

NOTIFICADO

23 Febrero. 16

LEXNET

RECURSO núm. 156/2010
SENTENCIA núm. 136/2016

LA SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO
DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE MURCIA

SECCIÓN PRIMERA

Compuesta por los Ilmos. Sres.:

Dña. Maria Consuelo Uris Lloret
Presidenta
D. Indalecio Cassinello Gómez-Pardo
D. José María Pérez-Crespo Payá
Magistrados

Han pronunciado

EN NOMBRE DEL REY

La siguiente

S E N T E N C I A N° 136/16

En Murcia, a diecinueve de febrero del dos mil dieciséis.

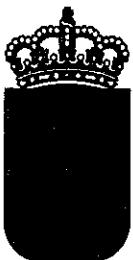
En el recurso contencioso administrativo nº 156/10 tramitado por las normas ordinarias, en cuantía de 241.000 euros, y referido a responsabilidad patrimonial.

Parte demandante: D. [REDACTED], D. [REDACTED], D. [REDACTED] y D. [REDACTED] representados por el Procurador de los Tribunales Sr. [REDACTED] y asistidos por el Abogado Sr. Martínez.

Parte demandada: La Consejería de Sanidad de la CARM representada y defendida por Letrado de aquella.

Parte codemandada: la aseguradora Zurich, representada por el Procurador Sr. [REDACTED] y defendido por el letrado Sr. [REDACTED]

Acto administrativo impugnado: la desestimación presunta de la reclamación patrimonial presentada ante la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia el 29 de julio



de 2009, a consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria que se le prestó a la madre de estos, que falleció el 14 de marzo de 2009.

Pretensión deducida en la demanda: Que en su día, tras los tramites oportunos, se dicte Sentencia por la que, con estimación del presente recurso, se declare la responsabilidad patrimonial del Servicio Murciano de Salud, por los daños y perjuicios ocasionados por la Administración Sanitaria y se reconozca el derecho de sus mandantes a ser indemnizado en la cantidad de 241.000 euros, cantidad que debe ser actualizada conforme al IPC acumulado desde el 14 de marzo de 2009 hasta la fecha de la sentencia e incrementada en el interés de la LGP en adelante conforme al artículo 141.3 de la Ley 30/92 para la Administración y del artículo 20 de la Ley 50/80 para su aseguradora desde la fecha del siniestro.

Ha actuado como ponente el Magistrado de lo Contencioso Administrativo, Ilmo. Sr. D. José María Pérez-Crespo Payá, quien expresa el parecer de la Sala.

I.- ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El presente recurso contencioso administrativo se interpuso contra la desestimación presunta de la reclamación interpuesta ante la Consejería de Sanidad y Consumo de la CARM.

Recibido el expediente administrativo, la parte demandante formalizó su demanda, deduciendo la pretensión a que antes se ha hecho referencia.

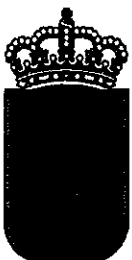
SEGUNDO.- Dado traslado de aquella a la Administración demandada y aseguradora de esta, la primera opuso al recurso e interesó su desestimación y a la segunda se le precluyó el plazo para contestar.

TERCERO.- Fijada la cuantía del recurso y recibido este a prueba, se practicó la declarada pertinente con el resultado que consta en las actuaciones.

CUARTO.- Concluido el periodo probatorio y presentadas por las partes sus respectivos escritos de conclusiones, se señaló para la votación y fallo el día doce de febrero del dos mil dieciséis, quedando las actuaciones concluidas y pendientes de esta.

II.- FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- Dirigen los actores el presente recurso contencioso-administrativo, como ha quedado expuesto, contra la desestimación presunta de la reclamación patrimonial presentada ante la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia el 29 de julio de 2009, a consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria que se le prestó a la madre de estos, que falleció el 14 de marzo de 2009, ampliado tácitamente a la Orden de 11 de noviembre de 2013 del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud por delegación de la Consejera de





ADMINISTRACION
DE JUSTICIA

Sanidad y Política Social de la CARM, por la que se desestima aquella reclamación patrimonial.

Alegan los recurrentes que la Sra. [REDACTED], de 72 años y con antecedentes médicos de hipertiroidismo, dislipemia y otros, sufrió diversos episodios de caídas domiciliarias, pérdida de apetito y peso, náuseas, vómitos, distensión abdominal y estreñimiento desde primeros de 2009, por lo que fue atendida, en distintas ocasiones, por su médico de cabecera y facultativos del Hospital Rafael Méndez de Lorca y del HUVA. El 27 de febrero de 2009, al tener el intestino paralizado, los facultativos le plantearon a la familia la necesidad de operar para conocer la causa de la obstrucción, pero, finalmente se optó por aplicarle enemas, para, días más tarde, proponerle una serie de pruebas para averiguar la causa de la suboculsión intestinal y, a pesar de presentar una alteración de marcadores tumorales, se le dio el alta el día 6 de marzo con el diagnóstico de suboculsión intestinal, infección urinaria y flebitis, sin conocer la etiología de la oclusión. Tras mala evolución en su domicilio, el día 10 de marzo reingresó, siendo intervenida de laparotomía exploradora, en la que se detectó un tumor del tamaño de una naranja, en el colon descendente que le causó una perforación, peritonitis facaloidea y shock séptico, que le provocó la muerte el día 14.

Considera, apoyándose en informe redactado por el especialista en cirugía general y aparato digestivo Sr. [REDACTED], que no se realizaron las pruebas o exploraciones clínicas que eran necesarias para descartar que la suboclusión intestinal tuviera su origen en un tumor en el colon, relegándose aquellas a un momento posterior, cuando presentaba un síndrome anémico y un cambio en el ritmo intestinal, al tiempo que hubo una interpretación errónea de las pruebas y exploraciones que se le realizaron, no investigándose la causa de la anemia que presentaba, ni se tuvo en cuenta, el resultado elevado de la cuantificación del antígeno carcinoembrionario que presentaba y la concurrencia de todos aquellos errores en el proceso diagnóstico determina que se produjera en este caso una pérdida de oportunidad.

Y, entiende que procede la reparación integral del daño, con el incremento de los intereses de demora desde la reclamación que lo será del 20% para la aseguradora.

La representación del Servicio Murciano de Salud, por su parte, se opone señalando que la actuación médica prestada a la madre de los recurrentes se ajustó a la lex artis y que los profesionales sanitarios de atención primaria y especializada llevaron a cabo un diagnóstico y tratamiento acorde con los síntomas que acompañaban a cada ingreso y sin que se pueda establecer nexo de causalidad entre la actuación de estos y el fallecimiento. Así destaca que los valores de anemia que presentó inicialmente eran inespecíficos, máxime cuando no iban acompañados de patología digestiva, en el momento de su ingreso en Enero de 2009 y aquella podía responder a otras patologías que presentaba, como infección respiratoria, infección orina, hiptiroidismo... y, no es hasta el 25 de febrero de 2009, cuando acude, por primera vez, por molestia abdominal y estreñimiento, ingresando dos días después por suboclusión intestinal y este se resolvió con medidas conservadoras: dieta absoluta, sueroterapia, enemas, antibioterapia y analgesia. En el momento del alta se le prescriben pruebas para establecer un



diagnóstico diferencial, tales como la colonoscopia y el enema opaco, que no llegaron a realizarse, ya que cuatro días después ingresó con un cuadro agudo de perforación de víscera hueca.

De forma subsidiaria, en cuanto a la valoración del daño, entiende que esta es excesiva y, a la vista del baremo del 2009 de accidentes de tráfico, no podría corresponder como máximo a cada hijo mas allá de la cantidad de 8.736,46€.

SEGUNDO.- Entrando a conocer sobre el fondo de la pretensión, cabe afirmar, tal y como ya destacábamos en la Sentencia de cuatro de junio del dos mil diez de esta misma Sala que la responsabilidad patrimonial de la Administración se configura en nuestro ordenamiento jurídico (artículos 106.2 de la Constitución y 139 de la Ley 30/1992), como una responsabilidad directa y objetiva, que obliga a aquella a indemnizar toda lesión que sufran los particulares en cualquiera de sus bienes o derechos, siempre que sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos. Si bien, no todo daño que produzca la Administración es indemnizable, sino tan solo los que merezcan la consideración de lesión, entendida, según la doctrina y jurisprudencia, como daño antijurídico, no porque la conducta de quien lo causa sea contraria a Derecho, sino porque el perjudicado no tenga el deber jurídico de soportarlo (artículo 141.1 de la Ley 30/1992), por no existir causas de justificación que lo legitimen.

Por tanto, los requisitos que deben concurrir para tener derecho a la indemnización por razón de responsabilidad patrimonial de la Administración (artículo 139 de la Ley 30/92) son los siguientes:

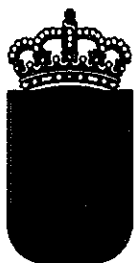
1) Existencia y realidad de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona, y que el interesado no tenga el deber jurídico de soportarlo.

2) Que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, y no producido por fuerza mayor.

3) Relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el daño o lesión. Ha de determinarse, por tanto, si existe una relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y los daños que se invocan, es decir, si los mismos son imputables a la Administración.

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 ha 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.

Es además jurisprudencia reiteradísima que solo son indemnizables las lesiones producidas provenientes de daños que no haya el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley. La antijuridicidad del daño viene exigiéndose por la jurisprudencia, en sentencias, entre otras muchas, 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).

Cuando se trata de reclamaciones derivadas de una actuación médica o sanitaria la jurisprudencia viene declarando (SSTS Sala 3ª, de 25 de abril , 3 y 13 de julio , 30 de octubre de 2007 , 9 de diciembre de 2008 , ó 29 de junio de 2010) que *"no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva mas 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.*

Es igualmente constante jurisprudencia (Ss. 3-10-2000, 21-12-2001, 10-5-2005 y 16-5-2005, entre otras muchas) que la actividad médica y la obligación del profesional es de medios y no de resultados, de prestación de la debida asistencia medica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo, de manera que los facultativos no están obligados a prestar servicios que aseguren la salud de los enfermos, sino a procurar por todos los medios su restablecimiento, por no ser la salud humana algo de que se pueda disponer y otorgar, no se trata de un deber que se asume de obtener un resultado exacto, sino más bien de una obligación de medios, que se aportan de la forma más ilimitada posible".

La adopción de los medios al alcance del servicio, en cuanto supone la acomodación de la prestación sanitaria al estado del saber en cada momento y su aplicación al caso concreto atendiendo a las circunstancias del mismo, trasladan el deber de soportar el riesgo al afectado y determinan que el resultado dañoso que pueda producirse no sea antijurídico.

Interesa destacar lo que la doctrina jurisprudencial denomina "prohibición de regreso", a la que alude la Sentencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo de 20 mayo del dos mil once o la de 7 de mayo del dos mil siete, cuando dice que "no puede cuestionarse el diagnóstico inicial del paciente si el reproche se realiza exclusivamente en la evolución posterior y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen los topoi (leyes) del razonamiento práctico". Por tanto, como dice la Sentencia del 26 de abril del dos mil trece de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, en su sede de Valladolid, "no es posible sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, sólo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente, ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias en el momento en que tuvieron lugar; en definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada, valorando si conforme a los síntomas del paciente se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido, pues, que a partir del diagnóstico final se considere las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban".

Importa, finalmente, destacar que, conforme a lo dispuesto en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, corresponde al demandante "la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda, según las normas jurídicas a ellos aplicables, el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda", y corresponde al



demandado "la carga de probar los hechos que, conforme a las normas que les sean aplicables, impidan, extingan o enerven la eficacia jurídica de los hechos a que se refiere el apartado anterior". No obstante, las precitadas reglas generales se matizan en el apartado 7 del precepto citado, en el sentido de que se "deberá tener presente la disponibilidad y facilidad probatoria que corresponde a cada una de las partes del litigio.

TERCERO.- En esta litis, hay que abordar si debieron de realizarse durante el proceso asistencial otras pruebas distintas a las que se le efectuaron a fin de llegar a un diagnóstico diferencial del tumor de colon anterior a la perforación del intestino que le provocó la muerte, para lo cual deben ponerse de manifiesto, determinados hechos que se extraen del expediente administrativo, así como siendo esta cuestión de carácter técnico, los informes periciales que se han aportado a este recurso.

Así, en cuanto los hechos resulta de interés los siguientes:

1) El 16 de enero de 2009, D. ██████████ de 72 años de edad, acudió al Servicio Urgencias del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (folio 30 expediente). El motivo de la consulta eran caídas frecuentes sin pérdida de conocimiento y con pérdida de fuerza posterior a la caída, sin presentar mareos previos; vómitos desde ese día; tos seca desde hacia +/- 4 días y sin fiebre.

En los antecedentes aparece síndrome depresivo en tratamiento, hipotiroidismo secundario y, dislipemia.

En la exploración física se refleja la auscultación pulmonar con crepitantes en base derecha e hipoventilación. El abdomen era blando y depresible, no doloroso y sin visceromegalias.

El diagnóstico fue de "probable infección respiratoria baja" y se le instauro tratamiento medico y control por su medico de cabecera con la recomendación de que si empeorase acudiese a su hospital de referencia.

2) El 18 de enero de 2009 fue atendida en su domicilio por el Servicio de Urgencias, a las 13:40 horas por caída con pérdida de conocimiento, con TA 90/50, Glucemia 97%, FC 65 Ipm y Ast 02 91%, se piensa en Sincope/Infección respiratoria baja y se remite al Hospital Rafael Méndez de Lorca.

3) A las 15,17 horas, del 18 de enero de 2009, ingresa en Urgencias del HRML, (folios 49 y siguientes del expediente), donde se le realizó, un TAC de cerebro sin contraste de urgencia, que resultó sin alteraciones patológicas (folio 63 expediente), una ECG, el día 19 enero, sin alteraciones de repolarización y analíticas donde destaca anemia normocítica con Hb: 9.8 (21/01) 9,1 (29/01):10.90 y ligera leucocitosis 13.700. En orina algunos gérmenes y leu aislados. Asimismo una RX de tórax, con infiltrado en base derecho y un angio TAC de tórax el 19 de enero, con contraste que descartó tromboembolismo pulmonar y detectó derrame pleural derecho en cantidad moderada con atelectasia de segmentos basales derechos y mínimo derrame pleural izquierdo y adenopatías mediastínicas a controlar evolutivamente.

4) El 20 de enero de 2.009, a las 13,13 ingresó en el Servicio de Medicina Interna de aquel Hospital, donde se describe la sintomatología neurológica que había motivado el ingreso y el cuadro de infección respiratoria iniciado 48 horas antes del ingreso.

En este Servicio se realizaron las siguientes exploraciones:



- Control con Rx tórax, el 26 de enero con leve derrame pleural derecho, parénquima pulmonar y silueta cardiovascular normal

- Tras la valoración por Neurología se realizó estudio mediante TAC craneal el 21 de enero y RM cerebral y columna cervical el 27 de enero - folios 41 y 42 del expediente-, atribuyéndose la alteración de la marcha a un posible origen farmacológico.

- Se objetivó en la analítica el 21 de enero un hipotiroidismo subclínico, anemia normocítica con niveles bajos de B12, iniciándose tratamiento sustitutivo durante la estancia hospitalaria. Asimismo una dosificación de CEA (Antígeno Carcinoembrionario) de 4,1 ng/ml.

- Se valoró por psiquiatra, que la considero, desde el punto de vista psiquiátrico, estable -folios 53 a 56 del expediente-.

El día 26 de enero, dentro de aquel servicio, el internista pone un enema evacuante por estreñimiento crónico, que fue efectivo.

Se instauró tratamiento médico con antibioterapia, aporte vitamínico sustitutivo (Vitamina B12) suplementos dietéticos e hipercalóricos, que fueron bien tolerados.

El día 30 de enero de 2009 fue dada de alta estable, apirética y tolerando bien la deambulacion, quedando previstas revisiones en Medicina Interna (a corto plazo), en Neurología a corto plazo previa petición de cita en consulta de ORL, a corto plazo. -folio 40 expediente-

5) El día 25 de febrero de 2009, acudió a su médico de cabecera, por estreñimiento y dolor abdominal de varios días de evolución, donde se aprecian fecolomas que se resuelven con enemas y se inicia tratamiento con Oponaf -folio 115 expediente-.

El día 27 de febrero de 2009, regresó a su médico de cabecera, por seguir con estreñimiento, dolor abdominal. Se aprecia por este abdomen globuloso doloroso difusamente a la palpación, silencio abdominal, remitiéndola al Servicio de Urgencia del Hospital Rafael Méndez.

6) El día 27 de febrero de 2009, ingresa en dicho Servicio con el diagnóstico de suboclusión intestinal e infección urinaria -folios 108 y siguientes del expediente-

A la exploración se describe un abdomen globuloso, distendido, doloroso de forma difusa, no hernias, no cicatrices, peristaltismo conservado y disminuido.

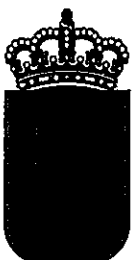
Se realizó estudio radiológico que mostró "heces en colon derecho. Aire negativo" En Urgencias consigue deposición verdosa en cantidad moderada con enema. La analítica muestra leucocitos: 11100, glucosa 160, HB 11.5 y resto normal, salvo la infección urinaria. Se ingresa en el Servicio de Cirugía.

7) El día 28 de febrero de 2009, se anota que está subjetivamente mucho mejor y que presentaba abdomen blando y depresible a la palpación.

El control RX informa de mejoría radiológica.

8) El día 2 de marzo de 2009, la Sra. Andreo esta asintomática, sin dolor abdominal y refiere haber ventoseado y defecado el día anterior. En la exploración de abdomen se refleja que esta no distendido, blando, depresible y no doloroso. Inicia la tolerancia oral.

9) El día 3 de marzo de 2009, se refleja que sigue asintomática, que tomó líquidos, que no hizo deposiciones, pero si ventoseó.



La Rx muestra: "abundantes heces en colon derecho, aireación distal, aireación en transverso y yeyuno sin distensión del resto de intestino delgado".

10) El día 4 de marzo de 2009, continúa asintomática y se alude que hizo dos deposiciones. En la analítica de control se refleja: leuc: 5000 y gluc: 110, Hb 9.5 resto normal.

11) El día 5 de marzo de 2009, se refleja que presenta un abdomen blando y depresible y tiene deposición normal por lo que se alude a que posiblemente se le diera el alta al día siguiente.

12) El día 6 de marzo de 2009, se anota que tolera bien dieta oral en progresión y que defeca bien.

Ante la estabilización de la paciente, salvo febrícula de 37,5° por flebitis en antebrazo izquierdo por vía, se decide su alta el 6/03/09 con los diagnósticos de: Suboclusión intestinal, Infección Urinaria y Flebitis de miembro superior izquierdo. Se le pauta dieta blanda rica en fibras hasta pruebas complementarias que se le indicarán en su momento, que debía caminar todo lo posible, trombicid en flebitis brazo, control por su médico de familia, retomar la medicación previa al ingreso y cita en consulta de Cirugía en la fecha prevista, donde se continuará estudio (colonoscopia, RX con enema opaco, etc.), advirtiéndole que si notara empeoramiento debería acudir a Urgencias de aquel Centro - folio 102 expediente, en el que obra el informe de alta de cirugía-.

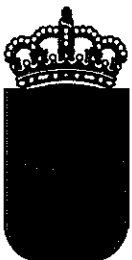
13) El día 10 de marzo de 2009, reingresa con cuadro de dolor abdominal generalizado desde esa mañana y estreñimiento de 48 horas de evolución con intensa sudoración.

En Rx, se detecta neumoperitoneo diagnosticándose de: "perforación de víscera hueca" por lo que se indica cirugía urgente siendo intervenida ese mismo día, encontrándose tumoración estenosante a nivel del colon descendente con peritonitis fecal por perforación en colon transverso. Se realiza colectomía transversa y cierre (Operación de Hartman). Ingresa en UCI, donde la evolución no es buena, desarrollando un shock séptico que desemboca en fallo multiorgánico (fallo respiratorio, hemodinámico, renal coagulopatía y plaquetopenia) y exitus el 14/03/09 -folios 134 y 135 expediente-.

Por otro lado, constan los siguientes informes médicos:

a) El emitido por el Doctor Sr. ██████████ de 4 de noviembre de 2009, que obra al folio 34 del expediente, Especialista de Medicina Interna del Hospital Rafael Méndez de Lorca, en el que indica estuvo a cargo de Medicina interna entre los días 20 al 30 de enero por alteración de la marcha y caída frecuentes de dos meses de evolución y tras exponer que la alteración de la marcha, una vez realizadas las pruebas de diagnóstico, pudiera tener un origen farmacológico, se afirma que se objetivó en la analítica hipotiroidismo subclínico y anemia normocítica con niveles bajos de Vitamina B12, iniciándose tratamiento sustitutivo durante su estancia hospitalaria y que en ningún momento mostró sintomatología digestiva de interés.

b) El evacuado por el Doctor ██████████, Jefe del Servicio de Cirugía General y Digestivo del Hospital Rafael Méndez, que obra al folio 35, en donde indica que la Sra. ██████████ estuvo ingresada por cuadro suboclusivo entre el 27 de febrero al 6 de marzo de 2009, con tratamiento médico con



evolución favorable tanto clínica como radiológicamente, siendo dada de alta asintomática, realizando deposiciones normales los días 5 y 6 de marzo. Continúa señalando que, ante la situación clínica se decide continuar el estudio de forma ambulatoria para la realización de la colonoscopia y/o enema opaco. Agrega que, en el momento del alta no presentaba signo de obstrucción a nivel del colon, si bien se programó estudio ambulatorio para descartar patología orgánica a dicho nivel. Expresa que el día 10 de marzo ingresó con un cuadro de dolor abdominal intenso, diagnosticándole perforación de víscera hueca y siendo intervenida el día de su ingreso hallando neoplasia estenosante a nivel de colon descendente con peritonitis fecal por perforación a nivel de colon transverso. Se realizó intervención y en el postoperatorio presenta un cuadro de shock septico que desemboca en fallo multiorgánico.

c) El Dictamen de I&I S.L. emitido en fecha 25 de febrero de 2010, a instancia de la Aseguradora Zurich y realizado colegiadamente por los Doctores Sres. [REDACTED] -especialista Cirugía General y Digestivo-, [REDACTED] - Especialista en Cirugía General-, [REDACTED] - Especialista en Cirugía General y Digestivo- e [REDACTED] -Especialista en Cirugía General y Digestivo, que obra a los folios 250 y siguientes del expediente, en el que llegan a las siguientes conclusiones:

1.- D. [REDACTED] de 72 años de edad, acude a Urgencias del Hospital "Virgen de la Arrixaca", el 16-1-09 por presentar inestabilidad, trastornos de la marcha y caídas frecuentes de 2 meses de evolución. Con el diagnóstico de "Probable infección respiratoria baja" se instaura tratamiento médico, vigilancia por su médico de Familia y si empeorase acudir a su Hospital de referencia.

2.- Ingresa en el Hospital "Rafael Méndez" de Lorca, el 20-1-09, en el Servicio de Medicina Interna, donde se valora la sintomatología neurológica y el cuadro de infección respiratoria. Se realiza RM cerebral y TAC craneal, atribuyéndose las alteraciones de la marcha a posible origen farmacológico.

3.- En ninguno de estos ingresos presentó síntomas ni signos exploratorios de patología digestiva.

4.- La dosificación de CEA es normal hasta 4'6 ng/mL. La paciente tenía 4'1. La patología pulmonar que presentó, podía ser causante de esa pequeña elevación, dentro de los límites normales. El CEA al no ser específico, no es útil para establecer un diagnóstico.

5.- El 27-2-09, acude al Servicio de Urgencias del HRM, por presentar estreñimiento, distensión abdominal y náuseas. La exploración, demuestra un abdomen globuloso, distendido, doloroso de forma difusa, con peristaltismo conservado y disminuido.

6.- Ingresa en el Servicio de Cirugía, donde se instaura tratamiento médico con respuesta clínica y radiológica, satisfactorias, con tolerancia a dieta oral progresiva. Es dada de alta el 6-3-09, con recomendaciones y cita en Consulta de Cirugía para continuar estudio.

7.- Reingresa el 10-3-09, por cuadro de dolor abdominal intenso y estreñimiento de 48 horas. Es diagnosticada de perforación de víscera hueca e intervenida de urgencia, ese mismo día, encontrándose tumoración



estenosante a nivel de colon descendente con peritonitis fecal por perforación en colon transverso.

8.- Se realiza colectomía izquierda, colostomía transversa. (Operación de Hartmann). Ingresa en UCI, donde la evolución no es buena, desarrollando un shock séptico que desemboca en FMO y éxitus el 14-3-09.

9.- Los pacientes que presentan obstrucción o perforación tienen peor pronóstico que otros pacientes con cáncer colorrectal, debido a la alta morbilidad y mortalidad (más del 14%).

10.- Un elevado porcentaje de pacientes con neoplasia colorrectal, que debutan con sintomatología de oclusión y/o perforación y precisan de cirugía urgente, fallecen en el postoperatorio, pero no como consecuencia de la patología tumoral en sí misma.

11.- La paciente presentó una sintomatología tardía, correspondiendo al grupo de enfermos descrito en toda la literatura. Esta presentación del Cáncer colorrectal es imprevisible y por supuesto difícilmente evitable.

12.- Tras el análisis de la documentación examinada se puede concluir que todos los profesionales que la atendieron lo hicieron de manera correcta y se pusieron a disposición de la paciente todos los medios hospitalarios posibles para el tratamiento de su enfermedad.

En este informe se hacen consideraciones sobre el resultado de la analítica efectuada el día 21 de enero de 2009, en el que aparece una dosificación de CEA (Antígeno Carcinoembrionario) de 4'1 ng/mL. Al respecto señala que el antígeno carcinoembrionario (CEA) es un antígeno oncofetal, presente en el adulto en una concentración inferior a 4,6 ng/mL, aunque en pacientes con hábito tabáquico el límite superior puede ser más elevado y que se pueden detectar incrementos de CEA en diversas enfermedades, como la cirrosis hepática, insuficiencia renal, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, colitis ulcerosa o quistes ováricos. Y que no es un marcador tumoral específico, ya que puede encontrarse elevado en neoplasias de origen epitelial, así como en carcinoma gástrico, pancreático o pulmonar. La determinación de CEA, previa a la intervención, presenta utilidad por su valor pronóstico, mientras que no es útil para el diagnóstico por su falta de especificidad y de allí que hagan las siguientes afirmaciones: 1.- La dosificación de CEA es normal hasta 4'6 ng/mL. La paciente tenía 4'1; 2.- La patología pulmonar que presentó, podía ser causante de esa pequeña elevación, dentro de los límites normales; 3.- El CEA al no ser específico no es útil para establecer un diagnóstico y 4.- Los análisis de sangre que determinan estos "marcadores tumorales" se usan con más frecuencia, junto con otras pruebas, durante el seguimiento de los pacientes que ya han recibido tratamiento de su cáncer colorrectal ya que estas pruebas pueden informarnos de la recidiva precoz del cáncer colorrectal tras una resección quirúrgica.

Y respecto a la sintomatología digestiva, destacan que salvo la referencia al antecedente de estreñimiento crónico, no es hasta el 27 de febrero, cuando aparece la sintomatología digestiva y sobre este particular indican que las principales complicaciones del cáncer colorrectal, son la obstrucción aguda y la perforación, así como que la sintomatología típica del cáncer colorrectal es la de cambio del ritmo intestinal, seudodiarrea, rectorrañas, las cuales no presentaba la paciente, excepto el estreñimiento que era crónico y habitual y en los tumores avanzados se pueden presentar

síntomas de oclusión, como primera manifestación del cáncer, con dolor cólico, vómitos, distensión abdominal y ausencia de emisión de gases y heces razón por la que debe incluirse al cáncer de colon en el diagnóstico diferencial de las obstrucciones intestinales agudas bajas.

Se destaca que se realizó tratamiento médico correcto, con buena respuesta clínica y radiológica, con tolerancia a dieta oral progresiva y recuperación del tránsito intestinal (expulsión de gases y deposiciones siendo dada de alta el 63-09, con cita en Consulta para realizar estudio de Endoscopia, Enema Opaca, TAC, etc. (Folios 103, 104 y 35).

Refieren que "los pacientes que presentan obstrucción o perforación tienen peor pronóstico que otros pacientes con cáncer colorrectal, debido a la alta morbilidad y mortalidad (más del 14%). La supervivencia a 5 años es < 15%. La frecuencia de obstrucción intestinal en grandes series oscila entre un 8 y un 21% apareciendo con frecuencia como un cuadro agudo sin sintomatología previa y sin diagnóstico previo". Y agregan que "es una complicación a menudo mortal, y puede presentarse como perforación libre y la consiguiente peritonitis fecaloidea, o como plastrón-absceso. También se ha asociado dicha complicación con un peor pronóstico a largo plazo, independientemente de la gravedad evidente del proceso agudo, pero dicho peso pronóstico recae fundamentalmente en el estadio tumoral, dado que las perforaciones son también más frecuentes en etapas avanzadas del tumor.

La obstrucción y la perforación siguen siendo complicaciones relacionadas con una alta mortalidad. Los índices de oclusión completa por cáncer de colon descritos en la bibliografía representan un 85% de las urgencias por patología complicada de intestino grueso. Alrededor del 50% de los tumores de ángulo esplénico y el 25% de los situados en el colon izquierdo se suelen ocluir.

Un tercio de los pacientes con neoplasia colorrectal sufrirá oclusión y/o perforación y precisará de cirugía urgente, y un elevado porcentaje de estos pacientes fallecerá en el postoperatorio, pero no como consecuencia de la patología tumoral en sí misma".

Y, en cuanto a esta paciente "la sintomatología que presentó fue tardía, correspondiendo al grupo de enfermos que acabamos de comentar, descrito en toda la literatura.

Esta presentación del Cáncer colorrectal es imprevisible y por supuesto difícilmente evitable".

d) El emitido por la Inspectora Médica, Sra. [REDACTED], en fecha 18 de noviembre de 2011, que obra en el expediente a los folios 283 a 290, en el que se concluye:

1.- Se reclama al considerar que la muerte de la madre de los reclamantes era previsible y evitable, debida al mal funcionamiento del Servicio Murciano de Salud, que no le hizo todas las pruebas necesarias para llegar al diagnóstico de Cáncer de colon durante el ingreso del 27.02.09-06.03.09, volviendo cuatro días después por perforación intestinal con neo de colon descendente, que se interviene, pero desarrolló shock séptico que desemboca en fallo multiorgánico, falleciendo la paciente el 14.03.09.



2.- La paciente de 72 años consulta por caídas en Urgencias del HRML, con ingreso 10 días (18.01.09-30.01.09), sin síntomas, ni signos exploratorios de patología digestiva.

3.- Se objetivo en la analítica 4.1 ng/ml de Antígeno Carcinoembrionario (Se consideran normales las concentraciones inferiores a 5 ng/ml). Al no ser específico no es útil para establecer el diagnóstico de Cáncer de colon y podía deberse a la afección respiratoria que padecía.

5.- Al mes siguiente (27.02.09), ingresa por suboclusión intestinal + IU, (con antecedentes de estreñimiento), que mejora clínica y radiológicamente tras tratamiento habitual.

6.- La paciente recibió el alta el sábado, día 06.03.09 de forma correcta ante la evolución satisfactoria de la Suboclusión intestinal, que motivó el ingreso. Programando la continuación de pruebas de forma ambulatoria (como se recoge en la bibliografía) y con la recomendación en el alta de que acudiera a urgencias si notaba empeoramiento.

7.- Los síntomas de lucha intestinal (dolor cólico) previos a la dilatación del colon y su posterior necrosis se presentan el mismo día que acude a Urgencias. Diagnosticando y actuando diligentemente sobre la perforación.

8.- La perforación que dio lugar a la sepsis que llevó al fallecimiento, supone un estadio avanzado de la enfermedad y una complicación con una elevada morbimortalidad postoperatoria estimada en un 30-40%, imprevisible ante los síntomas de suboclusión que mejoraron con el tratamiento conservador.

Ultima: Tras el análisis de la documentación concluimos que todos los profesionales actuaron de forma correcta.

En el juicio crítico se destaca, en relación con la asistencia médica que se le prestó en el mes de enero de 2009, que en la consulta del día 16.01.09 tanto la anamnesis como la exploración no demuestran alteraciones digestivas. El ingreso desde el 18.01.09 al 30.01.09, motivado por las caídas despliega por parte de los profesionales una batería de pruebas, encaminadas al diagnóstico neurológico (la paciente estaba acudiendo periódicamente a un neurólogo privado del que no aporta informes). Se diagnosticó una infección respiratoria extrahospitalaria que se estudió y trató. Durante este ingreso el día 26.01/09, se indicó por el Médico Internista un enema evacuante que fue efectivo, como tratamiento del estreñimiento crónico (no tenía ninguna deposición durante los días de ingreso). El estreñimiento por si solo, no puede considerarse un signo de alarma, se estima que alrededor del 42% de los pacientes ancianos ingresados presentan estreñimiento. Agrega que no encuentra en la historia referencia a la pérdida de peso, aunque si que se le detecta una desnutrición proteico calórica.

Sobre el cáncer colorrectal señala que "no suele dar síntomas hasta fases avanzadas y por eso la mayoría de pacientes presentan tumores que han invadido toda la pared intestinal o han afectado los ganglios regionales. Cuando aparecen, los síntomas y signos del carcinoma colorrectal son variables e inespecíficos. La edad de presentación habitual del cáncer colorrectal es entre los 60 y 80 años de edad. La presencia de síntomas



notables o la forma en que se manifiestan depende un poco del sitio del tumor y la extensión de la enfermedad. Así en el Cáncer de colon izquierdo, por ser más estrecho, el dolor cólico en abdomen inferior puede aliviarse con las defecaciones. Es más probable que estos pacientes noten un cambio en las defecaciones y eliminación de sangre roja brillante (rectorragia) condicionados por la reducción de la luz del colon. El crecimiento del tumor puede ocluir la luz intestinal provocando un cuadro de obstrucción intestinal con dolor cólico, distensión abdominal, vómitos y cierre intestinal. En menos del 10% es completa.

Si la obstrucción no se alivia y el colon continúa distendido, la presión en la pared intestinal puede exceder la de los capilares y no llegar la sangre oxigenada a la pared del intestino, lo que origina isquemia y necrosis. Si no se trata inmediatamente, la necrosis evolucionará hasta la perforación con peritonitis fecal y sepsis. Por tanto siempre debemos incluir al cáncer de colon en el diagnóstico diferencial de las obstrucciones intestinales agudas bajas”.

Y, en concreto afirma que “estamos ante una paciente con 72 años de edad, que consulta por un cuadro suboclusivo, con antecedentes de estreñimiento crónico. Lo que hizo que se instaurara tratamiento medico habitual para el estreñimiento, (como es lógico tratamiento conservador de inicio) con respuesta clínica y radiológica, el 3/03/09 enema efectivo con dos deposiciones, 5/03/09 enemas efectivos con deposición normal y también el 6/03/09 hace deposición normal (pag 104), se realizaron controles radiológicos satisfactorias, (en los controles que se realizaron el 28/02/09, 3/03/09 y 4/03/09), tolerando dieta oral en progresión.

La anemia progresiva (Hb:11'6 , 10.0, 9'8 y 9'5 sucesivamente), no es una indicación de transfusión habitual y permitía el estudio diferido en espera de las pruebas”.

Por ello considera que “no precisando tratamiento hospitalario, hasta completar el estudio pensando en el diagnostico diferencial de cáncer de colon, de forma correcta se le da el alta el viernes día 06.03.09 con tratamiento recomendado y pauta de control en el informe de alta”.

Y, con referencia a la analítica del Antígeno Carcinoembrionario (ACE), mantiene que “se consideran normales las concentraciones inferiores a 5 ng/ml. Niveles superiores a la normalidad, aunque en general inferiores a 15 ng/ml, pueden detectarse en pacientes con enfermedades pulmonares. En este caso la paciente tenía 4.1 ng/ml, y la patología pulmonar que presento podía ser la causante de esa pequeña elevación. Las principales aplicaciones clínicas de la valoración del ACE son en el pronóstico, el diagnóstico precoz de recidiva (sensibilidad del 80) y la monitorización terapéutica”

Y concluye señalando que “la perforación es una complicación importante pero poco frecuente del carcinoma colorrectal, estimándose su incidencia en un 3-7% del total de los tumores malignos colorectales. Dicha perforación supone un estadio avanzado de la enfermedad en muchos pacientes y conlleva problemas diagnósticos y terapéuticos urgentes, con una elevada morbimortalidad postoperatoria estimada en un 30-40%”

e) El informe complementario emitido por la Inspectora Médica, en fecha 2 de julio de 2012 que obra a los folios 458 y 459 del expediente, a la vista de las alegaciones de la parte recurrente, al que acompañan el informe del Doctor [REDACTED]. En este informe diferencia entre la actuación durante el ingreso de los días 18.01.09 a 30.01.09 y aquella que tuvo lugar el 27 de febrero.

Respecto de la primera reitera que se ratificaba en su informe previo ya que "se estudió y trató la sintomatología neurológica y de infección respiratoria que motivo su ingreso, siendo dada de alta estable apirética y tolerando bien la deambulacion. No se puede considerar una mala praxis el hecho de atribuir el hipotiroidismo subclínico a la toma de litio, si descartar la existencia de tiroiditis autoinmune cuando es muy posible que se debiera a ello, por otra parte aunque lo fuera no habría variado el resultado. Tampoco el hecho de no investigar la anemia que presentaba en el contexto que se detecto anemia normocítica, cuando su causa puede ser desde congénita a justificarse por la infección respiratoria que padecía, en todo caso el tratamiento sustitutivo para la disminucion de la Vit. B12 y seguimiento de la paciente como se programó fue adecuado".

En cuanto a la actuación de los profesionales durante el ingreso del 27 de febrero de 2009, recuerda el informe del Jefe de Servicio de Cirugía General y aparato digestivo, Dr [REDACTED] que termina: " *En cuanto al proceso seguido previo a la complicación surgida el 10.03.09, reseñar que en el momento del alta el 06.03.09 la paciente no presentaba ningún signo de obstrucción a nivel del Colon, no obstante se programo estudio ambulatorio para descartar patología orgánica a dicho nivel como se hace habitualmente en casos similares*".

Ante el estado de la paciente (asintomática y realizando deposiciones normales los dos días previos al alta del 06/03/09) y ya pensando en descartar la patología orgánica no siendo esto urgente en una actuación medica normal, se programa el estudio de forma ambulatoria. No tiene sentido hacer pruebas como sangre oculta en heces, cuando ya se piensa ese diagnostico diferencial, incluso la presencia de sangre no implica, la mayoría de veces, tener cáncer, sino que suele ser debido a una lesión benigna, como los pólipos. La recomendación en estos casos es efectuar una exploración del interior del intestino mediante una colonoscopia por lo que al final llegamos a lo mismo, programar la colonoscopia. Por igual motivo, tampoco es lógica la detección del Antígeno carcino embrionario que tiene valor pronostico mas que diagnostico, como ya se explico en el informe previo.

Y concluye afirmando que "Sé intenta en el informe valorar la actuación médica teniendo en cuenta las especiales características del paciente, en el contexto de la sintomatología que presentaba en el momento ambos ingresos que fue adecuado y conforme a la práctica medica requerida y no analizar los síntomas conociendo ya la patología que finalmente sufrió la paciente."

d) El informe que emite 8 de junio de 2011, D. [REDACTED] Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo en el que expresa que hubo un error de diagnóstico, ya que, en



primer término, que no se realizaron pruebas o exploraciones clínicas que eran necesarias.

Y, así en cuanto a la valoración clínica realizada durante el ingreso a cargo del Servicio de Medicina Interna del Hospital Rafael Méndez de Lorca, donde permaneció hospitalizada entre los días 20 y 30 del mes de Enero de 2.009, concluyó que "las caídas que había presentado la paciente Da. [REDACTED] podían ser secundarias a patología psiquiátrica, anemia, hipotiroidismo y patología neurodegenerativa incipiente, además de señalar que la paciente presentaba una alteración de la marcha y disartria muy probablemente farmacológica" y sobre estas señala que "estas presunciones etiológicas fueron parcialmente investigadas, y aunque cada una de ellas por sí sola, podía justificar en mayor o menor medida el cuadro de caídas repetidas, no fueron completamente aclaradas".

Sostiene sobre la patología neurodegenerativa incipiente y, en relación con carencia de cobalamina, que "se determinaron durante ese ingreso los niveles séricos de vitamina B12 y ácido fólico, que resultaron en el caso de la vitamina B12 por debajo de los valores normales, pero no se continuó la investigación de las causas más frecuentes de ese valor objetivado, que permiten el diagnóstico en la mayoría de los casos, no realizándose la determinación de anticuerpos anti factor intrínseco, nivel sérico de gastrina, anticuerpos anti-células parietales, niveles de ácido metilmalónico y homocisteína plasmáticos. Tampoco se realizaron test de Schilling ni gastroscopia para valorar la existencia de atrofia de mucosa gástrica y/o lesiones gástricas asociadas a la anemia perniciosa".

Agrega que "la anemia, como causa del síndrome de caídas del anciano, fue parcialmente explorada. El estudio realizado durante su ingreso a cargo del Servicio de Medicina Interna del Hospital Rafael Méndez de Lorca, mostró en la analítica la existencia de anemia normocítica normocrómica, acompañada de valores disminuidos de hierro sérico, disminución de los valores de transferrina, disminución del índice de saturación de transferrina, y vitamina B12 por debajo de los valores normales, que no fue suficientemente valorada".

Considera que "los niveles bajos en suero de ferritina o de la saturación de transferrina, implican una situación absoluta o funcional de deficiencia de hierro, aunque a veces resulta difícil diferenciar la anemia por deficiencia de hierro de anemia de enfermedades crónicas, que pueden coexistir. No obstante, ni la anemia ferropénica ni la ferropenia son enfermedades primarias de la sangre, sino la repercusión de un trastorno originado a otro nivel.

Y por ello mantiene que "es imprescindible investigar la etiología de la ferropenia, porque puede ser el indicador de una enfermedad subyacente y potencialmente curable si es diagnosticada precozmente.

En ausencia de una causa evidente para la anemia ferropénica, incluidas pérdidas hemorrágicas fácilmente detectables, a todos los pacientes se les debería realizar una endoscopia gastrointestinal que incluya una biopsia de intestino delgado, así como una colonoscopia o un enema opaco, para excluir en primer lugar un proceso oncológico digestivo o cualquier otra causa oculta de sangrado, y en segundo lugar un problema de mala absorción. Aunque no siempre es posible llegar a un diagnóstico etiológico, sí



debe ser descartada la presencia de una enfermedad neoplásica subyacente. Si se trata de un varón adulto o una mujer postmenopáusica, deberán investigarse pérdidas sanguíneas a lo largo del tracto digestivo.

Y, en este caso, no se llegó a determinar la presencia de sangre oculta en heces mediante la utilización de cualquiera de los métodos diagnósticos disponibles”.

Destaca que “en la población anciana sana, es infrecuente el déficit de hierro, por lo que no se suele recomendar la implementación de hierro en la dieta habitual de forma generalizada. La anemia ferropénica en el anciano de la sociedad industrializada es tan infrecuente que cuando aparece se debe sospechar y descartar alguna patología subyacente como sangrado, infección o cáncer.

Alude a que aparecían “datos compatibles con un hipotoridismo subclínico, que podían también en parte justificar dicha anemia, aunque quedaban aspectos por aclarar. La morfología eritrocitaria a microscopio óptico mediante extensión de sangre periférica es fundamental en el diagnóstico etiológico de toda anemia en el que se deben valorar las características eritrocitarias en cuanto al tamaño, forma, cromasia e inclusiones.

El estudio del frotis de sangre periférica, quedó pendiente de realización, y sus hallazgos pudieron haber orientado exactamente en cuanto a la filiación de la anemia evidenciada.

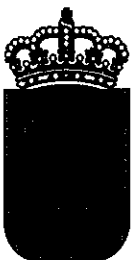
Si la investigación de las causas digestivas de sangrado es normal y la deficiencia de hierro no es grave, puede indicarse tratamiento con hierro por vía oral, junto a la interrupción de cualquier tratamiento con fármacos antiinflamatorios no esteroideos, aunque la primera medida antes de iniciar el tratamiento debería consistir en la corrección de la causa etiológica. En ausencia de respuesta a hierro por vía oral, o si la anemia es severa o persiste la sospecha clínica de enfermedad importante, se debe insistir en la evaluación del diagnóstico.

Se emprendió tratamiento sintomático de la anemia observada y de alguna de las causas implicadas en su génesis, administrándose cianocobalamina y suplementos de hierro sin haber asegurado la etiología de su déficit”.

De otro se destaca que “las causas más frecuentes del síndrome de obstrucción intestinal en el mundo occidental son las bridas y adherencias postoperatorias, seguidas de las hernias y, en tercer lugar, los tumores. El riesgo de padecer enfermedad neoplásica, y particularmente cáncer de colon, es dependiente de la edad y se dobla en cada década hasta un pico máximo a los 75-80 años. Los síntomas del cáncer colorrectal dependen en gran medida de la región anatómica donde se origina. Los tumores del colon izquierdo se manifiestan en forma de rectorragia y/o cambios en el ritmo deposicional.

Señala que “la paciente había presentado en un plazo corto de tiempo cambio en su ritmo intestinal, con intensificación del estreñimiento crónico que presentaba. El crecimiento del tumor ocluyendo la luz intestinal puede provocar un cuadro agudo de obstrucción intestinal.

La obstrucción intestinal es una patología propia de enfermos de edad avanzada, porque la incidencia del carcinoma de colon y de otras causas es más prevalente en esta población. Atendiendo al origen de la obstrucción destacan por orden de frecuencia, el cáncer de colon, la diverticulitis



sigmoidea y el vólvulo, que juntos son responsables del 90% de la patología obstructiva mecánica del colon.

El cáncer colorrectal es el motivo más habitual de oclusión intestinal baja siendo la primera manifestación clínica en el 15-20% de los cánceres de colon izquierdo sobre todo localizados en la unión rectosigmoidea y en el ángulo esplénico.

Dice que "se descartó razonablemente la existencia de un vólvulo, y la presencia de un cuadro diverticular agudo, pero no se emprendió el estudio de la primera causa incriminada en la obstrucción intestinal localizada en el colon, aunque se recogía en hoja de valoración de enfermería que la paciente presentaba anorexia de un mes de evolución.

Durante su ingreso, no se efectuó ni se programó la investigación de la causa del síndrome oclusivo intestinal que presentaba la paciente, no realizándose estudios radiológicos específicos ni endoscópicos, relegándolos para ocasión posterior no determinada, ni se prestó atención al síndrome anémico que presentaba, también subsidiario de estos estudios".

Por otra parte, alude a que hubo una errónea interpretación de las pruebas y exploraciones realizadas.

Ello lo basa en que "la ferritina es un reactante de fase aguda. Por esta razón en el paciente con una ferropenia real, pero que sufre un proceso infeccioso, inflamatorio o neoplásico, la ferritina puede aumentar de la misma manera que lo hacen otros reactantes de fase aguda. La interpretación de una anemia en el paciente hospitalizado no debería hacerse sin disponer de algún dato sobre la existencia de esta reacción de fase aguda, porque si no es así los errores de apreciación de una cifra supuestamente normal de ferritina pueden ser frecuentes.

Esta circunstancia pudo justificar la no valoración de la sideremia y el índice de saturación de transferrina llamativamente bajos. Los niveles bajos en suero de ferritina o de la saturación de transferrina, implica una situación absoluta o funcional de deficiencia de hierro aunque a veces es difícil diferenciar la anemia por deficiencia de hierro de anemia de enfermedades crónicas, que pueden coexistir".

Alude a que "durante el ingreso de la paciente Da. [REDACTED] a cargo del Servicio de Medicina Interna del Hospital Rafael Méndez de Lorca, entre los días 20 y 30 del mes de Enero de 2.009, ni posteriormente, se investigó la causa de la anemia que presentaba, y no se indicaron ciertas pruebas complementarias que hubiese podido proporcionar un acercamiento al diagnóstico, como la investigación de sangre oculta en heces o la realización de endoscopia digestiva".

Continúa afirmando que "durante el ingreso de Enero de 2.009, se solicitó cuantificación del antígeno carcinoembrionario (CEA), que resultó aparecer elevado hasta 4,1 ng/ml. Este marcador tumoral se encuentra elevado, además de en el cáncer colorrectal (en más del 90%), en un gran número de neoplasias. Es conocido que los marcadores tumorales pueden sugerir y apoyar la existencia de un cáncer, pero ninguno de ellos puede por sí mismo, en ausencia de una prueba histológica utilizarse como diagnóstico definitivo".





ADMINISTRACION
DE JUSTICIA

Y "este hallazgo no fue tenido en cuenta en el momento de su determinación, en el contexto de un síndrome de caídas frecuentes acompañado de una anemia no filiada, obviándose la investigación tanto de la causa de anemia como del proceso responsable de la elevación de este marcador, sin emprenderse la investigación de la causa más frecuentemente descrita, en el tubo digestivo".

Indica que "tampoco fueron de nuevo tenidos en cuenta los hallazgos relativos a la cuantificación del CEA realizada anteriormente durante el ingreso del mes de Febrero de 2.009, que pudieran haber sido reveladores en el contexto de un síndrome oclusivo intestinal sin antecedentes quirúrgicos previos o la existencia de hernias, procediendo durante el ingreso a los estudios de imagen específicos. No obstante, durante este ingreso, no se cuantificaron analíticamente los marcadores tumorales que suelen estar habitualmente elevados en el cáncer colorrectal, como el antígeno carcinoembrionario (CEA) y el Ca19.9, que se eleva también en otras neoplasias digestivas, como causa documentada de patología obstructiva mecánica del colon, en el contexto del cuadro oclusivo que presentaba la paciente".

Entiende que "en este contexto de oclusión cólica, aunque clínicamente en fase de resolución, no fue tomada en cuenta e interpretada en su justa medida la llamativa disminución en las cifras de hemoglobina y hematocrito evidenciadas durante el ingreso de la paciente Da. [REDACTED] del mes de Febrero de 2.009 a cargo del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, tras la realización del control analítico del 4 de Marzo de 2.009.

Éste, mostraba anemia normocítica normocrómica con hemoglobina 9,5 g/dl, hematocrito 28,2%, valores progresivamente disminuidos frente a los obtenidos en el control previo del día 28 de Febrero de 2.009, incluso repetidos para confirmación, que también ya mostraban anemia normocítica normocrómica con hemoglobina 10 g/dl, hematocrito 30,3%, valores también significativamente reducidos frente al estudio analítico de urgencias, que indicaba la presencia de una discreta anemia normocítica normocrómica con cifras de hemoglobina 11,6 g/dl y hematocrito 34,7%".

Por ello, mantiene que "esta anemización progresiva, con disminución final en 2,1 g/dl en las cifras de hemoglobina y del 6,5% en el valor del hematocrito, no fue suficientemente tomada en cuenta ni investigada en su causa, hecho que podía haber sido relevante en el contexto clínico de un cuadro oclusivo intestinal de una paciente de 72 años de edad en la que como causa inmediata ya se habían descartado razonablemente las causas más frecuentes del síndrome que son las adherencias postoperatorias y las hernias, y que cuando se localiza en el colon debe hacer descartar por orden de frecuencia, el cáncer de colon, la diverticulitis sigmoidea y el vólvulo, que juntos son responsables del 90% de la patología obstructiva mecánica del colon".

Y, finalmente destaca que "no consta valoración evolutiva de los tratamientos prescritos, ni la reevaluación evolutiva de la paciente Da. [REDACTED] en las consultas externas de Medicina Interna y Neurología, que hubiese podido conducir, al diagnóstico efectivo de las





ADMINISTRACION
DE JUSTICIA

causas del cuadro que motivó el ingreso inicial, adoptando las medidas terapéuticas correspondientes.

Aunque un paciente cumpla ciertos criterios para un determinado trastorno, no hay que olvidar otras posibilidades diagnósticas”.

La conclusión a la que se llega es que “todo aquellos errores en el proceso diagnóstico implica una pérdida de oportunidad de tratamiento quedó pendiente de realización, y sus hallazgos pudieron haber orientado exactamente en cuanto a la filiación de la anemia evidenciada”.

f) El informe ampliatorio de fecha 1 de diciembre de 2011 emitido por el Doctor Sr. [REDACTED] en el que concluye que no puede afirmarse que todos los profesionales que intervinieron en el proceso diagnóstico y tratamiento de la paciente actuasen de forma correcta.

Así destaca que, tras el alta de enero de 2009 Da. [REDACTED] [REDACTED] atendida en su Centro de Salud por episodios de dolor abdominal que no respondían al tratamiento hecho que no fue tenido en cuenta. Se trata de un cambio intestinal, en el contexto de una paciente mayor de culmina con un cuadro oclusivo intestinal, que no fue investigado desde el escalón de Atención Primaria, ni tampoco Especializada, obviándose la realización de exploraciones. No se tiene en cuenta “la obstrucción intestinal es una patología propia de enfermos de edad avanzada, porque la incidencia del carcinoma de colon y de otras causas es mas prevalente en esta población”. Agrega que “durante su ingreso, no se efectuó la investigación del síndrome oclusivo intestinal que presentaba la paciente, ni se prestó atención al síndrome anémico que presentaba” y señala que no se emprendió ninguna averiguación de las causas de la anemia ni del cuadro oclusivo presentado.

Respecto al valor de valor de CEA, alude a que no fueron tenidos en cuenta en el contexto de una paciente que presentaba un síndrome oclusivo intestinal acompañado de alteración reciente del ritmo intestinal y anemia.

Pone el énfasis, en que “no se solicitó durante el ingreso la valoración radiológica ni endoscópica del colon en cuanto a determinar la causa la causa de la anemia y la causa del síndrome oclusivo descartando causa orgánica digestiva sino que fueron pospuestas estas pruebas para un futuro no determinado, ya que no consta que hubiesen sido peticiones en el momento del alta.”

Por ello entiende que podía afirmarse que en el proceso diagnóstico de la paciente existió un error de diagnóstico por no poner utilizar medios diagnósticos indicados, sin efectuar ni programar la investigación de la causa del síndrome oclusivo intestinal que presentaba la paciente, no realizándose estudios diagnósticos analíticos, radiológicos específicos ni endoscópicos, relegándolos par una ocasión posterior no determinada, ni se prestó atención al síndrome anémico que presentaba, también subsidiario de estos estudios. La concurrencia de todos estos errores en el proceso diagnóstico implicó una pérdida de oportunidad en el tratamiento”.

g) El Dictamen del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, de 14 de octubre de 2013, en el que pone de manifiesto que “este Órgano Consultivo advierte diferencias en el enfoque del análisis y valoración de las asistencias recibidas por la paciente por parte de los facultativos



intervinientes y de la Inspección Médica, del que se contiene en el informe del perito de la parte reclamante, que analiza los síntomas conociendo ya la patología que finalmente sufrió la paciente. Y, así, continúa diciendo que, en efecto, como expresa la Inspección Médica en su informe complementario (folio 459) *"se intenta en el informe valorar la actuación médica teniendo en cuenta las especiales características del paciente, en el contexto de la sintomatología que presentaba en el momento de ambos ingresos, que fue adecuado y conforme a la práctica médica requerida y no analizar los síntomas conociendo ya la patología que finalmente sufrió la paciente"*.

Ello le lleva a que repunte acertada la propuesta elevada que destaca que el informe de la referida Inspección valora la atención dispensada a la paciente a la vista de sus antecedentes personales, de la sintomatología que presentaba durante el tiempo que permaneció ingresada en el Hospital, conforme a la práctica médica aplicable y al método hipotético-deductivo, sin pretender en ningún caso analizar dicha asistencia partiendo desde el diagnóstico final de la patología sufrida (método inductivo) para determinar la exploración que se debió haber realizado y las pruebas complementarias que se debieron practicar.

En este recurso, además prestaron declaración los siguientes:

1) la testifical del Dr. [REDACTED], quien se ratificó en su informe obrante al folio 34 y, a la vista de los marcadores tumorales que aparecen al folio 72, manifiesta que son anormales, que ingresó por infección respiratoria, pero vio esta analítica. Agrega que estos marcadores no son diagnóstico de enfermedad y que son inespecíficos para orientar una patología. El hipotiroidismo no fue el motivo del ingreso. Se resolvió la infección respiratoria mediante tratamiento antibiótico y se consultó a neurólogos por los síntomas que presentaba y remitió a consultas para actuaciones complementarias. En cuanto a la anemia, esta era por déficit de vitamina B12 y estaba asociada a un déficit de ingesta o déficit de absorción y se le planteó, tras el alta, revisión en consulta para plantear las actuaciones complementarias. Considera que el médico digestivo hubiera desaconsejado, en aquel momento, hacer una colonoscopia por su situación respiratoria, de ahí que se le remitiera a consultas. La colonoscopia tiene riesgos. A preguntas del letrado de los actores, señala que el ingreso se hizo por infección respiratoria y aclara que en el informe de alta no se indica las pruebas complementarias que se deben realizar, pero sí indica que deben realizarse en breve plazo, pero que, entre ellas, debe incluirse la de sangre oculta en heces, si bien no estaba indicada en aquel momento. Se le remitió a consultas para hacer pruebas en relación con la anemia y que no tenía en aquel momento sangre en heces.

2) la testifical, del Doctor Sr. [REDACTED], quien se ratificó en el informe que obra al folio 35, así como el informe de alta que aparece al folio 102, aunque aparece su nombre por ser el Jefe del Servicio y que el realizó el informe sobre la base de la historia clínica. En cuanto al antígeno consideraba que no estaba elevado. Respecto a los problemas de las suboclusiones este se resolvió y, aunque este podía tener su origen en un tumor, estas pruebas no se llevan a cabo aprovechando que estaba ingresado, ya que podía continuarse el estudio de forma ambulatoria. A preguntas del letrado de los actores señala que se plantearon la probabilidad

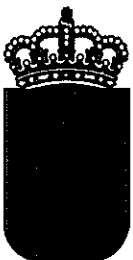




ADMINISTRACION
DE JUSTICIA

del tumor y tenía idea que había sido citada. Si se le hubiera hecho la colonoscopia se hubiera visto el tumor y, reconoce que tampoco se le hizo análisis de sangre en heces. El protocolo de actuación con problema de abdomen agudo es dejar en reposo el sistema digestivo y luego ver cómo está evolucionado y a través de radiología si está normal el intestino, que lo que se pretende es que se normalice el abdomen, que en ese momento la urgencia pasa a segundo plano y, se puede estudiar en tratamiento ambulatorio. La referencia a corto plazo es un criterio vago. Concluye señalando que, a la vista de la historia clínica, no veía un problema claramente orgánico de colon y que la anemia es muy común a muchos procesos, a diferencia de una rectorragia.

3) la pericial del Doctor [REDACTED] quien, tras ratificarse en su informe destaca que la causa de la muerte fue una perforación intestinal derivado de un tumor que ocluía el colon. Agrega que si hubiera tenido un diagnóstico más precoz el pronóstico hubiera sido mejor. Señala que en enero de 2009 se detectó que tenía la vitamina B12 baja, pero no se llegó a concluir la causa de estos niveles y se limitaron a suplementar aquella. Al propio tiempo presentaba un déficit de hierro y tampoco se consumó la investigación y considera que, debía de haberse descartado la posibilidad de tumor. Entiende que no fue descartada la posibilidad de tumor, tras la suboclusión intestinal y que el debut del tumor podía ser tanto por anemia como suboclusión y la prueba para realizar el diagnóstico diferencial era la colonoscopia y desconoce por qué se le dio el alta el seis de marzo sin haber realizado esta prueba o un enema opaco y que lo recomendable es llegar a conocer el origen de la suboclusión, no el síndrome. Si se hubiera hecho la colonoscopia se hubiera conocido la existencia del tumor. Se añade que se produce un cambio de ritmo intestinal, ya que tiene que utilizar laxantes. A preguntas del letrado del Servicio Murciano de Salud manifiesta que el hipotiroidismo puede producir estreñimiento y que en este caso no se analizó la causa de este hipotiroidismo. Sobre la vitamina B12 lo que debe hacerse es suplementar esta e investigar la causa en los supuestos de déficit y que en el plazo de tres semanas se normalizan aquellos. En cuanto al antígeno carcinoma embrionario reconoce que este puede aparecer elevado por causa distinta al tumor y que un marcador tumoral es inespecífico, pero no se investigó la causa y que, en realidad este puede aparecer en distintos tipos de tumor. En el primer ingreso es cierto que apareció el problema de la anemia y ECA, pero no la suboclusión intestinal y en el segundo ingreso se produce tras acudir a consulta en atención primaria y aplicarle enemas que no habían producido efectos, con lo que se había producido un cambio de ritmo intestinal. Y, es cierto que se le citó para colonoscopia, pero no se le realizó. A preguntas del letrado de Zurich reconoce que el CEA es no es una prueba diferencial, aunque es indicio para ver la evolución una vez diagnosticado. El déficit de vitamina B12 nos puede sugerir un déficit de absorción y que cuando fue dada de alta en enero tenía anemia. Señala que entre un diagnóstico de tumor y su tratamiento no puede tardar más de cuatro semanas. Si había dudas se debería de haber hecho una colonoscopia y esta se podía haber reclamado de forma preferente, con una semana como mucho y en el hospital se puede hacer en el momento. No hace falta que se complique, solo que no evolucione adecuadamente para hacer aquella prueba complementaria de imagen. Y, una vez que se le hace la colonoscopia y diagnosticado el tumor se hubiera extraído este.



4) la pericial del Doctor ██████, quien, tras ratificarse en su informe que emitió en unión de sus compañeros, manifestó que el marcador CEA no tiene mucho valor como diagnóstico, que es inespecífico, que tiene valor como pronóstico una vez diagnosticado y presentaba un valor aceptable. En cuanto a la anemia señala que todos los ancianos lo presentan y que se tratan con vitamina B12. Respecto del alta señala que las pruebas han de realizarse de forma ambulatoria, mandarla a consulta, para colonoscopia y estas no se deben realizar estando ingresada. Si se hubiera realizado la colonoscopia se habría visto el tumor, pero desconoce que hubiera hecho. Con carácter urgente, con oclusión intestinal no puede realizarse esta prueba. A preguntas del letrado de los recurrentes señala que la anemia es por un déficit de vitamina B12 y reitera al darle de alta a la paciente en marzo no estaba obstruida, porque hacia deposiciones y que la colonoscopia no se podía hacer con carácter de urgencia. La referencia a corto plazo, puede ser un mes.

CUARTO.- Como ya hemos anticipado que la jurisprudencia del Tribunal Supremo, acudiendo a lo que denomina prohibición de regreso proscribe que pueda cuestionarse un diagnóstico, o la insuficiencia de pruebas si el reproche se realiza atendiendo a la evolución del paciente y, antes al contrario, la valoración de la decisión médica adoptada se ha de realizar en función a los síntomas que presentaba y si se habían llevado a cabo las exploraciones complementarias acordes a esos síntomas. En este caso, es cierto que en el informe pericial del Doctor ██████, parece realizarse un análisis retrospectivo, conociendo el resultado final pone de manifiesto aquellos signos que deberían haberse tenido en cuenta y que hubieran permitido llegar a un diagnóstico precoz, tal y como se destacó en el propio informe complementario de la Inspección Médica de 2 de julio de 2012, al afirmarse “Sé intenta en el informe valorar la actuación médica teniendo en cuenta las especiales características del paciente, en el contexto de la sintomatología que presentaba en el momento ambos ingresos que fue adecuado y conforme a la práctica médica requerida y no analizar los síntomas conociendo ya la patología que finalmente sufrió la paciente”, aspecto en el que incidió el propio Dictamen del Consejo Jurídico de 14 de diciembre de 2013, cuando aludió que no se podía pretender, en ningún caso, analizar la asistencia partiendo desde el diagnóstico final de la patología sufrida (método inductivo) para determinar la exploración que se debió haber realizado y las pruebas complementarias que se debieron practicar.

En tal sentido debe destacarse que la asistencia que se le prestó en enero de 2009, tanto en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca el día 16 como el posterior el 18 de aquel mismo mes en el Servicio de Urgencias del Hospital Rafael Méndez, vino motivada por una sintomatología neurológica (caídas sin pérdida de conocimiento y sin presentar mareos) y por infección respiratoria baja, realizándole las pruebas complementarias que se estimaron necesarias en relación con aquella afección: TAC craneal, RM cerebral y columna cervical, así como analíticas e instaurado el tratamiento médico con antibioterapia encaminado a tratar aquella infección y sintomatología, con lo que ningún reproche podía hacerse a aquella asistencia. Es cierto que se detectó, en la analítica que se le realizó unos marcadores tumorales, elevados, más como llega a reconocer



el propio perito de la actora, esta no es prueba diagnóstica, sino que ayuda en el pronóstico, una vez realizado el diagnóstico, coincidiendo con las conclusiones que se contienen en el informe de Dictamed, cuando afirmaba que "la dosificación de CEA es normal hasta 4'6 ng/mL. La paciente tenía 4'1. La patología pulmonar que presentó, podía ser causante de esa pequeña elevación, dentro de los límites normales. El CEA al no ser específico, no es útil para establecer un diagnóstico" y en el de la Inspectora médica, al declarar que "se objetivo en la analítica 4.1 ng/ml de Antígeno Carcinoembrionario (Se consideran normales las concentraciones inferiores a 5 ng/ml). Al no ser específico no es útil para establecer el diagnóstico de Cáncer de colon y podía deberse a la afección respiratoria que padecía".

No obstante, en aquella primera asistencia se detectó, en la analítica, que la paciente presentaba una anemia, la cual se trató y no investigó en aquel momento, aspecto en el que insistió el perito Sr. [REDACTED], más como consignó la inspectora médica en su informe complementario, debe tenerse en cuenta el contexto en que se reveló esta, pudiendo ser "desde congénita a justificarse por la infección respiratoria que padecía", agregando que "en todo caso el tratamiento sustitutivo para la disminución de la Vit. B12 y seguimiento de la paciente como se programó fue adecuado".

Sin embargo, si merece la pena resaltar que ya, en el informe de alta del día 30 de enero de 2009, se hizo constar que quedaban previstas revisiones en Medicina Interna (a corto plazo), en Neurología a corto plazo previa petición de cita en consulta de ORL, a corto plazo. -folio 40 expediente- y como indica el facultativo que firmó el alta, Sr. [REDACTED], aunque no mostró en ningún momento sintomatología digestiva de interés, en orden a llevar a cabo aquel diagnóstico diferencial eran preciso realizar otras pruebas de diagnóstico, entre las que se debían incluir la de sangre en heces. Dichas pruebas no se realizaron en el intervalo de tiempo que transcurrió entre el alta el 30 de Enero y el de 27 de febrero, sin que conste que se hubieran programado desde el propio centro, pero tampoco que aquellas se hubieran reclamado, a través del médico de cabecera, al especialista. De este modo, a la fecha de este segundo ingreso, en el que se había producido una variación en el ritmo intestinal y se le habían aplicado en Atención Primaria enemas, sin resultado, se llega sin haber realizado unas pruebas que se contemplaban con un cierto carácter perentorio y que, tampoco se abordan cuando se produce en este segundo ingreso, en el que se limitan a solucionar el problema de la suboclusión, pero, sin averiguar, antes del alta, cual era la causa de este, realizando pruebas de diagnóstico, que, de nuevo, se difieren en el tiempo.

No se comparte, el criterio de la Inspección Médica, cuando dice que ante el estado de la paciente, asintomática y realizando deposiciones normales en días previos, no era una actuación urgente y que podía programarse de forma ambulatoria una exploración con colonoscopia, cuando ya se había contemplado al alta del anterior ingreso y no se realizó y, de nuevo, es dada el alta sin averiguar la causa de aquella oclusión, con lo que si puede afirmarse que, en ese momento se produjo una pérdida de oportunidad de diagnóstico que constituye una mala praxis.

Ello no va a significar que pueda atribuirse, en su integridad, aquella pérdida de oportunidad al Servicio Murciano de Salud, desde el momento que no consta, que al alta de Enero de 2009, la Sra. [REDACTED] hubiera iniciado trámite alguno ante Medicina Interna, para que se le programara

una colonoscopia que, nunca se le practicó y, la consecuencia será que, en modo alguno, la responsabilidad de la Administración Sanitaria pueda ser plena.

QUINTO.- A los efectos de cuantificar la indemnización y tomando como punto de partida los criterios contenidos el baremo derivado del Texto Refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor correspondientes al año 2009, que se contemplan en la Resolución de 20 de enero de 2009, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones y aplicando un factor corrector del 10%, por la razón indicada en el apartado anterior, le correspondería a cada hijo mayor de 25 años 7.862,82.€.

Dichas cantidades, tal y como establece la Administración deben actualizarse conforme al artículo 141.3 de la Ley 30/92. El citado precepto dice que "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."

SEXTO.- Sobre la posibilidad de aplicar en este caso los intereses moratorios de conformidad con lo dispuesto en el artículo 20 de la ley de Contrato de Seguro Privado, cabe señalar que este precepto establece que "Si el asegurador incurriere en mora en el cumplimiento de la prestación, la indemnización de daños y perjuicios, no obstante entenderse válidas las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el asegurado, se ajustará a las siguientes reglas:

(...)

3.º Se entenderá que el asegurador incurre en mora cuando no hubiere cumplido su prestación en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro o no hubiere procedido al pago del importe mínimo de lo que pueda deber dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro.

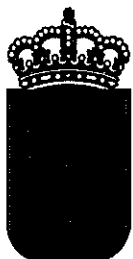
4.º La indemnización por mora se impondrá de oficio por el órgano judicial y consistirá en el pago de un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50 por 100; estos intereses se considerarán producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial.

No obstante, transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100.

(...)

8.º No habrá lugar a la indemnización por mora del asegurador cuando la falta de satisfacción de la indemnización o de pago del importe mínimo esté fundada en una causa justificada o que no le fuere imputable".

Y, en este caso debe rechazarse aquella pretensión de los recurrentes de establecer los intereses moratorios en un 20%, a cargo de la Aseguradora,





puesto que concurría causa justificada para el no abono de la indemnización, puesto que la propia Administración no vino a reconocer en ningún caso, su responsabilidad.

SEPTIMO.- No son de apreciar circunstancias que determinen una expresa imposición de costas (artículo 139.1 de la Ley Jurisdiccional

En atención a todo lo expuesto y por la autoridad que nos confiere la Constitución de la Nación Española,

F A L L A M O S

Estimar parcialmente el recurso contencioso administrativo interpuesto por D. D. [REDACTED], D. [REDACTED], D. [REDACTED] y D. [REDACTED] contra la desestimación presunta de la reclamación patrimonial presentada ante la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia el 29 de julio de 2009, a consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria que se le prestó a la madre de estos, que falleció el 14 de marzo de 2009 y en consecuencia, la anulamos reconociendo el derecho de los actores a que por la Administración demandada y aseguradora de forma solidaria, se le indemnice en las cantidades expresadas y actualizadas conforme se establece en el fundamento quinto de esta, incrementadas con los intereses legales de demora correspondientes contados desde que hizo la reclamación en vía administrativa, hasta su efectivo pago y, sin costas.

Notifíquese la presente sentencia a las partes, haciéndoles saber que contra la misma no cabe recurso ordinario alguno.

Así, por esta nuestra sentencia, de la que se llevará certificación literal a los autos principales, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

