagulado. (Se consulta telefónicamente por parte de hematología de hospital de día, y se decide ingreso conjuntamente)".*

En la historia clínica consta que el paciente había presentado rectorragia desde una semana antes, y que en los últimos días el cuadro se había agravado. El informe clínico se elabora el día 26 de octubre tras valoración del paciente previa a la colonoscopia y se añade que se solicita analítica de control la cual no consta en Selene.

La última analítica realizada fue de hospital de día (del día previo a la elaboración del informe clínico, 25 de Octubre de 2018) con hemograma completo y bioquímica donde únicamente destacaba anemia crónica e insuficiencia renal leve, ya conocida previamente.

Se realiza colonoscopia tal y como consta sin incidencias inmediatas.

El día 27 de octubre de 2019, al iniciar el pase de planta de Sábado me comentan que el paciente había presentado acidez y abundantes gases (ver nota de enfermería). Cuando se valora, el paciente presenta náuseas y molestias abdominales, aunque la exploración física era anodina y sus constantes vitales estaban estables, no

había datos de sangrado tras la colonoscopia.

Me remito a la historia clínica donde consta "la exploración abdominal es normal, abdomen blando, sin peritonismo".

La analítica de control se habría solicitado inicialmente por control previo a una hipotética alta médica. (No estrictamente necesaria ante estabilidad clínica).

Es por ello que en ese primer momento y ante la clínica y antecedente de colonoscopia se solicita Rx de abdomen, informado el resultado posteriormente en anotación "cúpulas normales".

No considero por tanto la analítica como prueba fundamental en ese momento ante la estabilidad hemodinámica, la exploración física y la no evidencia de complicación derivada".

QUINTO.- El 28 de junio de 2019 se recibe una copia de la historia clínica del paciente fallecido.

SEXTO.- El 29 de agosto siguiente tiene entrada el informe elaborado por la Dra. G, médico interno residente del Servicio de Digestivo, que es del siguiente tenor:

"Tal y como figura en el documento, el 28 de Octubre de 2018, fui avisada por parte de enfermería del Hospital Santa Lucía para valorar a V por dolor abdominal.

El paciente, varón de 83 años, estaba ingresado desde el día 25 a cargo de Aparato Digestivo por rectorragia que había surgido durante su estancia en el Hospital de Día Médico el mismo día del ingreso, y como bien hago referencia en mi nota, refiere a mi llegada (tras ser avisada por Enfermería unos minutos antes) escasas deposiciones desde la realización de la colonoscopia (que se había llevado a cabo el 26 de Octubre), así como ausencia de ventoseo en las últimas 24 horas. Tras la exploración abdominal en la que se objetivaba un abdomen blando y depresible, aunque distendido y con peristaltismo disminuido realicé un tacto rectal hallando restos de heces en dedil, sin evidencia de sangrado.

Después de la exploración física indicada solicité una radiografía de abdomen para valorar una patología abdominal así como una analítica urgente. La radiografía de abdomen mostraba niveles hidroaéreos, y contacté con el médico adjunto de guardia (Dr. C) con el que reevaluamos al paciente. Éste continuaba con dolor abdominal, presentaba taquipnea (con respiración de Kussmaul), no presente en la exploración previa, y además había comenzado a mostrar signos de hipoperfusión periférica con livideces cutáneas.

Ante la eventual gravedad de la situación clínica y la rapidez de la evolución (no habría pasado más de una hora desde el primer contacto con el paciente durante la guardia) contactamos con Radiología para la realización de una prueba de imagen abdominal urgente. Solicitamos una gasometría arterial urgente en la que destacaba acidosis metabólica con signos de hipoperfusión tisular (pH 6.89, bicarbonato 4 y lactato 17). Esta gasometría se analizó en el gasómetro de la planta de Neumología dado el carácter urgente de la misma. Tras ello y con los resultados de la analítica previamente extraída en la que se evidenciaba un fallo renal agudo (creatinina =4 mg/dl), avisamos de forma telefónica a UCI para valoración por su parte, si bien se le indica que el paciente iba a ser trasladado a Radiodiagnóstico para realizar una exploración urgente.

Estando en Radiología con el paciente se decide la realización de un TC abdominal (sin contraste dado el fallo renal que presentaba) con los hallazgos que se describen en el documento, quedando posteriormente el paciente ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos aproximadamente no más de dos horas después de la primera atención del paciente en la tarde del 28 de octubre".

SÉPTIMO.- El 10 de septiembre de 2019 se reciben nuevos documentos clínicos (de Enfermería y de Dirección Facultativa) y una copia del documento de consentimiento informado firmado por el familiar de los interesados.

OCTAVO.- El 3 de octubre se envían sendas copias del expediente administrativo a la Inspección Médica y a la correduría de seguros del SMS para que se puedan elaborar los informes valorativo y pericial correspondientes.

NOVENO.- Se recibe el 16 de enero de 2020 el informe médico pericial elaborado conjuntamente, a instancia de la compañía aseguradora, por dos médicos especialistas en Cirugía General y del Aparato Digestivo el 4 de

noviembre de 2019.

En este documento se recogen las siguientes conclusiones generales:

1. La causa del fallecimiento no fue una perforación de colon. La causa probable del fallecimiento fue una isquemia intestinal aguda motivada por un émbolo arterial.
2. El no haber sospechado el cuadro de isquemia intestinal aguda durante el sábado no quiere decir que la atención médica fuera deficiente. Desgraciadamente en ocasiones los cuadros clínicos se manifiestan en todo su esplendor cuando su curso es ya desgraciadamente irreversible. Esto ocurre en un 25% de las isquemias intestinales agudas, y esto es exactamente lo que ocurrió en este caso".

Y también se concluye finalmente que "*No hay datos para pensar que haya habido mala práctica médica*".

DÉCIMO.- El 3 de febrero de 2020 se concede audiencia a los reclamantes para que puedan formular alegaciones y presentar los documentos y justificaciones que estimen procedentes.

UNDÉCIMO.- El 19 de febrero, un letrado debidamente apoderado, que actúa en nombre y representación de los interesados, presenta un escrito en el que solicita que se requiera a la Dirección Gerencia del Área II de Salud que remita las 41 imágenes del curso de la colonoscopia que se practicó por el Servicio de Digestivo al paciente el 26 de octubre de 2018.

Esa solicitud de documentación se formula el 9 de marzo de 2020.

DUODÉCIMO.- El 16 de marzo de 2020 se recibe la documentación solicitada a la Dirección Gerencia ya referida, que se reenvía el 27 de abril a la correduría de seguros del SMS y a la Inspección Médica.

DECIMOTERCERO.- El 12 de mayo de 2020 se recibe un nuevo informe pericial realizado el día 4 de ese mes por los mismos facultativos que elaboraron el anterior, en el que se confirman las conclusiones que ya se expusieron más arriba.

DECIMOCUARTO.- El 1 de junio de 2020 se concede una nueva audiencia a los reclamantes pero no consta que hayan hecho uso de este derecho.

DECIMOQUINTO.- Con fecha 16 de diciembre de 2020 se formula propuesta de resolución desestimatoria por no concurrir los requisitos necesarios para declarar la existencia de responsabilidad patrimonial, al no haber cuantificado el daño y no haberse acreditado la relación causal entre el daño reclamado y la asistencia prestada por el SMS.

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 28 de diciembre de 2020.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo dado que versa sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en los artículos 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), y 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo de interposición de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. La reclamación por daño moral ha sido interpuesta por la viuda y los hijos del paciente fallecido, según se

acredita por medio de una copia 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.

II. En relación con el requisito del plazo, el artículo 67.1 LPACAP establece que 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 del paciente se produjo el 28 de octubre de 2019 y la solicitud de indemnización se presentó 27 de diciembre siguiente, de forma temporánea por tanto, ya que se ejercitó dentro del plazo legalmente establecido.

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 sobrepassado en exceso el plazo previsto en el artículo 91.3 LPACAP. Asimismo, resulta necesario formular tres observaciones adicionales:

a) La primera se refiere a la consideración novena que se contiene en la propuesta de resolución que aquí se analiza. En ella se pone de manifiesto que *"la falta de concreción de la cuantía indemnizatoria aboca a desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial, según indica el Consejo Jurídico de la Región de Murcia en su Dictamen 108/2009"*. Y, en ese sentido, la parte dispositiva de la propuesta recoge ese motivo específico de desestimación de la solicitud de indemnización.

Pese a ello, entiende este Órgano consultivo que conviene efectuar una matización al respecto, y es que en aquella ocasión se utilizó ese argumento *a fortiori*, una vez que ya había quedado acreditado que se había seguido una praxis médica adecuada y, por tanto, que el daño ocasionado no era antijurídico.

Por ese motivo, considera más ajustado señalar que no procede proponer la desestimación de la reclamación presentada por el mero hecho de que los interesados no hayan cuantificado el daño al que se refieren. Como se expone detalladamente en su Dictamen núm. 66/2020, ese defecto -unido a la falta de una prueba posterior contundente para poder determinarlo durante la sustanciación del procedimiento- obliga a los interesados a tener que someterse al restante material probatorio que obre en el expediente y a la resolución que los órganos actuantes construyan a partir de tal material.

Pero, debe insistirse, la falta de determinación por los reclamantes de la cuantía de la indemnización que solicitan no puede servir, por sí sola o de manera autónoma, para desestimar la pretensión resarcitoria, pues siempre podría el órgano instructor concretarla con fundamento en los materiales probatorios que sí se hubiesen aportado a las actuaciones, si es que concurrieran, en ese caso, los requisitos legalmente establecidos para declarar la responsabilidad extracontractual de la Administración.

b) En segundo lugar, se constata que cuando se confirió el correspondiente trámite de audiencia no se le concedió a la aseguradora del SMS, a pesar de que goza asimismo de la condición de interesada en el procedimiento. No obstante, no se considera que se le haya colocado en este caso en situación alguna de indefensión dada la intervención activa que ha desplegado en este procedimiento.

c) Por último, 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 resolver el procedimiento, de acuerdo con lo señalado en nuestro Dictamen núm. 193/2012. Así, la decisión que se contiene en la propuesta de resolución elevada asume las consideraciones médicas que se exponen en los informes periciales que remitió la compañía aseguradora del SMS. Además, puede entenderse que dichos elementos de juicio resultan suficientes desde el momento en que los reclamantes no han presentado ningún informe pericial que les permita sostener 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 criterios que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 de la Constitución Española, 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 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, 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 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.

Ya se ha expuesto con anterioridad que los interesados solicitan una indemnización, que no han cuantificado durante la tramitación del procedimiento, como consecuencia del fallecimiento, a los 83 años, de su esposo y padre, en el HGSL, tras sufrir una hemorragia digestiva secundaria a una displasia de colon y una probable isquemia intestinal.

Los reclamantes consideran que se le dispensó a su familiar una atención clínica muy deficiente y, de manera particular, que se le pudo haber producido una perforación intestinal al enfermo con ocasión de la colonoscopia que se le efectuó el 26 octubre de 2018, que debió ser la causa del acelerado empeoramiento de su estado y que concluyó con su rápido fallecimiento posterior.

No obstante, los interesados no han presentado ningún medio de prueba, preferentemente de carácter pericial, que avale la imputación de mala praxis que realizan. Conviene recordar 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..."*.

De manera contraria, la Administración sanitaria ha aportado una copia de la historia clínica del fallecido y ha traído a las presentes actuaciones los informes de las distintas facultativas, de varios servicios médicos, que lo asistieron, en los que dan cuenta de las asistencias que le dispensaron en cada momento.

Por otra parte, se ha incorporado al expediente el informe pericial inicial que se elaboró a instancias de la compañía aseguradora del SMS por dos especialistas en Cirugía General y del Aparato Digestivo, que se confirmó luego con otro posterior, que no ha sido contradicho de alguna manera ni en algún momento por los reclamantes.

En ese informe pericial se argumenta de forma extensa que la causa del fallecimiento del paciente se encuentra -porque no se hizo una autopsia que hubiera permitido confirmarlo- en una isquemia intestinal masiva y aguda, debida al hecho de que se desprendiera un émbolo de la aurícula cardíaca (Conclusión 1^a).

En apoyo de esa interpretación se debe apuntar que el fatal desenlace se produjo en muy poco tiempo -como es habitual en esos casos-, y después de que al enfermo se le retirara la anticoagulación. Precisamente, los peritos destacan que eso era necesario en este paciente porque la razón que motivó la colonoscopia fue una hemorragia digestiva baja. Y resaltan que esa retirada para hacer que la herida dejase de sangrar incrementaba el riesgo de que se produjeran isquemias arteriales agudas por émbolos lanzados desde el corazón (infarto cerebral, infarto intestinal, etc.).

Por lo tanto, se debe entender que se manifestó la isquemia de forma insidiosa y cuando ya no había solución posible, lo que se produce en un 25 por 100 de los casos, según manifiestan. En este sentido, añaden los peritos que en este caso hubo pocos datos indicativos de cuadro abdominal agudo grave y potencialmente letal a lo largo del sábado del ingreso. En todo momento los facultativos durante el sábado despejaron la posibilidad de una perforación de colon tras la colonoscopia, pero en ningún caso sospecharon la posibilidad de isquemia mesentérica aguda.

Debe repararse en la circunstancia de que ese diagnóstico de sospecha también fue el que se recogió en el informe de alta del paciente, tras su fallecimiento.

Asimismo, conviene destacar que en las pruebas de imagen no se advierte neumoperitoneo y que eso permite descartar que se hubiese producido una perforación de colon durante la colonoscopia que se llevó a cabo. Además, según manifiestan los peritos, la perforación del colon no discurre clínicamente con una letalidad tan fulminante.

Por último, también se expone en el informe pericial que no es cierto que en la analítica que se realizó el 27 de octubre hubieran aparecido indicadores de sepsis. Los peritos admiten que el único parámetro que estaba alterado era una leucocitosis de 18000 con desviación a la izquierda, pero insisten en que eso no es un indicador de dicha infección generalizada.

Y señalan que fue en la tarde del domingo 28 cuando apareció el primer indicador de alarma de sepsis como era el láctico de 17, pero resaltan que en ese momento era ya difícil actuar porque se había producido una isquemia intestinal aguda.

Como se concluye en el informe pericial (Conclusión 2^a), no haber sospechado el cuadro de isquemia intestinal aguda durante el sábado no quiere decir que la atención médica fuera deficiente ni que se incurriese en una actuación contraria a la *lex artis*. Desgraciadamente, en ocasiones como la que aquí se analiza, los cuadros clínicos se manifiestan en todo su esplendor cuando su curso es ya desgraciadamente irreversible. Esto ocurre en un 25 por 100 de las isquemias intestinales agudas, es precisamente lo que ocurrió en este caso.

Lo que se ha expuesto conduce a la conclusión de que, en este caso y pese al lamentable desenlace que se produjo, no existe relación de causalidad alguna entre el daño mencionado y el funcionamiento del servicio público sanitario, lo que debe determinar la desestimación de la pretensión resarcitoria promovida por los interesados.

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 por no existir relación de causalidad alguna entre el funcionamiento normal del servicio sanitario regional y el daño moral alegado, cuyo carácter antijurídico tampoco se ha acreditado.

No obstante, V.E. resolverá.