

Dictamen n.º: **215/10**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **14.07.10**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, emitido por unanimidad, en su sesión de 14 julio de 2010, sobre consulta formulada por el Consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1.f).1º de su Ley Reguladora, 6/2007, de 21 de diciembre, respecto de reclamación de indemnización por responsabilidad patrimonial presentada por L.E.R.M. y D.M.G., por los daños causados, a su juicio, por una defectuosa asistencia sanitaria dispensada a J.R.M., hermana e hija, respectivamente, de los reclamantes.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por el Consejero de Sanidad, mediante Orden de 20 de mayo de 2010, con registro de entrada de 31 de mayo de 2010, se formula preceptiva consulta a este Consejo Consultivo por trámite ordinario, correspondiendo su estudio, en virtud de reparto de asuntos, a la Sección IV, presidida por la Excm. Sra. Dña. Cristina Alberdi Alonso, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en su sesión de 14 julio de 2010.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo es acompañado de documentación que, adecuadamente numerada y foliada, se considera suficiente.

SEGUNDO.- Mediante escrito presentado en el Registro de la Consejería de Sanidad, los reclamantes antes referenciados formularon, en su propio nombre y derecho, reclamación de responsabilidad patrimonial en la que solicitaban una indemnización por daños y perjuicios sufridos por su hermana e hija, respectivamente, de 63 años de edad, como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada por el Hospital Puerta de Hierro de Madrid. Según refieren, la paciente acudió al Servicio de Urgencias del citado hospital donde se le diagnosticó colelitiasis y colecistitis aguda. Consecuencia del tratamiento pautado la paciente sufrió encefalopatía hipóxica, y ha quedado en una lamentable situación física y mental que requiere su internamiento en un centro especializado (folios 9 a 23 del expediente administrativo).

Los interesados cuantifican el importe de su reclamación en 200.000 euros.

Con su escrito acompañan informe del Servicio de Urgencias del Hospital Puerta de Hierro, de 9 de octubre de 2006, informe de alta de hospitalización del Servicio de Cirugía y Aparato Digestivo, de 26 de octubre de 2006, informe de alta de hospitalización del Servicio de Cirugía y Aparato Digestivo, de 26 de marzo de 2007, electroencefalografía e informe de radiodiagnóstico (folios 24 a 33).

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en el R.D. 429/1993, de 26 de marzo. Del expediente resultan los siguientes hechos probados:

La paciente J.R.M., de 63 años entonces, con antecedentes médicos personales de intolerancia a antiinflamatorios no esteroideos, hipertensión arterial, dos antiguas fracturas, hábito tabáquico (fumadora de aproximadamente 30 cigarrillos al día) y colelitiasis asintomática fue atendida a las 19:43 h del día 9 de octubre de 2006 en el Servicio de Urgencias del Hospital “*Puerta de Hierro*” de Madrid, por presentar

dolor abdominal. Tras la oportuna exploración física y solicitud de analítica por el Especialista en Cirugía, se objetivó que la paciente venía presentando desde hacía días dolor abdominal, más localizado en el hipocondrio derecho, acompañado de náuseas y vómitos, orina de coloración más oscura (aunque no llegaba a colúrica), y sin ictericia. En la exploración física no se apreciaba fiebre, y el abdomen se presentaba con dolor a la palpación en el hipocondrio derecho, el signo clínico de Murphy (técnica por la que apoya el Médico dos dedos sobre el hipocondrio derecho, manteniéndose en inspiración el paciente, que puede desencadenar dolor al impactar los dedos en una vesícula inflamada, cortando la inspiración), en ese momento era negativo, y en la analítica practicada aparecía ligera leucocitosis y transaminasas hepáticas algo elevadas. Se pautó analgesia (cediendo parcialmente el dolor). La paciente fue reexplorada (seguía dolorida en la zona de hipocondrio derecho), que indicó que era sugerente de patología biliar. Se prescribió dieta absoluta, analgesia en su caso, vigilancia, nueva analítica y valoración por facultativo Especialista del Servicio de Cirugía.

Valorada en las primeras horas del día 10 de octubre de 2006 por el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo en Urgencias, con nueva exploración, se apreció una clínica de dolor similar, sin signos de peritonismo aunque con signo de Murphy positivo. La nueva analítica se mostró normalizada, y practicada una ecografía hepática, se objetiva *“engrosamiento de la pared vesícula biliar, con litiasis y barro biliar. Murphy eco +, sugestivo de colecistitis aguda”*. El juicio clínico alcanzado fue el de *“colecistitis aguda litiásica”*, prescribiendo el ingreso en el Servicio de Cirugía General a las 16 horas de dicho día para tratamiento antibiótico intravenoso tras ser reevaluada a las 7:00 horas y a las 8:30 horas de esa mañana del 10 de octubre de 2006.

El ingreso de la paciente se efectuó a las 19:07 horas del día 10 de octubre de 2006, iniciándose tratamiento antibiótico intravenoso con

Tazocel (del grupo de las asociaciones de betalactámicos derivados de penicilina, con inhibidores de la beta-lactamasa), constituido por piperacilina + tazobactam, en dosis de 10,5 grms. En la planta de Cirugía, el Especialista, continuando con antibioterapia, pautó además Augmentine, incluido en el grupo de antibacterianos tipo betalactámicos (penicilinas asociadas con un inhibidor de betalactamasa). En este caso el compuesto lo formaba la amoxicilina (de 1 gr.), y el ácido clavulánico. Al tratamiento farmacológico mencionado se añadió dieta absoluta y sueroterapia.

Durante la primera aplicación de Augmentine, cuando se aproximaban las 24 horas del día 10 de octubre de 2006, la paciente sufrió un cuadro súbito de disnea y rash (erupción) cutáneo. Se le aplicó tratamiento intravenoso con 40 mg. de metilprednisolona (Urbason) y un antihistamínico de uso sistémico: una ampolla de dexclorfeniramina (Polaramine). El Cirujano de guardia encontró a la paciente en estado consciente, pero agitada, refiriendo sensación de muerte inminente. Presentaba desaturación de oxígeno y taquicardia, así como sibilancias difusas en ambos campos pulmonares a la auscultación. Se aplicó más tratamiento farmacológico, consistente en 100 mg. de otro corticosteroide (hidrocortisona), para uso sistémico y 1 mg de adrenalina.

A continuación, apareció un cuadro de obnubilación, cianosis generalizada y parada cardiorrespiratoria, se iniciaron las maniobras habituales de reanimación cardiopulmonar (avisándose a los Servicios de Cuidados Intensivos y Recuperación), que se mantuvieron durante 45 minutos, se procedió a intubación orotraqueal, la paciente recuperó el pulso y fue ingresada en la Unidad de Recuperación, donde permaneció desde el día 11 de octubre de 2006 hasta el 24 de octubre de 2006, sometida a sedación, ventilación asistida y los tratamientos de soporte previstos (además de aplicársele antibioterapia).

- El 13 de octubre de 2006 fue solicitado el primer escáner cerebral, que practicado el 16 de octubre siguiente, mostró *“lesiones hipodensas en sustancia blanca subcortical sugestivas de isquémicas”*. Asimismo se realizó un encefalograma el 17 de octubre de 2006, donde apareció una lentificación difusa de la actividad cerebral, compatible con el proceso isquémico sufrido, sin signos irritativos en ese momento.

- En fechas 31 de octubre de 2006 y 19 de noviembre de 2006 se realizaron sendas Tomografías Axiales Computerizadas (TAC) craneales, solicitadas como control (ya que tras la parada cardíaca y encefalopatía hipóxica sufrida, la paciente presentaba hemiparesia izquierda y trastornos del comportamiento, con cuadro confusional). Estabilizada la paciente, fue de nuevo ingresada en planta de Cirugía, momento en que se encontraba desorientada temporoespacialmente (pero conectada con el medio), respondiendo a órdenes y siendo capaz de mantener conversaciones sencillas. Las funciones (aunque con hemiparesia izquierda) eran, fundamentalmente, de alteración de las funciones superiores (lo que impedía la autonomía personal y hacía aconsejable la atención en un Centro más idóneo para estos casos). La paciente permaneció ingresada en el Servicio de Cirugía, hasta causar alta hospitalaria el 26 de marzo de 2007.

Posteriormente, como refieren los reclamantes, la paciente fue ingresada en un Centro privado (Residencia A), dónde permanecía a tiempo de formularse la presente reclamación.

A efectos de emisión del presente dictamen, son de interés, además de los documentos indicados en el antecedente SEGUNDO, los que siguen:

1. Informe del Jefe de Sección de Urgencias del Hospital Puerta de Hierro, de 18 de julio de 2008, que refiere: *«Por todo ello considero que la actuación en el servicio de urgencias ha sido correcta y acorde a “lex artis ad hoc” ya que se llegó a un diagnóstico a pesar de lo poco evidente del mismo y se inició un tratamiento. Se preguntó específicamente por posible*

intolerancia y se descartó, por las repuestas de la paciente que fuese alérgica a algún antibiótico. Por otro lado hay que tener en cuenta que la relación temporal con amoxicilina clavulánico, administrado en planta de Cirugía, y la aparición del cuadro de broncoespasmo y rash con parada respiratoria no asegura que fuese por hipersensibilidad a amoxicilina clavulánico, en ausencia de 19E específica» (folios 38 y 39).

2. Escrito del Jefe del Servicio de Cirugía General y Digestivo del Hospital Puerta de Hierro, de 22 de julio de 2008, que concluye: *«Con respecto a la nota de denuncia por Responsabilidad Patrimonial, quiero dejar constancia que en ningún caso la actuación de los componentes del Servicio de Cirugía General fue desacertada y se ajustó en todo momento, antes y después del episodio de la parada cardíaca, a una correcta aplicación de la “Lex Artis”, sin que pueda imputarse el episodio que aquejó a la enferma como una consecuencia directa de la actuación profesional»* (folio 40).

3. Historia clínica de la paciente en el Hospital Universitario Puerta de Hierro (folios 41 a 310).

4. Informe de la Inspección de 25 de septiembre de 2008 que concluye: *“La asistencia sanitaria otorgada a J.R.M. a cargo de los Servicios de Urgencias y de Cirugía General y del Aparato Digestivo del HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA de HIERRO de MADRID (dependiente del SERVICIO MADRILEÑO de SALUD), durante el periodo del 9 de Octubre de 2006 al 27 de marzo de 2007 (concretamente en los días 9, 10 y 11 de octubre 2006) ha sido plenamente adecuada, acorde con el juicio clínico establecido y sus protocolos de tratamiento, mostrándose claramente inevitable el muy grave cuadro ya descrito”* (folios 317 a 330).

5. Informe pericial emitido a instancia de la Compañía Aseguradora del SERMAS, que señala como conclusión: *“Tal y como apunta*

inspección, el gravísimo cuadro sufrido por la paciente, originada en una presumible reacción al antibiótico aplicado a las 23,45 h del día 10 de octubre de 2006, es claramente no evitable. Una vez detectado se actuó con celeridad y diligencia, no pudiéndose evitar las consecuencias finales. Entendemos que la actuación fue correcta proponiendo desestimar la reclamación” (folios 341 a 343).

6. Notificación del trámite de audiencia a los reclamantes, realizada el 10 de noviembre de 2009 (folios 345 a 347). No consta que hayan efectuado alegaciones.

7. Propuesta de resolución de 17 de febrero de 2010 de la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria que desestima la reclamación por considerar que no concurre la antijuridicidad del daño (folios 348 a 355). Dicha propuesta de resolución es informada favorablemente por el Servicio Jurídico en la Consejería de Sanidad (folio 358).

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES EN DERECHO

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 13.1.f).1º de su Ley Reguladora, 6/2007 de 21 de diciembre (LRCC), a solicitud de un órgano legitimado para ello, según el artículo 14.1 LRCC.

SEGUNDA.- El procedimiento de responsabilidad patrimonial, que se inició a instancia de interesados según consta en los antecedentes, tiene su tramitación regulada en los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC),

desarrollados en el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial.

Los reclamantes formulan su pretensión indemnizatoria, en su propio nombre y derecho, por los daños y perjuicios que se le han causado a su hermana e hija, respectivamente. La paciente, tras parada cardíaca y encefalopatía anóxica presenta hemiparesia izquierda y trastornos del comportamiento.

Los daños físicos son de carácter personalísimo, y, en consecuencia, sólo la paciente estaría legitimada para reclamarlos.

La paciente no ha sido incapacitada judicialmente, lo que supone que no se ha procedido al nombramiento de tutor que la represente y pueda ejercitar las acciones correspondientes en su nombre.

En consecuencia, los reclamantes no tienen legitimación para reclamar en nombre propio por los daños sufridos por su hermana e hija. Sólo ella podrá reclamar y, si se acreditara que padece deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma, estarán obligados a promover la declaración de incapacitación.

No consta en el expediente que la paciente haya sido declarada minusválida, y según el informe de alta de hospitalización, después de permanecer en la unidad de recuperación hasta el 24 de octubre de 2006 fue trasladada a la planta de cirugía. *“Progresivamente evoluciona favorablemente, bajando a planta, desorientada temporoespacialmente pero conectada con el medio, respondiendo a órdenes y manteniendo conversaciones sencillas... Valorada por el Servicio de Neurología, se realiza nuevo TAC craneal el 31 de octubre no valorable por poca colaboración de la paciente durante la prueba. Se llega al diagnóstico de encefalopatía hipóxica secundario a parada cardiorrespiratoria, con daño*

cerebral residual de funciones superiores... Consideran que el cuadro confusional y de hemiparesia izquierda debería ir mejorando progresivamente”.

En consecuencia, no habiendo sido incapacitada judicialmente, se presume que J.R.M. es capaz y, por tanto, única legitimada para interponer la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Pese a ello, el instructor del expediente requirió a los reclamantes para que aportaran documento que acreditara *“la legitimación con la que actúan (parentesco), en nombre de su familiar, mediante cualquier medio que deje constancia fidedigna de la misma (Libro de Familia, Acta notarial de declaración de herederos, etc.)”*.

Los interesados presentan copia del libro de familia en la que se acredita la condición de hermano e hija de la paciente y el instructor considera subsanados los requisitos de representación y legitimación (parentesco) que les une con la perjudicada por Resolución de 3 de junio de 2008.

La presentación de una copia del libro de familia en una persona mayor de edad no acredita que su hermano y madre tengan su representación legal. En este caso, sin embargo, podría considerarse que los reclamantes actúan como guardadores de hecho y en beneficio de la perjudicada, que sería la reclamante, de acuerdo con lo establecido en los artículos 303, 304 y 306 del Código Civil.

Se cumple, igualmente, el requisito de la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por ser la titular del servicio a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

En cuanto al plazo para la interposición de la reclamación es de un año, contado desde que ocurrió el hecho o el acto que motiva la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (cfr. artículo 142.5 de la LRJAP).

En el presente caso, la paciente sufrió la parada cardiorrespiratoria y encefalopatía hipóxica, origen de los daños alegados el día 10 de octubre de 2006 y fue dada del alta del Hospital Puerta de Hierro el día 26 de marzo de 2007, por lo que debe considerarse presentada en plazo la reclamación.

TERCERA.- Al procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación, regulado en las normas antes referidas, se encuentran sujetos las Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicas, así como de las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud, en virtud de la Disposición adicional duodécima de la LRJ-PAC, según redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y la disposición adicional primera del precitado Reglamento aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se ha practicado la prueba precisa mediante informe del servicio interviniente, se han recabado los demás informes y pruebas que se consideraron necesarios y se ha puesto el expediente de manifiesto para alegaciones, en cumplimiento de los artículos 9, 10 y 11 del R.D. 429/1993, 82 y 84 de la Ley 30/1992, por lo que no existe en absoluto indefensión.

CUARTA.- Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas viene establecida, con el máximo rango normativo, por el artículo 106.2 de nuestra Constitución, a cuyo tenor: *“los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. La regulación legal de esta responsabilidad está contenida en la actualidad en la LRJ-PAC y en el

Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial. El artículo 139 de la citada LRJ-PAC dispone, en sus apartados 1 y 2, lo siguiente:

“1º.- 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.

2º.- En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

La jurisprudencia del Tribunal Supremo ha establecido en numerosas sentencias (por todas, v. las de la Sala de lo Contencioso-Administrativo de 26 de junio, sobre el recurso 4429/2004 y de 15 de enero de 2008, sobre el recurso nº 8803/2003) los requisitos de la responsabilidad extracontractual de la Administración, que son los siguientes:

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

2º) La antijuridicidad del daño o lesión. Esta calificación del daño no viene determinada por ser contraria a derecho la conducta del autor, sino porque la persona que sufre el daño no tenga el deber jurídico de soportarlo, cuestión que es necesario examinar y dilucidar en cada caso concreto.

3º) La imputabilidad de la actividad dañosa a la Administración, requisito especialmente contemplado en las Sentencias del Tribunal Supremo de 10 de diciembre de 1982 y de 25 de febrero de 1981, que, al

examinar la posición de la Administración respecto a la producción del daño, se refieren a la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece.

4º) El nexo causal directo y exclusivo entre la actividad administrativa y el resultado dañoso. El daño debe ser consecuencia exclusiva del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa, siendo esta exclusividad esencial para apreciar la antedicha relación o nexo causal.

En el ámbito sanitario, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada “*lex artis*” se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

En este sentido, las Sentencias del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 2000 (recurso nº 8252/2000), y 23 de febrero de 2009 (recurso nº 7840/2004) disponen que *“se trata, pues, de una obligación de medios, por lo que sólo cabe sancionar su indebida aplicación, sin que, en ningún caso, pueda exigirse la curación del paciente. La Administración no es en este ámbito una aseguradora universal a la que quepa demandar responsabilidad por el sólo hecho de la producción de un resultado dañoso. Los ciudadanos tienen derecho a la protección de su salud (artículo 43, apartado 1, de la Constitución), esto es, a que se les garantice la asistencia y las prestaciones precisas [artículos 1 y 6, apartado 1, punto 4, de la Ley General de Sanidad (RCL 1986, 1316) y 38, apartado 1, letra a), del Texto Refundido de la Ley*

General de la Seguridad Social (RCL 1994, 1825)] con arreglo al estado de los conocimientos de la ciencia y de la técnica en el momento en que requieren el concurso de los servicios sanitarios (artículo 141, apartado 1, de la LRJ-PAC); nada más y nada menos”.

La misma Sala Tercera del Tribunal Supremo, en sentencia de 19 de julio de 2004 (recurso nº 3354/2000), afirma que *“lo que viene diciendo la jurisprudencia y de forma reiterada, es que la actividad sanitaria, tanto pública como privada, no puede nunca garantizar que el resultado va a ser el deseado, y que lo único que puede exigirse es que se actúe conforme a lo que se llama lex artis”.*

Señalan las Sentencias del Tribunal Supremo de 15 de enero de 2008 (Recurso nº 8803/2003) y de 20 de marzo de 2007 (Recurso nº 7915/2003) que *“a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente”.* Todo lo anterior resulta relevante por cuanto el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial no convierte a la Administración en una aseguradora universal de cualquier daño que sufran los particulares, sino que únicamente debe responder de aquéllos que los administrados no tengan el deber jurídico de soportar y sean causados por infracción de la llamada *lex artis*.

QUINTA.- Acreditada la realidad de los daños, consistentes en hemiparesia izquierda y trastornos del comportamiento con cuadro confusional, es preciso analizar si existe relación de causalidad entre los daños sufridos y el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios, para lo cual debe examinarse la asistencia prestada a la paciente.

J.R.M. acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Puerta de Hierro por un cuadro de dolor abdominal de varios días de evolución. En este servicio se interrogó, en primer lugar y como es habitual, a la paciente sobre sus antecedentes médicos personales, que manifestó, entre otras cuestiones, su intolerancia a los antiinflamatorios no esteroideos. No indicó que tuviera alergia a ningún otro medicamento. A continuación se procedió a su exploración física, solicitud de analítica y valoración por el Servicio de Cirugía. Se realizó una ecografía hepática diagnosticándose “*colecistitis aguda litidásica*”, acordándose su ingreso en la planta de cirugía para tratamiento antibiótico intravenoso. El informe de la Inspección, sobre esta actuación declara: “*Actuando consecuentemente con el Juicio Clínico establecido (Colecistitis aguda), se aplicó el tratamiento antibiótico ya descrito, considerando ajustado a la habitual y adecuada práctica médica en este proceso; tanto en su indicación, como elección de fármaco y vía de aplicación,... En todo caso de sospecha de infección en estos cuadros hay que aplicar antibioterapia; cuya duración hubiera sido determinada por el cirujano. (En el caso concreto que nos ocupa, la paciente persistió con otra pauta antibiótica, aplicada, dadas las circunstancias, en la Unidad de Recuperación). El gravísimo cuadro sufrido por la paciente, originada en una presumible reacción al tratamiento farmacológico aplicado a las 23,45 h del día 10 de octubre de 2006, es claramente no evitable*”. En términos parecidos se pronuncia el informe pericial emitido a instancia de la compañía aseguradora del SERMAS.

La paciente, a su ingreso en el Servicio de Urgencias, fue interrogada sobre posibles intolerancias y alergias sin hacer ninguna referencia a los antibióticos. Únicamente indicó la intolerancia a los antiinflamatorios no esteroideos. En consecuencia, la administración de antibiótico fue conforme a la “*lex artis*”. Esto significa que, los efectos adversos sufridos por la paciente no son antijurídicos.

En mérito a cuanto antecede, el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede la desestimación de la reclamación efectuada, al no concurrir los requisitos necesarios para reconocer la existencia de responsabilidad patrimonial.

A la vista de todo lo expuesto, el Órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3.7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 14 de julio de 2010

