

**Tribunal Superior de Justicia de Madrid**  
Sala de lo Contencioso-Administrativo  
**Sección Décima**

C/ Génova, 10 - 28004  
33069750

NIG: 28.079.00.3 2012/0003903



(01) 30171433098

**Procedimiento Ordinario 398/2012**

**Demandante:** D./Dña. [REDACTED] D./Dña. [REDACTED]  
[REDACTED] y D./Dña. [REDACTED]

PROCURADOR D./Dña. IGNACIO MELCHOR ORUÑA

**Demandado:** COMUNIDAD DE MADRID

NOTIFICACIONES A: CALLE: PUERTA DEL SOL, Madrid (Madrid)  
QBE INSURANCE (EUROPE)

PROCURADOR D./Dña. FRANCISCO ABAJO ABRIL

**SENTENCIA N° 476/2014**

Presidente:

**Dña. ANA MARIA APARICIO MATEO**

Magistrados:

**Dña. Mª DEL CAMINO VÁZQUEZ CASTELLANOS**

**Dña. FRANCISCA ROSAS CARRION**

**Dña. Mª DEL MAR FERNÁNDEZ ROMO**

En la Villa de Madrid a 23 de junio de 2014.

Visto el presente recurso contencioso administrativo seguido ante la Sección Décima de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, interpuesto por doña [REDACTED], doña [REDACTED] y don [REDACTED], representados por el Procurador don Ignacio Melchor de Oruña y dirigidos por el Letrado don Antonio Ramos Mesonero, contra la desestimación, por silencio administrativo de la **Comunidad de Madrid**, desestimatoria de reclamación de responsabilidad patrimonial.

Ha sido parte demandada la Comunidad de Madrid, representada y dirigida por el Letrado de sus Servicios Jurídicos don Francisco J. Peláez Albendea; y codemandada la entidad "**QBE INSURANCE (EUROPE) LTD. SUCURSAL EN ESPAÑA**", representada por el Procurador don Francisco José Abajo Abril y dirigida por el Letrado don Ramiro Nieto Santiago.

## ANTECEDENTES DE HECHO

**PRIMERO.-** Interpuesto el recurso contencioso administrativo, se reclamó el expediente y siguiendo los trámites legales se emplazó a la parte recurrente para que formalizase la demanda, lo que verificó mediante escrito, dirigido contra la Comunidad de Madrid y su compañía aseguradora, en el que hizo alegación de los hechos y fundamentos de Derecho que consideró de aplicación y solicitó sentencia declarando nula y no conforme a derecho la resolución presunta desestimatoria de la reclamación administrativa presentada y se condenara a las demandadas al pago de la cantidad de 101.713,35 euros.

**SEGUNDO.-** La Administración demandada y "QBE INSURANCE (EUROPE) LTD. SUCURSAL EN ESPAÑA" contestaron y se opusieron a la demanda de conformidad con los hechos y fundamentos que invocaron, terminando por solicitar que se dictara sentencia desestimatoria del recurso contencioso administrativo, con imposición de costas a la parte actora.

Habiéndose recibido el proceso a prueba, se practicaron los medios probatorios propuestos y admitidos con el resultado que obra en autos, presentando posteriormente las partes sus respectivos escritos de conclusiones.

**TERCERO.-** Finalizada la tramitación del proceso, se señaló para votación y fallo del recurso el día 18 de junio de 2014, fecha en que tuvo lugar.

En la tramitación del proceso se han observado las reglas establecidas por la Ley.

Ha sido Magistrado Ponente doña Francisca María Rosas Carrión, quien expresa el parecer de la Sección.

## FUNDAMENTOS DE DERECHO

**PRIMERO.-** Doña [REDACTED] doña [REDACTED] y don [REDACTED] han interpuesto el presente recurso contencioso administrativo contra la desestimación, por silencio administrativo de la Comunidad de Madrid, de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada el 29 de septiembre de 2011, por mala praxis en la asistencia sanitaria dispensada a su madre, doña María Castro Martínez, en el Hospital Universitario de La Princesa, a raíz de una intervención quirúrgica para la colocación de una válvula mitral y de un anillo tricúspido que se llevó a cabo con éxito.

Sin embargo, se aduce en la demanda que día 25 de septiembre de 2010, cuando la paciente ya había sido trasladada a la planta, se cayó de la cama al encontrarse bajada la barrera lateral de la misma, y se fracturó la cadera derecha causándose también un extenso hematoma.

Hasta el día 29 de septiembre no fue valorada por el servicio de Traumatología, pese a que, desde la caída, la cifra de hemoglobina era muy baja y aparecieron arritmias, bloqueos y fibrilación auricular, no habiéndose advertido mientras tanto diversos episodios de sangrado.

El día 27 de septiembre se suspendió totalmente el sintrom y el día 30 se suspendió también el elxane pero, a fecha de 1 de octubre, a doña [REDACTED] no se le había instaurado ningún tratamiento específico para el sangrado.

Mientras el Servicio de Traumatología buscaba la causa originaria del sangrado, seguía sin evacuar el hematoma y sin cerrar las bocas sangrantes, por lo que aquél invadió los músculos, el suelo pélvico, el muslo derecho y ocasiono vómitos e íleo paralítico secundario a la compresión en aumento sobre la vesícula biliar y sobre el colon.

En los siguientes días se produjo un empeoramiento creciente del estado de salud de la paciente, que falleció a las 12:35 horas del día 4 de octubre de 2010.

La autopsia practicada a doña [REDACTED] arrojó los siguientes datos significativos:

Gran hematoma de 31 x 18 cm en cadera derecha.

Cavidad peritoneal: gran hematoma a nivel de músculos oblicuos y rectos del abdomen en su porción inferior, así como en la cara interna de la pared pélvica. Se identifica un pequeño punteado negruzco en epiplon y grasa mesentérica.

Intestino grueso: a su apertura la mucosa muestra zonas ulceradas y áreas de aspecto hemorrágico, con presencia de trombos en vasos de pequeño calibre, con componente inflamatorio agudo que llega a la submucosa y focalmente a capa muscular.

Médula ósea de cresta ilíaca: a nivel microscópico proliferación de células mieloides con elementos inmaduros de etiología no filiada.

Se considera en la demanda que la adopción de medidas de seguridad consistentes en subir las barreras de la cama resultaba necesaria en el caso de doña [REDACTED] dada la circunstancia de que se encontraba en tratamiento con anticoagulantes, y que su inobservancia por parte del personal de enfermería constituye una negligencia grave, y también se considera que la asistencia sanitaria dispensada con posterioridad a la caída constituye un claro error médico, al no haberse tenido en cuenta ni el hematoma ni el sangrado ni, en consecuencia, haberle dispensado un tratamiento adecuado para incrementar su esperanza de vida, por lo que se solicita una indemnización total de 101.713,35 euros, a razón de 33.904,45 euros para cada uno de los recurrentes, resultante, según se indica en la demanda, de aplicar la resolución de 31 de enero de 2010, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

La Comunidad de Madrid, ateniéndose a los hechos que resulten del expediente, ha opuesto que la aplicación de la precitada resolución determinaría una indemnización de 9.686,98 euros para cada recurrente, en concepto de indemnización básica y 10% de factor de corrección. La entidad "QBE INSURANCE (EUROPE) LTD. SUCURSAL EN ESPAÑA" han solicitado la desestimación del recurso contencioso administrativo, al considerar que la asistencia sanitaria se ajustó en todo momento a la "lex artis".

**SEGUNDO.-** Conviene recordar que el artículo 106.1 de la Constitución Española dispone que los particulares, en los términos establecidos por la Ley, tienen derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos.

Esta previsión constitucional tiene su desarrollo normativo en el artículo 139 de la Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en el que se establece: "*1. Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de 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 normal o anormal de los servicios públicos. 2. En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas (...)*".

Interpretando el precepto citado, la sentencia del Tribunal Supremo de 15 de enero de 2008 ha precisado que *"la responsabilidad de las Administraciones públicas en nuestro ordenamiento jurídico tiene su base no solo en el principio genérico de la tutela efectiva que en el ejercicio de los derechos e intereses legítimos reconoce el art. 24 de la Constitución, sino también, de modo específico, en el art. 106.2 de la propia Constitución al disponer que 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 los casos de fuerza mayor, siempre que sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos; en el artículo 139, apartados 1 y 2 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y en los artículos 121 y 122 de la Ley de Expropiación Forzosa, que determinan el derecho de los particulares a ser indemnizados por el Estado de toda lesión que sufran siempre que sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, y el daño sea efectivo, evaluable económicamente e individualizado, habiéndose precisado en reiteradísima jurisprudencia que para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisas los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta. Tampoco cabe olvidar que en relación con dicha responsabilidad patrimonial es doctrina jurisprudencial consolidada la que entiende que la misma es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión aunque, como hemos declarado igualmente en reiteradísimas ocasiones es imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido"*.

En materia de reclamaciones de responsabilidad patrimonial derivadas de asistencia sanitaria, la doctrina jurisprudencial -por todas, la sentencia del Tribunal Supremo de 9 de diciembre de 2008- tiene declarado que *<<(…) el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial no impide que para su exigencia, como señala la sentencia de 7 de febrero de 2006, sea imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido. A tal efecto, la jurisprudencia viene modulando el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial, rechazando que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con el mismo que se pueda producir, lo que supondría convertir a la Administración en aseguradora universal de todos los riesgos, con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados que pueda producirse con independencia del actuar administrativo, siendo necesario, por el contrario, que esos daños sean consecuencia del funcionamiento normal o anormal de la Administración (Ss. 14-10-2003 y 13-11-1997). La concepción del carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial que se mantiene por la parte recurrente no se corresponde con la indicada doctrina de esta Sala y la que se recoge en la sentencia de 22 de abril de 1994, que cita las de 19 enero y 7 junio 1988, 29 mayo 1989, 8 febrero 1991 y 2 noviembre 1993, según la cual: "esa responsabilidad patrimonial de la Administración se funda en el criterio objetivo de la lesión, entendida como daño o perjuicio antijurídico que quien lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar, pues si existe ese deber jurídico decae la obligación de la Administración de indemnizar" (en el mismo sentido sentencias de 31-10-2000 y 30-10-2003)>>.*

Se ha de precisar que, cuando se trata de reclamaciones derivadas de actuaciones sanitarias, la doctrina jurisprudencial también viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la "lex artis" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, de manera que, si el servicio sanitario o médico se prestó correctamente y de acuerdo con el estado del saber y de los medios disponibles, la lesión causada no constituiría un daño antijurídico – sentencia del Tribunal Supremo de 14 de octubre de 2002, con cita de la de 22 de diciembre de 2001-.

En este sentido, en la sentencia del Tribunal Supremo de 9 de octubre de 2012 se declaraba:

*"(...) debemos insistir en que, frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todas las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento del régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concorra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles (así Sentencia de esta Sala de 25 de febrero de 2.009, recurso 9.484/2.004, con cita de las de 20 de junio de 2.007 y 11 de julio del mismo año).*

*Con esto queremos decir que la neta de objetividad de la responsabilidad de las Administraciones Públicas no significa que esté basada en la simple producción del daño, pues además este debe ser antijurídico, en el sentido que no deban tener obligación de soportarlo los perjudicados por no haber podido ser evitado con la aplicación de las técnicas sanitarias conocidas por el estado de la ciencia y razonablemente disponibles en dicho momento, por lo que únicamente cabe considerar antijurídica la lesión que traiga causa en una auténtica infracción de la "lex artis" (...)"*

**TERCERO.-** Pues bien, en lo que interesa al caso el informe de la Inspección Sanitaria obrante en el expediente administrativo recoge la siguiente narración fáctica, que se ha basado en la historia clínica de la paciente:

D<sup>a</sup> [REDACTED] nacida el 15 de abril de 1933, con antecedentes de diversas enfermedades, entre otras, fibrilación auricular crónica, y en tratamiento con diversos medicamentos, entre ellos sintrom, se sometió el día 5 de julio de 2010 a una intervención quirúrgica de implante de prótesis metálica mitral y anuloplastia tricúspide en el Hospital Universitario de La Princesa.

Tras la operación fue ingresada en la UCI donde permaneció 63 días, pasando a planta de Neumología el 9 de septiembre, y habiéndose iniciado una semana antes el cambio del tratamiento anticoagulante de clexane a sintrom.

Habiendo mejorado en su evolución, en la madrugada del día 25 de septiembre, sufrió una caída desde la cama.

*"(...) Como consecuencia de la misma sufre dolor en cadera derecha, impotencia funcional e imposibilidad de deambulaci3n. Se solicita radiografu simple de cadera, cuyo resultado es de una fractura de pelvis, en concreto de la rama ilio-isquiopubiana derecha. Se pauta reposo (vida cama-sill3n) y se ańaden analg3sicos al tratamiento.*

*Ante la situaci3n estable de la paciente no se realizan nuevas acciones terap3uticas hasta el dıa 27 de septiembre en donde se suspende el sintrom, cuyo 3ltimo valor de INR, (International Normalized Ratio), fue de 7,26.*

*En la madrugada del dıa 28 la paciente presenta v3mitos y molestias tor3cicas, por lo que es avisado el neum3logo de guardia. Se realiza ECG, que registra bloqueo incompleto de rama derecha e izquierda, con una frecuencia de 90 latidos por minuto.*

*A la 1:15h la FC pasa a 180 lpm, sin otro tipo de signos, prescribi3ndose atenolol. A las 4:00h la paciente presenta dolor en MLD, con p3rdida de sensibilidad en cara anterior de pie derecho, se encuentra muy nerviosa y con una FC de 115 lpm. Se prescribe tranquilizante y se sigue con analg3sicos.*

*El dıa 29 la paciente se encuentra a primera hora subjetivamente mal, aunque las constantes est3n normalizadas (TA 120/76, FC 88, Tª 36,2°C, Sat O2 96%), teniendo una Hb de 7,26 (que supone un descenso de 3 unidades desde la semana anterior) y un INR de 1,7 (se le habla suspendido el sintrom), presentando hematoma en cara lateral de cadera derecha.*

*El traumat3logo de guardia considera que el origen del posible sangrado puede estar en la cadera (descartado en principio su origen digestivo), aconsejando transfundir concentrados de hem3tias acompańados de diur3ticos. Se mantiene anticoagulaci3n con clexane y nuevas controles.*

*A la largo del dıa la paciente sigue con dolor a pesar de los analg3sicos, una FC de 150 lpm, Hb de 10, aumentando el tamańo de la hematoma. Se solicita un angio-TAC y nueva evaluaci3n por COT.*

*En ese mismo dıa otro traumat3logo valora de nuevo a la paciente. Se decide descartar origen vascular como causa de la "anemizaci3n", esperando al angio-TAC de pelvis*



solicitado por el neumólogo. El resultado de esta última prueba descarta el origen vascular al no identificar un extravasado del contraste intravenoso, comprobando que el hematoma se extiende hasta 16 cm de la raíz del muslo y espacio retroperitoneal. Se transfunden 2 concentrados de hemáties.

El día 30 la paciente muestra un mal estado general, con una TA de 95/65 y una FC de 117. El valor de la hemoglobina es de 8 gr, anotándose en la HC por los neumólogos que la causa probable del sangrado tenga su origen en la fractura isquiopubiana, al no haber presentado melenas (ha tenido tres deposiciones). Los traumatólogos han colocado un vendaje compresivo. Se realiza interconsulta con el traumatólogo de guardia, que descarta ninguna otra acción. Se decide transfundir otros 3 concentrados de hemáties y esperar evolución. Si no hubiera mejoría, se debería valorar su reingreso en la UCI. Se retira el elexane (heparina sódica de bpm), dejando, a partir de ese momento, de estar anticoagulada.

El día 1 de octubre la paciente se encuentra estable hemodinámicamente, con una TA de 80/40 y una FC de 90 y continúa con dolor en MID. Los traumatólogos retiran el vendaje compresivo.

A última hora del día se avisa desde la planta al médica de guardia por hipotensión (TA 70/40). El hemograma urgente realizado muestra una Hb de 8,7 y un hematocrito de 26%. Se interconsulta con UCI que a las 0:40h del 2 de octubre informa que previo a un nuevo ingreso en esta Unidad se debería estudiar actitudes terapéuticas sobre el sangrado (incluso embolización del posible vaso sangrante ...) entre los médicos responsables y los traumatólogos. Mientras tanto aconseja nueva transfusión y recuerda la relación/situación de la prótesis cardíaca-anticoagulación.

El traumatólogo de guardia la visita a la 01:45h, que duda que el origen de un sangrado tan importante sea la fractura de pelvis, sospechando que sea secundario o dependiente al plexo venoso o fuente arterial, por lo que solicita nuevo estudio de angio-TAC.

El angio-TAC pélvico y de muslos con contraste intravenoso se realiza inmediatamente, y el resultado confirma el anterior, no identificando signos de sangrado activo. Los hematomas musculares del suelo pélvico y raíz del muslo derecho no presentan grandes cambios. Se visualizan las fracturas ileo e isquiopubianas derechas.

Se interconsulta con cirugía vascular que informa que en caso de nueva inestabilidad se intentaría una embolización.

*Por la mañana de ese mismo día la paciente tiene vómitos biliosos. Presenta taquipnea, bradicardia, dolor abdominal,.. Se solicita nueva analítica con perfil hepático, cuyos resultados dan una urea de 125, y resto dentro de límites normales, incluida la Hb de 11,9 (se le ha transfundido 3 concentrados de Hematíes).*

*A las 23:45h se avisa desde la enfermería de la planta que la paciente vuelve a tener vómitos biliosos y en poseso de café, con una TA de 67/37 y FC de 107lpm, con signos de deshidratación. Se enjuicia como posible cuadro de obstrucción intestinal alto y/o gastritis sangrante y se pauta la administración lenta de 500 cc de suero para compensar la hipotensión y la deshidratación. Se pide interconsulta con el Servicio de Digestivo de guardia y diversa analítica urgente, valorándose una acidosis metabólica.*

*Tras evaluación por el especialista de digestivo, se solicita ecografía abdominal.*

*El día 3 de octubre a las 16:00h avisan por vómitos biliosos y dolor abdominal. Se solicita Rx de abdomen, y se interconsulta con los cirujanos generales de guardia para descartar íleo paralítico. Éstos, a la vista de la Rx y exploración de la paciente, enjuician el cuadro como posible íleo paralítico, prescriben dieta absoluta y sonda nasogástrica.*

*A las 21:00 h avisan al neumólogo de guardia por TA de 65/37 y FC de 109. Se decide administrar otros 500cc de suero.*

*El día 4 de octubre a la 1 :30h avisan de planta por desaturación de O2 (77%), FC de 180 lpm y gran trabajo respiratorio (FR 40), con TA 75/45.*

*Se avisa a la UCI quien tras evaluación de la paciente concluye que se encuentra en situación terminal, y que todos los tratamientos agresivos que puedan instaurarse no deben ser aplicados, dada la patología de base y los problemas actuales. Se le explica a la familia la situación clínica de la paciente, tanto por la médica de este servicio como posteriormente por otros facultativos de otros servicio.*

*Fallece a las 12:35h, solicitándose el consentimiento de la familia para la práctica de autopsia.*

*El resultado de la autopsia (que aporta la familia) no identificó una causa concreta de la muerte, realizándose un análisis descriptivo por aparatos y órganos.*

*Desde la caída hasta el óbito transcurren 9 días”.*

**CUARTO.-** En el supuesto de autos parte de las cuestiones litigiosas son eminentemente técnicas, en cuanto pertenece al ámbito de la ciencia médica dilucidar si la

asistencia sanitaria fue prestada adecuadamente y si pudieron evitarse, empleándose medios y procedimientos distintos a los utilizados, tanto la fractura de cadera y el hematoma de la paciente, por haberse caído de la cama, como el progresivo deterioro de su salud hasta su fallecimiento.

Resulta que cuando, para apreciar algún punto de hecho de relevancia para resolver el proceso, sean necesarios o convenientes conocimientos especiales, se establece, como cauce adecuado para hacerlos llegar al mismo, el de la prueba pericial.

Sin embargo, en este proceso no se han practicado pruebas periciales a instancia de ninguna de las partes, pero ello no implica completa carencia de informes técnicos valorativos de los hechos o datos acreditados en el proceso, porque, aunque el informe de la Inspección Sanitaria, obrante en el expediente administrativo y al que se ha hecho referencia, no haya sido traído al proceso como prueba pericial, sus consideraciones médicas y sus conclusiones son elementos de juicio muy relevantes para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis, basándose su fuerza de convicción, además de en su motivación y coherencia, en la circunstancia de que la Inspección Sanitaria informa con criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes.

Se ha de señalar que a los folios 398 y siguientes del expediente administrativo obra informe de la Inspección Sanitaria, emitido con fecha de 9 de abril de 2012 por el Médico Inspector don Mariano Rigabert Antón.

Dicho informe identifica los elementos de la reclamación y la documentación consultada, y contiene una amplia descripción de los hechos resultantes de la historia clínica, a la que anteriormente se ha hecho referencia, desarrollando a continuación consideraciones médicas de carácter general y teórico sobre los tratamientos de anticoagulación, indicando que en el caso de autos:

*“(...) Se trata de una paciente de 77 años de edad, con pluripatología grave de base, que es sometida a una intervención quirúrgica de alto riesgo, y que como consecuencia de la misma, permanece ingresada 62 días en la UCI.*

*La evolución es lenta y tiende hacia la mejoría, hasta que sufre una caída desde su cama, estando ya en la planta de hospitalización del Servicio de Neumología. Ésta, al parecer, se produce como consecuencia de no haber puesto todas las medidas preventivas para evitar este tipo de accidentes, tal como se reconoce por la auxiliar de clínica y la enfermera encargada de su cuidado.*

*Como consecuencia de esta caída se produce una fractura de pelvis (rama iliopúbica derecha), no apareciendo complicaciones en las siguientes 48 horas. Es a partir de ese momento cuando se advierte una pérdida de sangre que los médicos que la tratan, y posteriormente los distintos especialistas a los que se interconsulta, intentan averiguar su origen.*

*Se debe tener en cuenta que esta paciente, con la patología de base que padecía (fibrilación auricular) además del implante de la prótesis metálica mitral colocada en la reciente Intervención, debía estar con tratamiento anticoagulante de forma permanente, dado el riesgo de tromboembolismo (obstrucción de los vasos sanguíneos).*

*(...)*

*En el caso de D<sup>a</sup> María, y en los días previos a su alta de la UCL se inicia el 03-09-2010 por parte de este Servicio el cambio de la pauta de anticoagulación, sustituyendo la heparina de BPM por el acenocumarol. Para ella se inicia con la administración de 2mg de este último fármaco, combinándolo con la heparina, bajo un estricto control diario de los indicadores sanguíneos de la anticoagulación (INR, tiempo de cefalina, actividad de protrombina ...), que obligan a cambiar la dosis del acenocumarol en dos ocasiones, hasta que el 09-09-2010 pasa a la planta de hospitalización del Servicio de Neumología (en pleno proceso de cambio de la anticoagulación). Durante este proceso de cambio previo a su traslado a Neumología, el INR llega a 2,3, y por lo tanto, cerca del nivel terapéutico.*

*Los valores registrados de INR en Neumología, y en los días previos a la caída, eran altos, en concreto de 4,52 el día 17-09 (con un tiempo de cefalina de 64,7), el 22-09 era de 2,5 (dentro de rango), pero muy alto el día 27-09, (dos días después de la caída) que era de 7,6, con una actividad de protrombina de 9 y un tiempo de cefalina de 76,7, lo que indudablemente favoreció el sangrado. Ese mismo día se suspendió el acenocumarol (sintrom). El día 30-09 se retiró también la heparina.*

*Por otra parte se debe tener en cuenta que la manifestación clínica más frecuente de la fractura pélvica por compresión lateral o de rotación interna (la lesión anterior típica es una fractura de las ramas iliopúbica e isquípúbica) es el dolor, seguido por el hematoma e hinchazón en la pelvis en la zona de la fractura. Las repercusiones hemodinámicas deben ser bien valoradas. Los huesos de la pelvis están muy bien vascularizados y sangran abundantemente y con frecuencia pueden afectar a venas y arterias importantes, como es la arteria glútea superior. Las complicaciones más frecuentes son shock hipovolémico, lesiones uretrales y vesicales y lesiones arteriales.*

*La primera medida a tomar en el tratamiento de las fracturas del anillo pelviano es el control hemodinámico del paciente”.*

El Médico Inspector continúa su informe con la exposición de su juicio crítico y de sus conclusiones, apartados en los que se recoge lo siguiente:

*“En la HC consta que durante la estancia de la paciente en la UCI se instauró pauta de anticoagulación con heparina de BPM (sustituyendo al acenocumarol que tomaba la paciente, previo a su ingreso hospitalario), habiendo presentado un episodio de sangrado activo con hematoma en rectos (22-07-2010), que requirió la transfusión de hemoderivados y la embolización de dos arterias epigástricas. Como consecuencia de ello se suspendió temporalmente la anticoagulación.*

*Previo al alta de la UCI se introduce de nuevo tratamiento con acenocumarol para sustituir a la heparina, a partir del 03-09 se inicia con 2 mg de acenocumarol, cantidad que varía en los siguientes días con el fin de ajustar la dosis, con 0,5 mg el 07-09-2010 y 1mg el 08-09-2010) recomendando se mantenga la heparina “hasta que alcance niveles” el acenocumarol. Se da de alta de la UCI el 09-09-2010. El INR alcanzado era de 2,3, cerca del nivel terapéutico.*

*Ese mismo día se traslada a la planta de hospitalización del Servicio de Neumología.*

*Sin embargo, y pese a los antecedentes descritos, (paciente de alto riesgo y con un episodio de sangrado en UCI y otra en el año 2005 que precisó ingreso en UCI), y en plena proceso de cambio de la pauta de anticoagulación, se dejan transcurrir 18 días desde su traslado a la planta manteniendo la misma pauta de anticoagulación, (2mg/día de acenocumarol más 60 mg/12h de heparina), sin controles diarios de los indicadores de la coagulación, realizándose el primer control del INR en la planta el día 17-09-2010 (a los 8 días), y que pese haberse obtenida una cifra de 4,52, con un tiempo de cefalina de 64,7 sg, ni se rectifica la pauta (se mantiene la heparina a la misma dosis) ni se efectúan controles más frecuentes de los citados indicadores.*

*El siguiente control es del día 22 del mismo mes y el valor del INR es de 2,5.*

*Se produce la caída accidental el día 25-09, siendo diagnosticada inmediatamente la fractura pelviana. No obstante no se altera ninguna pauta relacionada con la anticoagulación, a pesar del aumento del riesgo de sangrado que se produce por la propia fractura.*

*El día 27 se realiza nuevo control, con un valor de INR de 7,6, con una actividad de protrombina de 9 y un tiempo de cefalina de 76,7. Es en este momento cuando se realiza el*

*primer cambio en la pauta de anticoagulación, suspendiendo la administración diaria de los 1mg de acenocumarol y reduciendo la dosis de la heparina a la mitad (60 mg/24h). A partir de esta fecha los controles fueron diarios y los indicadores de la coagulación se fueron normalizando.*

*Tres días más tarde (día 30) se suspende también la heparina, dejando de estar anticoagulada la paciente desde ese momento.*

*En relación al origen del sangrado, los traumatólogos descartaron a partir de la 2ª interconsulta con el Servicio de Neumología que el origen del sangrado fuera la fractura de la rama íleo-isquiopubiana derecha.*

*El propio jefe del Servicio de COT, en su informe posterior relativo a este caso, comunica que la situación del hematoma retroperitoneal contraindica su relación con una fractura de ramas íleo-isquiopubianas, ya que normalmente se almacena en la parte anterior del abdomen y muslo. Asimismo recuerda que la fractura de ramas pélvicas unilateral es una lesión normalmente banal, que ni siquiera necesita tratamiento inmovilizador sino simplemente reposo.*

*Explica que el motivo de no realizar una intervención quirúrgica en aquellos momentos para averiguar la causa del sangrado era que estaba tratada con sintrom (acenocumarol), y que este fármaco es activo durante varios días tras su suspensión.*

*Por último indica "que el cúmulo de acontecimientos que condujeron a la muerte de la paciente coincidiera en su inicio con la caída y fractura leve que se describen en el pliego de reclamación, pero también es claro que en un paciente en condiciones normales, o no anticoagulado, estas lesiones no hubieran producido ninguna alteración orgánica importante, por ello es un tanto arriesgado atribuir la causa de la muerte a la caída, que en todo caso una vez producida y en las condiciones descritas por el propio reclamante no constituyeron motivo de intervención quirúrgica.*

*Es obvio que el jefe del Servicio de COT da una gran importancia al hecho de que la paciente estuviera anticoagulada, y que esta circunstancia influyó sobre la gravedad del cuadro y sus posibilidades terapéuticas.*

*Si bien por el tipo de fractura no parece que ésta fuera por sí misma la causa del sangrado, y una vez descartada la rotura de algún vaso por los dos angio-TAC practicados, (y que la bibliografía consultada indica como el medio idóneo para diagnosticar este tipo de sangrado), y sin que en la autopsia aparezca ninguna información determinante sobre la*

*posible causa de la muerte, todo parece indicar que el tratamiento anticoagulante tuvo un papel fundamental en el desenlace asistencial de la paciente.*

#### **CONCLUSIÓN**

*La asistencia prestada a D<sup>ña</sup> [REDACTED] no se ajustó a lex artis por dos motivos:*

*1. El personal de enfermería no utilizó todos los medios a su alcance para prevenir y evitar las posibles caídas (barandillas laterales de protección de la cama), lo que favoreció el golpe de la paciente y su fractura de pelvis.*

*2. Falta de un adecuado control, monitorización y ajuste del tratamiento anticoagulante desde que la paciente ingresó en la planta de hospitalización (Servicio de Neumología) el 09/09/2010, hasta pasados dos días después de su caída, el 27/09/2010".*

Como se ha dicho, la fuerza de convicción del precedente informe proviene de que el Médico Inspector ha actuado en el ejercicio de funciones públicas, siendo así independiente de los intereses de las partes.

Se está en el caso de que en este proceso no se ha practicado ninguna prueba pericial que desvirtúe los razonamientos y conclusiones del informe del Médico Inspector; es más, el informe médico pericial elaborado por el doctor don Mariano Serrano Corcuera y aportado al expediente junto a la reclamación administrativa, y que ha sido propuesto como prueba documental como elemento probatorio integrado en el expediente, también sostiene la mala praxis en la asistencia sanitaria dispensada a doña María Castro Martínez desde el 25 de septiembre de 2010 hasta que falleció.

No se aprecia que existan otras razones para cuestionar la objetividad del informe del Médico Inspector, en el que se han tenido en consideración cuantos hechos se precisan para la emisión de un dictamen equilibrado, hallándose sus conclusiones exhaustivamente fundamentadas.

De las mismas se deriva la existencia de nexo causal entre la asistencia sanitaria dispensada a la paciente y su fallecimiento, por lo que se ha de concluir que la parte actora ha cumplido con la carga, que le impone el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, de acreditar los presupuestos fácticos de las pretensiones deducidas en la demanda.

Ya se ha explicado anteriormente que en la medicina curativa la obligación administrativa es de medios, es decir, de aplicar adecuadamente las técnicas sanitarias conocidas por el estado de la ciencia y razonablemente disponibles en el momento en que se ha dispensado la prestación sanitaria. Por ello la jurisprudencia tiene declarado que la

Administración no asume cualquier daño o perjuicio derivado del funcionamiento de los servicios públicos sanitarios pero sí aquellos que los administrados no tienen el deber de soportar por ser antijurídicos, siendo determinante para la antijuricidad del daño que la prestación sanitaria no se haya ajustado a la "lex artis", lo que, según resulta del informe de la Inspección Sanitaria, ha acontecido en el caso litigioso, en la doble vertiente de no haber utilizado el personal de enfermería todos los medios a su alcance para prevenir y evitar la caída de la paciente, y en la de haber faltado de un adecuado control, monitorización y ajuste del tratamiento anticoagulante desde que la paciente ingresó en la planta del Servicio de Neumología hasta el 27 de septiembre de 2010, transcurridos dos días desde la caída.

Por consiguiente, se les ha de indemnizar a los recurrentes los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su madre, que no tienen el deber de soportar porque son antijurídicos.

Se ha de señalar que, para determinar el importe de la indemnización, la demanda asume los criterios y los importes señalados en la resolución de 31 de enero de 2010, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por la que se daba publicidad a las cuantías de las indemnizaciones por muerte, lesiones permanentes e incapacidad temporal resultantes de aplicar durante el año 2010 el sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

Sin embargo, como se indica de contrario, las cuantías de las cantidades liquidadas no se han ajustado a las bases que la demanda afirma haber aplicado: doña [REDACTED] [REDACTED], que había nacido el 15 de abril de 1933, era viuda cuando falleció, momento en el que todos sus hijos eran mayores de 25 años. Así las cosas, según la ya citada resolución de 31 de enero de 2010 y en ausencia de especiales circunstancias familiares acreditadas susceptibles de ser apreciadas como factores de corrección, el importe de la indemnización básica por muerte correspondiente a cada uno de los recurrentes es de 8.806,35 euros; añadiendo el 10% como factor de corrección por perjuicios económicos, cada indemnización ascendería a la cantidad de 9.687 euros, que multiplicados por tres arroja la suma de 29.061 euros.

De conformidad con el artículo 141.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, la cuantía de la indemnización se calculará con referencia al día en que la lesión efectivamente se produjo, sin perjuicio de su actualización a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad con arreglo al índice de precios al consumo, fijado por el



Instituto Nacional de Estadística, y de los intereses que procedan por demora en el pago de la indemnización fijada, los cuales se exigirán con arreglo a lo establecido en la Ley General Presupuestaria. No obstante, es pacífica la doctrina jurisprudencial que permite actualizar las indemnizaciones a fecha de la sentencia mediante la aplicación del baremo vigente en el momento de dictarse. Según la resolución de 5 de marzo de 2014, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, la indemnización básica por muerte correspondiente a cada uno de los recurrentes en el caso de autos asciende a 9.586,26 euros, que incrementados con el 10% del factor de corrección aplicable da la cantidad de 10.544,88 euros, cuya multiplicación por tres asciende a un total de 31.634,64 euros, que se incrementarán con los intereses legales que se devenguen a partir de la fecha de esta sentencia hasta su completo pago, lo que deberán abonar con carácter solidario la Administración demandada y su compañía aseguradora, todo lo cual determina la estimación parcial del presente recurso contencioso administrativo.

**QUINTO.-** Conforme a lo dispuesto en el artículo 139 de la Ley de esta Jurisdicción, no ha lugar a formular condena al pago de las costas procesales.

Vistos los preceptos citados y los demás de general y pertinente aplicación.

**FALLAMOS:** Que estimamos parcialmente el recurso contencioso administrativo interpuesto por doña **[REDACTED]**, doña **[REDACTED]** y don **[REDACTED]** contra la desestimación, por silencio administrativo de la Comunidad de Madrid, de la reclamación de responsabilidad patrimonial a que este proceso se refiere, y la condenamos, junto a la entidad "QBE INSURANCE (EUROPE) LTD. SUCURSAL EN ESPAÑA", a que con carácter solidario les abonen la cantidad total de 31.634,64 euros, a razón de 10.544,88 euros a cada uno de los recurrentes, más los intereses legales que se devenguen desde la fecha de esta sentencia hasta su completo pago, sin formular condena en costas.