

**T.S.J.MURCIA SALA 1 CON/AD  
MURCIA**

SENTENCIA: 00002/2021

**UNIDAD PROCESAL DE APOYO DIRECTO**

Equipo/usuario: CCC

Modelo: N11600

PALACIO DE JUSTICIA, RONDA DE GARAY, 5

-DIR3:J00008050

**Correo electrónico:****N.I.G.:** 30030 33 3 2019 0000040**Procedimiento:** PO PROCEDIMIENTO ORDINARIO 0000015 /2019 /**Sobre:** RESPONSA PATRIMONIAL DE LA ADMON.**De D./ñ:****ABOGADO** IGNACIO MARTINEZ GARCIA, IGNACIO MARTINEZ GARCIA , , IGNACIO MARTINEZ GARCIA  
**PROCURADOR** D./D<sup>a</sup>. MIGUEL ANGEL GALVEZ GIMENEZ, MIGUEL ANGEL GALVEZ GIMENEZ , , MIGUEL  
ANGEL GALVEZ GIMENEZ**Contra** D./D<sup>a</sup>. SERVICIO MURCIANO DE SALUD**ABOGADO** LETRADO DE LA COMUNIDAD**PROCURADOR** D./D<sup>a</sup>.**RECURSO Núm. 15/2019****SENTENCIA Núm. 2/2021****LA SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO  
DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE MURCIA****SECCIÓN PRIMERA**

Compuesta por los Ilmos. Sres.:

Dña. María Consuelo Uris Lloret

Presidente

D. Indalecio Cassinello Gómez-Pardo

Dña. María Esperanza Sánchez de la Vega

Magistrados

Ha pronunciado

**EN NOMBRE DEL REY**

la siguiente



## S E N T E N C I A N.º 2/21

En Murcia, a veintiuno de enero de dos mil veintiuno

En el recurso contencioso administrativo nº 15/2019, tramitado por las normas ordinarias, en cuantía de 650.000 €, y referido a responsabilidad patrimonial.

### **Parte demandante:**

representados por el Procurador D. Miguel Ángel Gálvez Giménez y dirigidos por el Letrado D. Ignacio Martínez García.

### **Parte demandada:**

**Comunidad Autónoma de la Región de Murcia,** representada y dirigida por el Letrado de la Comunidad.

### **Acto administrativo impugnado:**

Resolución desestimatoria presunta de la Consejería de Salud, de la reclamación formulada por los recurrentes por perjuicios derivados de asistencia sanitaria.

### **Pretensión deducida en la demanda:**

Que se dicte sentencia en la que se declare la nulidad de la resolución recurrida, así como la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria, y se reconozca el derecho de mis mandantes a ser indemnizados con un principal de 650.000 euros-500.000 euros para 100.000 euros para su cónyuge y 25.000 euros para cada uno de sus hijos-, cantidad que deberá



*ser actualizada conforme al I.P.C. acumulado desde la producción del daño el 6/6/17; e incrementada en los intereses de demora de la LGP en adelante (art. 34.3 de la Ley 40/15) hasta el efectivo pago.*

Siendo Ponente la Magistrada **Iltma. Sra. Doña María Consuelo Uris Lloret**, quien expresa el parecer de la Sala.

### **I.- ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.** - El presente recurso contencioso-administrativo se interpuso en fecha 19 de diciembre de 2018, y admitido a trámite, y previa reclamación y recepción del expediente administrativo, la parte actora formalizó su demanda, deduciendo la pretensión a que se ha hecho referencia.

**SEGUNDO.** - La parte demandada se opuso al recurso e interesó su desestimación.

**TERCERO.** - Ha habido recibimiento del recurso a prueba, con el resultado que consta en las actuaciones y cuya valoración se hará en la fundamentación jurídica de esta sentencia.

**CUARTO.** - Presentados escritos de conclusiones por las partes, se señaló para la votación y fallo el día 15 de enero de 2021, fecha en que tuvo lugar, quedando las actuaciones concluidas y pendientes de sentencia.

### **II.- FUNDAMENTOS JURÍDICOS**

**PRIMERO.** - Según resulta del expediente administrativo, en fecha 6 de febrero de 2018 el Letrado Sr. Martínez García, en nombre y representación de los ahora demandantes, presentó escrito ante el Servicio Murciano de Salud formulando reclamación por responsabilidad patrimonial, por los perjuicios



sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada a Dña. . Exponía que el día 6 de

junio de 2017 la fue intervenida quirúrgicamente en el

para reconstrucción mamaria por secuela de una mastectomía anterior. Durante el postoperatorio en el servicio de reanimación presentó somnolencia, hallándose inatenta y bradipsíquica, por lo que se le realizó TAC craneal con resultado normal. Transcurridas 48 horas fue trasladada a planta, y el día 13 de junio presentó crisis tónico clónicas generalizadas, siendo ingresada en UCI, y realizándose nueva TAC que informó de normalidad, así como un electroencefalograma que también se le hizo. En RM cerebral se concluyó con hallazgos de *alteración de la señal cortical de ambos lóbulos frontales, ambos lóbulos parietales, occipitales y temporales, en relación con el status epiléptico de la paciente*. El día 16 de junio de 2017 recibió el alta en UCI y se emitió informe haciendo constar que la RM podría ser compatible con PRES (encefalopatía posterior reversible). El diagnóstico principal al alta fue crisis comicial y como secundarios posible trastorno conversivo, posible encefalopatía a estudio y sobredosis iatrogénica de esteroides. Ingresó en el servicio de neurología, en el que se le practicaron distintas pruebas, siendo alta hospitalaria por mejoría el día 10 de julio de 2017, con los siguientes diagnósticos: *status epiléptico en probable relación con PRES de etiología no filiada (¿megadosis de esteroides?) y TVP de pierna izquierda en probable relación con postración prolongada y tamoxifeno*.

Añadían los reclamantes que también se le había realizado evaluación neuropsicológica, y que fue remitida para rehabilitación cognitiva intensa en el

Consideraban que los daños sufridos por la paciente derivaban de una mala praxis sanitaria, concretamente de una sobredosis de dexometasona durante el proceso de anestesia para la cirugía del día 6 de junio. Entendían por ello que concurrían todos los presupuestos para declarar la

responsabilidad patrimonial de la Administración, e interesaban una indemnización por el importe que se determinara en su momento.

No habiendo recibido respuesta de la Administración, y entendiéndose presuntamente desestimada su reclamación por silencio administrativo, acudieron a esta vía jurisdiccional.

**SEGUNDO.** - En la demanda se exponen con mayor amplitud los antecedentes fácticos antes señalados, y concreta la parte actora que, previamente a la intervención quirúrgica, se administró a la paciente, de forma accidental, 200 mgs de dexametasona fosfato (Fortecortin), sobredosis causante del PRES como efecto secundario descrito también en la literatura científica, siendo uno de los efectos adversos del medicamento. Además, no existe otra causa que explique el origen del PRES.

Aportan los demandantes informe pericial, en el que se recogen los daños sufridos por la Sra.

“4ª. Que, por aproximación al Baremo Médico de la ley 35/2015 se establece un periodo de estabilización lesional de 561 días, de los cuales:

-Días de perjuicio personal por pérdida de calidad de vida muy grave: 3.

-Días de perjuicio personal por pérdida de calidad de vida grave: 31.

-Días de perjuicio personal por pérdida de calidad de vida moderado: 527.

5ª. Que la paciente presenta las siguientes secuelas:

-Secuelas físicas:

-Cód. 01135, Trastornos Cognitivos y Daño Neuropsicológico; Síndrome frontal/trastorno orgánico de la personalidad / alteración de funciones cerebrales superiores integradas. Leve: 20 puntos.

-Cód. 01009, Secuelas motoras y sensitivas de origen central y medular; Hemiparesia leve (balance muscular Oxford 4): 20 puntos.

-Cód. 02008, Alteraciones del campo visual: 8 puntos.

Siendo la puntuación total de secuelas físicas: 48 puntos. Aplicada la fórmula de secuelas concurrentes: 42 puntos.

Perjuicio estético:



- Alteracion del patrón de la marcha, con ademán inseguro y lento.
- Bradícinésia con movimientos lentos y ocasionalmente incoordinados.
- Patrón postural propio de la hemiparesia leve que padece.

Valorado ponderadamente como perjuicio estético importante: 23 puntos.

6º. Que dichas secuelas son definitivas e irreversibles, habiendo agotado todas las posibilidades de afrontamiento terapéutico, y que causan un menoscabo funcional, tanto físico como mental, que entraña un perjuicio moral por pérdida de calidad de vida en la lesionada que entiendo debe calificarse como grave, en su grado alto.

7ª. Que dichas secuelas y sus limitaciones ocasionan así mismo un perjuicio moral relevante en su cónyuge e hijos.

8ª. Que, a consecuencia de dichas secuelas, también precisa ayudas técnicas de apoyo para su autonomía personal, concretamente bastón inglés. A efectos del Art. 117 puede estimarse su vida media en unos 8-10 años.

9ª. Que a consecuencia del menoscabo de su capacidad de desplazamiento, la actora presenta dificultad para la utilización autónoma de transportes colectivos y de cualquier otro tipo, así como imposibilidad de conducción de automóvil convencional.

10ª. Que la repercusión de todas las secuelas que presenta la paciente entraña la ayuda de tercera persona por un tiempo no inferior a 2 horas diarias.

11ª. Que a consecuencia del menosco (sic) físico y mental que padece, la lesionada está incapacitada para llevar a cabo cualquier actividad laboral, habiéndosele reconocido por el INSS la prestación por Incapacidad Permanente Absoluta”.

La parte actora no utiliza ningún baremo para fijar la cuantía de la indemnización que solicita, si bien orientativamente, entiendo que cabría la siguiente valoración:

Lesiones temporales:

- Muy grave: 310,44 €
- Grave: 2.405,91 €



-Moderado: 28.357,87 €

Secuelas:

-Físicas (42 puntos): 75.494,86 €

-Estéticas (23 puntos): 29.939,29 €

Perjuicio patrimonial:

-Costes de movilidad: 60.000,00 €

-Apoyo técnico: 105,00 €

-Perjuicio moral: 90.000,00 €

-Perjuicio moral familiar (aplicación excepción):  
26.358,54 €

-Ayuda de terceros (2 h/día): 64.186,00 €

-Incapacidad absoluta: 16.873,00 €

TOTAL: 394.030,91 €

Y, respecto de los familiares, esposo y dos hijos, por perjuicio moral: 150.051,31 €.

Considera que a ello deberían añadirse gastos en medicación y rehabilitación, e interesa una indemnización total de 650.000 €.

**TERCERO.** – El Letrado de la Comunidad Autónoma se opone al recurso, expone también el proceso asistencial de la demandante y hace referencia a los diferentes informes emitidos en el expediente. Admite que hubo un error en la administración del referido medicamento, pero niega que ello sea la causa de las lesiones sufridas por la demandante. Alega, para ello, distintas razones:

-Tiempo transcurrido entre la administración de dexametasona y la aparición de los síntomas u otros signos patológicos, pues la paciente no presentó síntomas neurológicos hasta el mediodía del 13 de marzo (error



material, se refiere a 13 de junio), y no resulta lógico esta ausencia de síntomas durante una semana. La demanda, el informe pericial en el que se apoya y la Inspección Médica no explican esta semana sin síntomas. Tampoco el Jefe de Servicio de Neurología del Hospital lo explica.

-Las pruebas de imagen realizadas no mostraron alteración alguna antes y durante el episodio convulsivo. Cuando la paciente sufrió el primer episodio convulsivo se realizó un TAC cerebral, y la imagen fue de normalidad, al igual que en la realizada tras la intervención. Al día siguiente de sufrir las crisis se le hizo una RM y mostró una alteración patológica, lo que evidencia que las lesiones cerebrales tienen su causa en las crisis convulsivas.

-La farmacocinética de la dexametasona no es de efecto diferido en el tiempo ni permanece largo tiempo en el cuerpo. Como manifiesta el informe de la anestesista presente al realizarse la sobredosificación, y confirman la ficha técnica y manuales de Anestesia, la vida media plasmática de la dexametasona es de aproximadamente de 3 a 4,5 horas, sus efectos comienzan pocos minutos después de su administración siendo máximos pocas horas después de su administración y permanece en el cuerpo entre 36 y 54 horas tras su administración. Se aviene mal con lo anterior que el primer síntoma que se pretende atribuir a la sobredosis de dexametasona se produzca 168 horas después de su administración.

-En cuanto a los casos recogidos en el informe pericial aportado por los demandantes, son bien distintos y sus conclusiones son muy difícilmente aplicables al caso de la paciente. En los dos primeros artículos las pacientes sufrían un proceso tumoral activo por el que recibían tratamiento oncológico y en ambos casos se administró dexametasona. En el caso de la señora , ésta ya no presentaba enfermedad





oncológica. Aunque seguía tratamiento oncológico (con Tamoxifeno) era distinto al de los artículos publicados, y se suspendió al ingresar para la intervención. En cuanto a la cantidad, vía, dosis y frecuencia de la dexametasona administrada a las pacientes de los artículos y a la señora [redacted] eran distintas. Al menos, la paciente del primer artículo presentó hipertensión, la demandante no tuvo hipertensión. En el caso de la paciente del primer artículo las pruebas de imagen fueron patológicas desde el primer momento. Y las pacientes de los artículos recibían tratamiento continuado con dexametasona. Por el contrario, en el caso de la señora [redacted] los síntomas neurológicos aparecieron 7 días después de una sobredosis y cuando hacía días que, según su farmacocinética, el medicamento había desaparecido del cuerpo. El caso del tercer artículo tampoco presenta similitudes con el de la señora [redacted], la paciente del artículo no presentaba ni había presentado un proceso oncológico, sino que sufría esclerosis múltiple, y se prescribió tratamiento con prednisona (no dexametasona). Los síntomas neurológicos aparecieron desde el primer momento de comenzar el tratamiento con prednisona y se mantuvieron después constatándose una tensión arterial muy alta. Y en el caso del artículo los síntomas desaparecieron cuando se trató con éxito la hipertensión. El artículo termina relacionando la hipertensión, como causa del PRES, con el empleo de corticoides.

-En cuanto a los informes obrantes en el expediente, el de la facultativo de Anestesia niega relación causal entre la sobredosis de dexametasona y la crisis convulsiva, el de la UCI establece como diagnóstico principal el de "crisis comicial" y como diagnósticos secundarios el de *posible trastorno conversivo posible encefalopatía a estudio, sobredosis iatrogénica de esteroides postcirugía de reconstrucción de mama*. El informe del Jefe de Servicio de Neurología del [redacted], aunque reconoce que entre los posibles efectos secundarios de la dexametasona y de la intoxicación



por la dexametasona tampoco está descrito el PRES, afirma, sin explicación médica causal, que la causa más probable del cuadro clínico presentado por la paciente es un PRES en posible relación con megadosis de esteroides. Este informe, sin embargo, no puede eludir el hecho de que, al alta del hospital en julio de 2017, el Servicio de Neurología emitió como diagnóstico principal el de estatus epiléptico en probable relación con PRES de etiología no filiada, planteándose como posibilidad etiológica la relación con la administración de la megadosis de dexametasona durante la intervención, apareciendo esto último entre paréntesis y entrecomillado. El informe de la Inspección Médica concluye que la causa más probable del cuadro clínico presentado por la paciente es un PRES en posible relación con esteroides, sin poder asegurarlo y sin explicación razonable alguna, pues justifica su conclusión en que no se encuentra otra causa etiológica que justifique el cuadro padecido por la paciente. El informe pericial aportado por los demandantes, realizado por un neurólogo, mantiene la relación causal entre la sobredosis de dexametasona y los problemas neurológicos no ya como una causa posible o probable, sino como una causa cierta. Tampoco en este caso el informante explica el mecanismo causal que afirma. El razonamiento de este informe, al apoyarse en los artículos antes mencionados, que basan la relación entre el empleo de dexametasona y la aparición de PRES en la hipertensión derivada del empleo de corticoides, queda en entredicho cuando se comprueba que la demandante no sufrió hipertensión entre el 6 y el 13 de marzo (se refiere a junio) de 2017.

El informe pericial que se aporta con la contestación, considera cuestionable que la paciente sufriera un PRES y también que, en caso de serlo, su etiología fuera la administración en una dosis única de dexametasona, aun siendo esta una dosis alta, y entiende que el origen del cuadro neurológico fue únicamente el estatus epiléptico, pero reconoce que tampoco puede establecer con certeza cual fue



su etiología, aunque les parece a sus autores poco probable que esté relacionada con la sobredosis de dexametasona de 7 días antes, dado que los efectos de este fármaco no van más allá de 60 horas. A estos efectos recuerdan que existen estatus epilépticos de origen idiopático o desconocido, así como la coincidencia temporal con la retirada de una vía central y una reacción alérgica cutánea los días previos, cuya relación etiológica con la complicación sufrida por la paciente también es incierta, apuntando, a un trastorno de conversión, como sospechó la UCI en su informe de alta.

Por último, y con carácter subsidiario, la parte demandada discrepa de la valoración del daño realizada por los demandantes.

**CUARTO.** - La responsabilidad patrimonial de la Administración se configura en nuestro ordenamiento jurídico (artículos 106.2 de la Constitución y 32 de la Ley 40/2015), 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, 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 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.

Como ha declarado el Tribunal Supremo en reiteradas sentencias (entre otras, en la reciente de 18 de julio de 2007), la responsabilidad de las Administraciones públicas en nuestro ordenamiento jurídico, tiene su base no solo en el principio genérico de la tutela efectiva que en el ejercicio de los derechos e intereses legítimos reconoce el artículo 24 de la Constitución, sino también, de modo específico, en el artículo 106.2 de la propia Constitución al disponer que los particulares en los términos establecidos por la Ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo los casos de fuerza mayor, siempre que sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos; en el artículo 139, apartados 1 y 2 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y en los artículos 121 y 122 de la Ley de Expropiación Forzosa, que determinan el derecho de los particulares a ser indemnizados por el Estado de toda lesión que sufran siempre que sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, y el daño sea efectivo, evaluable económicamente e individualizado.

Asimismo, a los fines del artículo 106.2 de la Constitución, la jurisprudencia (sentencias de 5 de junio de 1.989 y 22 de Marzo de 1.995), ha homologado como servicio público, toda actuación, gestión, actividad o tareas propias de la función administrativa que se ejerce, incluso por omisión o pasividad con resultado lesivo.



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).

Y es también doctrina jurisprudencial reiterada (Sentencias de 20 de Marzo de 2.007, 7 de Marzo de 2007 y de 16 de Marzo de 2.005) 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"

**QUINTO.** - En el expediente se emitieron distintos informes médicos. Así, por la Jefe de Servicio de Anestesia



, en el que, tras un extenso análisis del proceso médico, y una descripción detallada de las propiedades del fármaco dexametasona, y sus efectos secundarios, en relación con la sintomatología de la paciente y patología constatada en las pruebas de imagen, concluye:

“No existe ninguna evidencia científica, ni farmacodinámica, ni farmacocinética que relacione de forma directa la administración de dexametasona a la patología actual de la paciente. En la evaluación psiquiátrica de la misma se descarta el cuadro psicótico agudo, que siendo la única consecuencia atribuible a la administración de dosis elevadas de dexametasona, no se considera parte de los diagnósticos finales del cuadro clínico. Al ser éste un episodio agudo (status epiléptico) pero de aparición tardía (7 días) respecto a la administración de dexametasona, es atribuible a otras causas.”

Por el Jefe de Servicio de Neurología

, se emitió también informe, en el que se concluye lo siguiente:

“El cuadro neurológico presentado por la paciente cumple criterios de una ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE (PRES), que es la causa del daño cerebral cognitivo residual presentado por la paciente. El origen de este cuadro, en este caso, no está claro, se ha relacionado con tratamiento inmunosupresores, pero no se ha descrito (hasta este momento, en la búsqueda realizada por mí) como secundario a dexametasona. Entre los posibles efectos secundarios de la dexametasona y de la intoxicación por la dexametasona tampoco está descrito el PRES. Las dosis de mexametasona elevadas (100 mg en bolo y 96 mg al día en los días siguientes) se utiliza en las metástasis con compresión medular sin que se hayan descrito estos cuadros. De todos modos la causa más probable del cuadro clínico presentado por la paciente es un PRES en posible relación con megadosis de esteroides y la afectación cognitiva de la paciente es secundaria al daño cerebral presentado.

El episodio de trombosis venosa profunda presentado el día 29 de junio, es una complicación frecuente en un paciente encamado, que respondió bien al tratamiento y que no produjo ningún tipo de secuela o afectación neurológica”.

Consta también el informe del enfermero

en el que expresa:





“El citado día 6 de junio de 2017, durante la intervención quirúrgica de cirugía plástica realizada a la paciente :

recibí la orden de la anestesista de administrar a la paciente 100 mg de hidrocortisona.

En un primer momento entendí que la indicación de la especialista se refería a otro fármaco, la dexametasona, del que recuerdo haber administrado a la paciente 100 mg.

Fue en un momento posterior cuando advertí la confusión, cuando recibí de nuevo orden de la anestesista de administrar dexametasona...”

Respecto de este error, es lo cierto que la dosis administrada a la paciente fue de 200 mg, en vez de los 8 mg indicados, como resulta de la historia clínica y en los informes antes referidos.

Por la Inspectora Médica, se emitió informe con las siguientes conclusiones:

“1. A se le suministró por error, una megadosis de sulfato de dexametasona en el curso del acto anestésico realizado el día 6 de junio de 2017. La anestesista al conocer el incidente, dio diuréticos y cristaloides. Tanto la función renal, como la TA, como el equilibrio iónico en la paciente se mantuvieron en límites normales, salvo discreta hipocalcemia que se corrigió. Dicho incidente está recogido claramente en la historia.

2. Tras la cirugía la paciente permaneció en observación en la unidad de reanimación hasta el día 8 de junio y salvo un despertar prolongado, no se objetivaron alteraciones.

3. La paciente pasó a planta de cirugía. El día que iba a ser alta domiciliaria, el 13 de junio, presentó un cuadro de status epiléptico que precisó ingreso en UCI para intubación orotraqueal y estabilización. El cuadro clínico que presentó y los hallazgos en RMN eran compatibles con PRES.

4. La evolución de la paciente fue adecuada. Se quitó el tratamiento anticonvulsivante y no ha presentado nuevas crisis. El cuadro deja secuelas neurológicas.



5. Durante la hospitalización sufrió una TVP en el contexto de encamamiento y tratamiento con Tamoxifeno, que se resuelve.

6. No está descrito el PRES como efecto secundario de la dexametasona ni en relación con su sobredosificación. No se encuentra recogida en la literatura la dexametasona como causa etiológica del PRES por sí sola, sin HTA ni otras enfermedades o fármacos, tampoco el perfil temporal del cuadro presentado es coincidente con la farmacocinética. No obstante lo anteriormente dicho, no se encuentra otra causa etiológica que justifique el cuadro padecido por la paciente.

7. La causa más probable del cuadro clínico presentado por la paciente es un PRES en posible relación con esteroides, sin poder asegurarlo”.

La Inspectora Médica emitió nuevo informe ampliatorio del anterior, en relación con los tres casos a que hacía referencia el dictamen pericial de parte, publicados en la literatura científica. En este segundo informe se llega a igual conclusión que en el anterior.

**SEXTO.** - Con la demanda aportaron los recurrentes dictamen emitido por el Dr. [redacted] especialista en Neurología. En el mismo expone el proceso asistencial de la interesada, y hace el siguiente análisis crítico de este caso:

“La paciente sufrió claramente, tanto clínica, como radiológicamente de un síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES).

El PRES asocia un conjunto de características clínicas (cefalea, crisis epilépticas, alteración del nivel de alerta, pérdida visual u otros déficits focales) y radiológicas, con alteraciones reversibles en la sustancia blanca, especialmente en regiones parieto-temporo-occipitales. Se ha asociado a hipertensión arterial y tratamientos inmunosupresores, entre otros factores.

Existen actualmente dos hipótesis acerca de la fisiopatología del PRES. La primera postula que la hipertensión arterial causaría vasoconstricción arterial, produciendo isquemia y edema citotóxico.

La segunda considera que se produciría una disregulación de la autorregulación vascular cerebral secundaria a la hipertensión arterial descontrolada, que a su vez conduciría a vasodilatación, disfunción endotelial y edema vasogénico.





La afectación predominante de regiones parieto-occipitales probablemente obedezca a la menor inervación simpática de la circulación posterior. Los hallazgos de resonancia magnética parecen secundar la segunda hipótesis, al no hallar alteraciones en la secuencia de difusión. Sin embargo, la vasoconstricción cerebral puede ser frecuente en el PRES y estar relacionada con el síndrome de vasoconstricción cerebral reversible.

En el caso que nos ocupa se le hizo una plétora de pruebas y no se encontró otra causa de su PRES que la megadosis de dexametasona, que, por cierto, está descrito como causa del síndrome. De hecho, sus neurólogos reconocen que es la única causa que ha mediado en el origen del PRES, así como sus secuelas.

(...)

En cuanto al pronóstico, en los casos graves, como el caso de la .  
pueden quedar secuelas invalidantes”.

Y emite las siguientes conclusiones:

“Con base en lo anteriormente expuesto, se CONSTATA que:

1) Está acreditado en la historia clínica que a la . se le suministró, de manera errónea, una megadosis de dexametasona en el acto quirúrgico del día 6 de junio de 2017.

2) El cuadro clínico (tarda en recuperarse de la anestesia, síntomas neurológicos tras la anestesia, crisis epilépticas, hemiparesia y deterioro cognitivo) es compatible con un PRES, como así se afirma en la historia clínica.

3) Está descrito el PRES como efecto secundario de la dexametasona utilizada en dosis altas (véase la referencia 10 de este dictamen). El título no deja dudas (Dexamethasone-induced posterior reversible encephalopathy syndrome; es decir síndrome de encefalopatía posterior reversible o PRES inducido por dexametasona). En dicho artículo se describe el caso de una mujer de 48 años que desarrolló el cuadro tras recibir dexametasona en altas dosis.

4) En otro artículo se describe como la dexametasona tuvo un papel fundamental en el desarrollo de un PRES en una mujer de 33 años (véase la referencia 11 de este dictamen).

5) En otro artículo, otra mujer de 53 años que desarrolló un PRES tras megadosis de corticoides (recordemos que la dexametasona es un corticoide) (véase la referencia 12 de este dictamen).

6) Si la paciente hubiera recibido la dosis que le prescribió la anestesista, NO se hubiera producido un cuadro, ya que recibió una dosis 25 veces mayor.

7) El error de una administración en dosis muy superiores a las terapéuticas fue el que ha llevado a las graves secuelas que padece en la actualidad la

8) Sus médicos no han encontrado otra causa que justifique el cuadro padecido por la paciente.

9) Estoy completamente de acuerdo con lo que dice el Jefe de Neurología , cuando dice en su informe que la causa más probable del cuadro clínico presentado por la paciente es un PRES en posible relación con megadosis de esteroides y la afectación cognitiva de la paciente es secundaria al daño cerebral presentado.

10) La médica Inspectora dice en sus conclusiones: "La causa más probable del cuadro clínico presentado por la paciente es un PRES en posible relación con esteroides, sin poder asegurarlo". Pues bien, hay que decir aquí que hay literatura médica que avala esta asociación y no se ha encontrado en este caso otra causa que justificase el cuadro. Por consiguiente, se puede asegurar que la causa ha sido la administración erróneamente alta de dexametasona".

Acompañó igualmente la parte actora dictamen de valoración de secuelas, emitido por el Dr.

Por la parte demandada se aportaron distintos documentos, entre ellos dictamen emitido por los Dres.

especialista en Neurología,  
especialista en Medicina Interna y  
especialista en Anestesiología y Reanimación, y un segundo dictamen de valoración del daño, emitido por el Dr.

En el primero, tras exponer los antecedentes del caso, y las consideraciones médicas sobre el mismo, se emiten las siguientes conclusiones:

"1. La paciente estaba diagnosticada de un carcinoma folicular infiltrante de mama que fue tratado mediante una mastectomía seguida de tratamiento quimioterápico y radioterápico, que unos años más tarde se le realiza una intervención de reconstrucción mamaria.

2. En el transcurso de esta intervención, se le administra dexametasona, produciéndose un error en la dosis administrada que debía de ser de 8 mgrs y que realmente fue de 200 mgrs.

3. Tras comunicación del incidente por parte del enfermero a la anestesista responsable se administra furosemida con el fin de aumentar la diuresis y por tanto aumentar la eliminación del fármaco. Se sacan analíticas seriadas para control de iones (sin alteraciones de los mismos).

4. La intervención transcurrió sin incidencias y la paciente permaneció en todo momento estable hemodinámicamente y gasométricamente. Tras la anestesia se objetivó un despertar mas prolongado de unas dos horas y mayor bradipsiquia por lo que consultan con Neurología que tras valorar a la paciente y realizar un TC craneal urgente no objetivo clara patología.

5. La paciente paso a observación en reanimación donde permaneció durante 48 horas más, observándose una situación neurológica y hemodinámica normal. A continuación, fue trasladada a la planta de hospitalización manteniendo la buena evolución.

6. Una semana después de la cirugía, el día que iba a ser dada de alta, la paciente presenta de forma súbita crisis convulsivas que requieren intubación traqueal y traslado a UCI. El episodio de crisis convulsiva ocurre inmediatamente después de retirarse la vía central.

7. La canalización de una vía central es práctica habitual en el contexto peroperatorio, que no está exenta de riesgos. Revisada la bibliografía médica se han comunicado casos de déficits neurológicos secundarios a la retirada de una vía central, sin presentar el paciente foramen oval.

8. Una semana después de la intervención, el día que iba a ser dada de alta de la UVI, comienza a presentar de forma súbita crisis convulsivas repetidas que cumplan criterios clínicos de estatus epiléptico en desarrollo o inicial, con focalidad neurológica.

9. Se realiza una RM craneal y valoración Neurología, tras la cual se emite un diagnóstico diferencial en el que considera como causa más probable de la complicación que había presentado la paciente, el PRES y, entre otros se considera que las imágenes que se visualizan en la RM sean exclusivamente secundarias al estatus epiléptico que presentó la paciente.



10. La paciente siguió una evolución favorable y pudo ser dada de alta a la planta de hospitalización, se pudieron retirar los fármacos antiepilépticos y desapareció el déficit neurológico focal motor (hemiparesia) persistiendo únicamente los déficits cognitivos, que en la última revisión ambulatoria realizada a la que hemos tenido acceso, realizada meses más tarde desde el alta (enero 2018) se describen como déficit cognitivo amnésico multidominio que precisa rehabilitación cognitiva.

11. De igual forma, a la paciente se le realizó un seguimiento neurorradiológico mediante RMs seriadas, que objetivaron una progresiva mejoría de las lesiones sin que estas llegaran a desaparecer por completo, de forma que en la última RM realizada (noviembre de 2017) se informa de una mejoría significativa persistiendo mínimas lesiones residuales en diferentes localizaciones (occipitales bilaterales, circunvolución precentral, central y poscentral derecho) que se describen como atrofia y se atribuyen al estatus epiléptico padecido por la paciente.

12. En el evolutivo clínico consta que sufrió una trombosis venosa profunda extensa de miembro inferior izquierdo en el postoperatorio.

13. La enferma tenía varios posibles factores de riesgo de trombosis venosa: obesidad, tratamiento con tamoxifeno, antecedente de cáncer de mama, cirugía de reconstrucción mamaria e inmovilización relativa por déficit neurológico. De todos ellos el tratamiento previo con tamoxifeno era el más importante.

14. Se administró correctamente profilaxis antitrombótica con heparina de bajo peso molecular desde la intervención quirúrgica.

15. La aparición de trombosis venosa a pesar de tratamiento preventivo no es rara ya que este tratamiento solo evita el 55% de las trombosis venosas en enfermo hospitalizados por problemas médicos.

16. Al alta del hospital, el Servicio de Neurología, emite como Diagnóstico principal el de estatus epiléptico en probable relación con PRES de etiología no filiada y se plantea como posibilidad etiológica la relación con la administración de la megadosis de dexametasona durante la intervención. Esto último aparece en el informe entre paréntesis y entrecomillado.

17. Revisada la bibliografía médica relacionada no hemos encontrado ningún caso publicado en la literatura que describa un PRES

asociado a la administración de una dosis alta única de dexametasona en pacientes sin comorbilidades, sin cifras elevadas de tensión arterial y sin otros fármacos concomitantes que pudieran también tener relación causal con este síndrome.

18. Por otra parte, revisada la historia clínica de la paciente, a criterio de esos peritos existen varias circunstancias clínicas y radiológicas que cuestionarían que el cuadro sufrido por la paciente se hubiera tratado de un PRES,

19. Por todo lo anterior, es al menos cuestionable que la paciente sufriera un PRES y también lo es que, en caso de serlo, su etiología fuera la administración en una dosis única de dexametasona, aun siendo esta una dosis alta.

20. Si por el contrario consideramos que el origen del cuadro neurológico fue únicamente el estatus epiléptico, tampoco podemos establecer con certeza cual fue su etiología, aunque también nos parece poco probable que su relación con la administración de dexametasona 7 días antes, dado que los efectos de este fármaco no van más allá de 60 horas.

21. No obstante, debemos recordar que existe un pequeño porcentaje de casos de estatus epiléptico de origen idiopático o desconocido y la coincidencia temporal con la retirada de una vía central y una reacción alérgica cutánea los días previos, cuya relación etiológica con la complicación sufrida por la paciente también es incierta.

22. Por lo anteriormente expuesto nos parece muy poco probable la asociación del evento neurológico que padeció la paciente a la semana de la intervención con la administración errónea de la megadosis de dexametasona intraoperatoria.

23. Creemos que la actuación seguida con esta enferma desde la intervención quirúrgica fue correcta y acorde a *lex artis ad hoc*”

Después de la demanda y contestación se aportó a los autos informe emitido por la Farmacéutica Inspectora del Servicio Murciano de Salud I

, en el que, tras exponer las formas de administración del medicamento suministrado a la

demandante, las dosis elevadas y los efectos adversos, hace el siguiente resumen:

“Las fichas técnicas de Fortecortin y de Dexametasona TAD 40 mg recomiendan en patologías como shock traumático, shock anafiláctico dosis altas de dexametasona, que incluso podría llegar a 200 mg en determinadas enfermedades infecciosas y hasta 300 mg vía oral durante 3 días en el caso del tratamiento del pénfigo.

Independientemente de lo anterior, parece que el uso de estas dosis altas está aceptado en unidades de cuidados intensivos y en determinadas patologías como neuritis óptica o pénfigo vulgar (Anexos IV, IX, X, XI y XII).

Los estudios mencionados en los Anexos IX y X reflejan la administración de altas dosis sin efectos secundarios.

Por otra parte, el estatus epiléptico figura entre los efectos secundarios reflejados en la ficha técnica del medicamento Fortecortin y de Dexametasona TAD 40 mg comprimidos.

A la vista de lo anteriormente expuesto no podemos afirmar, ni descartar que el cuadro clínico y las secuelas de la reclamante no fueran consecuencia de la administración de dexametasona a pesar del tiempo transcurrido entre la administración de la dexametasona y las reacciones adversas.”

**SEPTIMO.** – En período de prueba en el proceso compareció \_\_\_\_\_, quien ratificó su dictamen y contestó a preguntas de la parte actora, en relación con los tres artículos que cita en el informe, que los casos no siempre son iguales, y lo que importa es el nexo entre la toma de un fármaco y el efecto secundario. Y lo que se evidencia es que ante una gran dosis de corticoides se produce un PRES. Manifestó igualmente que un fármaco dura en sangre unas horas y luego desaparece, pero tienen efectos acumulativos, en los tejidos, en los riñones, el cerebro. El TAC no mostraba lesiones, pero tiene una sensibilidad baja para detectar lesiones, la RM lo detectó de forma clara. En cuanto al edema vasogénico, se detecta después. No se trataba de un estatus epiléptico idiopático, pues la propia Inspectoría Farmacéutica lo describe como efecto de la



dexametasona, se trata de una paciente que no tenía ese cuadro y recibe una sobredosis, por lo que hay relación causa efecto. Añadió que el caso examinado sería candidato a ser citado en otro artículo, pues enseña mucho sobre la cuestión de que una sobredosis puede causar estos efectos.

A preguntas de la parte demandada contestó que se emplea la dexametasona en neurología, pero no a esas dosis. 200 mg en bolo es una dosis excesiva. Explicó que la dexametasona causa PRES y este el estatus epiléptico, y que el daño neurológico lo causa la sobredosis, y el daño se exagera con el estatus convulsivo. La hipertensión causa PRES, pero también algunos fármacos, a dosis tóxicas aún más, como es este caso, y el daño se produce en el endotelio. Hubo un efecto tóxico directo sobre el endotelio, no por hipertensión vascular. Aclaró que el caso no es igual al de los artículos publicados, pero que lo importante es que a dosis altas se puede producir neurotoxicidad.

Compareció igualmente [redacted] quien a preguntas de la parte demandada ratificó su dictamen y contestó que hay veces que se emplean esas dosis de corticoides con fines terapéuticos. El fármaco no puede producir daño a las neuronas, da igual la dosis, es el tamaño de la molécula del fármaco, no la dosis lo que importa. Añadió que la dexametasona puede producir edemas en las piernas, pero no a nivel central. En anestesiología se utiliza una única dosis y no produce hipertensión, puede producirse este efecto en tratamientos crónicos. Preguntada por la parte demandada sobre el embolismo paradójico, en relación con la retirada de la vía central, contestó que es una complicación descrita, aunque precisó que es un diagnóstico complejo de establecer.

También compareció [redacted], quien a preguntas de la parte demandada manifestó que se ratificaba en su dictamen, y contestó que en neurología se emplean dosis de 200 mg de dexametasona, no es frecuente, pero por ejemplo por





protocolo en pacientes que han sufrido traumatismo medular y tienen lesión medular se utiliza. La dosis se puede incluso repetir. También se utiliza un corticoide similar en esa dosis en pacientes que tienen esclerosis múltiple. No es una dosis tóxica. Preguntado si en el caso de la paciente hubo un problema neurológico, contestó que nunca había visto un efecto secundario que pueda asociarse a una dosis alta de un glucocorticoide, similar a este caso. Añadió que estos fármacos, en condiciones normales del sujeto, en una persona sana, no pasan la barrera hematoencefálica, pueden pasar en situaciones anormales, inflamación, lesión traumática... Tienen además un potente efecto antiinflamatorio y antiedema. Manifestó que en medicina es difícil decir algo de forma tajante, pero la dexametasona tiene una vida media, se metaboliza y se elimina, no supera las 60 horas, y cuando la paciente tuvo la crisis convulsiva había pasado una semana, y lo que se describe es más propio de un daño neuronal, cerebral, que pudo ser por varios cuadros, pero muy poco probable, cercano a imposible, que sea la dexametasona. No está descrito en la literatura que tenga un efecto acumulativo. Preguntado por los artículos a que se refiere la parte demandante contestó que los había leído, pero no todos son dexametasona, se utilizaron otros corticoides, solo hay uno en que hay una megadosis pero es una paciente con una situación de riesgo de la encefalopatía, son pacientes con patologías asociadas a ese tipo de encefalopatías, en tratamiento con otros fármacos, y no hay ningún caso descrito similar al que nos ocupa. Matizó que puede existir PRES sin hipertensión arterial. Hay muchos tipos de PRES, en este caso concurren múltiples excepciones, todas las del cuadro. Edema vasogénico, en este caso no hay, es una manifestación de un estado del cerebro, tiene una localización concreta, cortical, aumenta el volumen del cerebro y se crea una situación de hipertensión intracraneal, si se hace una prueba de imagen se ve.

A preguntas de la parte actora contestó que la administración de esa dosis fue un error, no se le tenía que





haber puesto a la paciente. No tiene una explicación para el PRES en este caso, solo una hipótesis, no una teoría cierta. Respecto a la ficha técnica de la dexametasona, figuran muchas cosas, no demuestra un efecto causal, son reportes que a posteriori se hacen por observaciones en pacientes. En la literatura científica se considera que no existe un nexo causal claro entre dexametasona y encefalopatía que pueda causar estatus epiléptico. Aquí hubo un error, pero no es una dosis tóxica y no ha generado el problema de la paciente. Se empieza haciendo una TAC que es más rápida, luego se hace RMN como se hizo en este caso. Consideró que este caso no sería susceptible de publicación porque no se sabe que ha ocurrido, sería una hipótesis o una incógnita.

Compareció D. \_\_\_\_\_, quien a preguntas de la parte demandada se ratificó en su dictamen y contestó que en su experiencia se han empleado dosis muy altas de corticoides similares, sin efectos secundarios, en determinadas situaciones de lesiones neurológicas. Es excepcional que se produzca estatus epiléptico.

A preguntas de la parte actora contestó que la relación con el fármaco no depende de la dosis, y en este caso, es indiferente la dosis, y no se produjo por la megadosis, pues apareció mucho después, transcurridos siete días.

Compareció también la \_\_\_\_\_  
testigo- perito, quien contestó a preguntas de la parte demandada que la demandante fue su paciente, y que este era un caso complejo de interpretar, no quedaba claro, por eso puso interrogantes al diagnóstico. El adjetivo de probable es porque lo relaciona con megadosis, no tiene relación con ninguna prueba complementaria, fue su diagnóstico. Llega un momento que hay que poner un diagnóstico probable, puso ese pues era el probable, no había otro. El diagnóstico de PRES se basa en un diagnóstico inicialmente radiológico, pero todo esto está basado en series de casos clínicos, si este caso se hubiera publicado

sería excepción, porque concurren varias excepciones a lo que está descrito. Esas cantidades de dexametasona se emplean también en neurología en otros casos, pero basó su diagnóstico en que fue lo único fuera de lo normal que ocurrió durante el ingreso de la paciente, y porque es un fármaco que puede producir efectos secundarios. Hay casos descritos, no coinciden, pero es un citotóxico, es un fármaco con efecto inmunosupresor, no tiene otra causa en la paciente.

Al alta tenía disfunciones cognitivas generalizadas y hemiparesia leve, solicitó un estudio neuropsicológico, vio que tenía déficit focal en extremidad izquierda, iba andando por su pie, cree recordar.

A preguntas de la parte demandada, contestó que sería un caso digno de publicar, y que conocía los artículos. La prueba radiológica más fiable era la RMN, en relación a edema vasogénico, en la TAC no se ve.

Compareció también el testigo perito, quien a preguntas de la parte demandada contestó que vio a la paciente el día 16 de enero de 2018, en revisión. Preguntado si las lesiones corticales son frecuentes en PRES, contestó que las normales son subcorticales. No se planteó cambiar el diagnóstico porque no cambia la actitud terapéutica, no cumple la demandante todos los criterios de PRES, pero la etiología que mejor encaja es esta. El diagnóstico seguro es estatus epiléptico que puede producir daño cerebral, lo causa algo, y si no se llega a ningún origen se llama idiopático. La clínica de PRES encajaba con dicho estatus. El resultado de la RMN muestra imágenes atípicas para un PRES pero no imposibles, (espasmo de pequeños vasos cerebrales), y sí típicas de estatus epiléptico. Al no tener esas imágenes el diagnóstico es cuestionable, probable. Añadió que no había encontrado descrita la relación con megadosis, y que con tratamientos corticoides similares en esa dosis no hay ese efecto descrito en la literatura científica. Respecto a la probable



relación, no se puede afirmar con certeza, se puede sospechar, es una causa valorable, teóricamente podría producirlo, hay algún artículo publicado. En principio, si hay dos hechos asociados en el tiempo, sobredosis y clínica, se intenta relacionar. No consta otra causa ni del estatus epiléptico ni del PRES, por lo que se valora la megadosis, es una posibilidad. Añadió que no era capaz de fijar un porcentaje de probabilidad de que la causa fuera la megadosis, estaría por debajo del 50%, pero era algo meramente estimativo.

La parte demandada le preguntó por los artículos, y contestó conocerlos ahora antes no. Creía que era un caso absolutamente inusual, publicable. Y añadió que la relación causal es posible.

Por último, compareció la

quien contestó a preguntas de la parte demandada que vio a la paciente en consultas externas de neurología el día 12 de febrero de 2019, el diagnóstico ya estaba establecido. La paciente no veía bien, en escopeta, el balance motor significa que tiene debilidad en los miembros izquierdos, mas en la pierna que en el brazo, podría mantenerse de pie con ayuda, tiene el equilibrio afectado, los movimientos no son finos, dificultad para caminar, temblor. En los miembros derechos hay también afectación, pues tiene dismetría. Todo esto en el 2019, que estaba haciendo rehabilitación. En cuanto a la visión en escopeta, es bastante posible que tenga relación con el PRES.

A preguntas de la parte demandada contestó que para la marcha necesitaría ayuda, el habla era lenta y entrecortada, el nistagmus significa que el ojo bate hacia la derecha, aunque el cerebro se acostumbra enseguida. Requería asistencia para actividades de la vida diaria, para la marcha y para tareas finas.

**OCTAVO.** – Es un hecho indiscutido que a la demandante se le administró por error una dosis muy elevada de dexametasona con ocasión de una intervención quirúrgica de reconstrucción de mama. A los varios días sufrió una crisis



convulsiva y fue diagnóstica de estatus epiléptico por PRES. Esta patología se relacionó por los facultativos que la atendieron en el Servicio de Neurología con la dosis elevada de dexametasona. En el proceso se han practicado distintas pruebas periciales y de interrogatorio de los facultativos que trataron a la paciente. La parte demandada, aun cuando admite el error en la administración del fármaco respecto a su dosis, niega la relación causal con la lesión neurológica de la paciente.

Con la práctica de la prueba se ha revelado que la cuestión debatida es muy compleja, y que existen factores que hacen poner en duda el nexo causal que mantiene la demandante, como son, fundamentalmente, el resultado de las pruebas radiológicas, concretamente la zona del cerebro afectada, que, al parecer, en este tipo de lesiones (PRES) es la subcortical y no la cortical, y pudiera serlo también el tiempo transcurrido desde la administración del fármaco hasta la aparición de las convulsiones. Sin embargo, también se concluye de las distintas pruebas practicadas que no hay otra causa del daño neurológico que aparezca de forma evidente, sin perjuicio de las distintas hipótesis o teorías que pudieran hacerse. En definitiva, si los médicos neurólogos que trataron a la demandante no han podido descartar ese origen, y establecer otro, y por ello siempre han considerado que era probable, -e incluso algunos de ellos manifestaron que es un caso susceptible de publicación en los medios de divulgación científica-, no puede este tribunal concluir la inexistencia del nexo causal. Pretende la parte demandada que esta sala disponga de unos conocimientos médicos que le permitan determinar el origen del daño, cuando los distintos especialistas que trataron a la paciente, -y todos los que han comparecido en el proceso- no han descartado la relación causal, ni mucho menos, como decimos, han podido acreditar la existencia de otra patología causante de las lesiones. En el supuesto enjuiciado la carga de la prueba recae en la parte demandada que debería haber acreditado que el daño neurológico tiene un origen distinto, debidamente contrastado, y eso no ha sucedido.



Por tanto, no requiere de mayores esfuerzos argumentativos concluir que hubo una mala praxis, pues se administró una dosis que no estaba indicada, y no consta otro origen de la dolencia de la paciente, por lo que, prescindiendo de hipótesis y teorías, se ha de establecer también esa relación causal, y, de ello deriva la antijuridicidad del daño. En su escrito de conclusiones la parte demandada afirma que, con la prueba practicada, se acredita la inexistencia de una relación causa-efecto entre la administración a la demandante de la megadosis de dexametasona y la crisis epiléptica, en relación con un cuadro de PRES. Pues bien, no consta esa inexistencia, sino que, por el contrario, todos los facultativos que han informado en el expediente administrativo y en los autos, y comparecido en período de prueba, no han descartado ese origen, siendo un hecho indiscutido que es posible que se haya producido ese efecto, como ya hemos expuesto. Por tanto, existiendo esa posibilidad, no constando otra causa que justifique el grave daño neurológico de la demandante, y habiéndose incurrido en mala praxis en su asistencia sanitaria, ha de concluirse que el daño es atribuible al funcionamiento del servicio público, y además es antijurídico, por lo que procede declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

**NOVENO.** – Sentado lo anterior, procede ahora cuantificar los perjuicios.

En el informe del \_\_\_\_\_ aportado con la demanda, se recogen las siguientes conclusiones:

“4ª. Que, por aproximación al Baremo Médico de la ley 35/2015 se establece un periodo

de estabilización lesional de 561 días, de los cuales:

-Días de perjuicio personal por pérdida de calidad de vida muy grave: 3.

-Días de perjuicio personal por pérdida de calidad de vida grave: 31.

-Días de perjuicio personal por pérdida de calidad de vida moderado: 527.

5ª. Que la paciente presenta las siguientes secuelas:



-Secuelas físicas:

-Cód. 01135, Trastornos Cognitivos y Daño Neuropsicológico; Síndrome frontal/trastorno orgánico de la personalidad / alteración de funciones cerebrales superiores integradas. Leve: 20 puntos.

-Cód. 01009, Secuelas motoras y sensitivas de origen central y medular; Hemiparesia leve (balance muscular Oxford 4): 20 puntos.

-Cód. 02008, Alteraciones del campo visual: 8 puntos.

Siendo la puntuación total de secuelas físicas: 48 puntos. Aplicada la fórmula de secuelas concurrentes: 42 puntos.

Perjuicio estético:

-Alteración del patrón de la marcha, con ademán inseguro y lento.

-Bradicinesia con movimientos lentos y ocasionalmente incoordinados.

-Patrón postural propio de la hemiparesia leve que padece.

Valorado ponderadamente como perjuicio estético importante: 23 puntos.

6º. Que dichas secuelas son definitivas e irreversibles, habiendo agotado todas las

posibilidades de afrontamiento terapéutico, y que causan un menoscabo funcional,

tanto físico como mental, que entraña un perjuicio moral por pérdida de calidad de

vida en la lesionada que entiendo debe calificarse como grave, en su grado alto.

7ª. Que dichas secuelas y sus limitaciones ocasionan así mismo un perjuicio moral

relevante en su cónyuge e hijos.

8ª. Que a consecuencia de dichas secuelas, también precisa ayudas técnicas de apoyo para su autonomía personal, concretamente bastón inglés. A efectos del Art. 117 puede estimarse su vida media en unos 8-10 años.

9ª. Que a consecuencia del menoscabo de su capacidad de desplazamiento, la actora presenta dificultad para la utilización autónoma de transportes colectivos y de cualquier otro tipo, así como imposibilidad de conducción de automóvil convencional.

10ª. Que la repercusión de todas las secuelas que presenta la paciente entraña la ayuda de tercera persona por un tiempo no inferior a 2 horas diarias.

11ª. Que a consecuencia del menoscabo físico y mental que padece, la lesionada está

incapacitada para llevar a cabo cualquier actividad laboral, habiéndosele reconocido

por el INSS la prestación por Incapacidad Permanente Absoluta".







El perito compareció a presencia judicial y de las partes, ratificó su dictamen, y contestó a preguntas de la parte actora que reconoció a la demandante en junio de 2019. Presentaba hemiparesia, en los informes de alta se incluye hemiparesia espástica leve e hipoestesia, que forma parte del mismo cuadro. Presentaba también temblor intencional y de reposo en miembro superior e inferior izquierdo, marcha cautelosa y una bradicinesia. Lo que describe la ... se corresponde con la lesión cerebral que padece. En cuanto a la visión en escopeta, es habitual en glaucoma, pero también de otras patologías, y lo es en las lesiones de la zona occipital del cerebro. En el examen del neuropsicólogo en noviembre de 2017 ya se objetivan déficits en la visión, y además la paciente no tiene diagnóstico de glaucoma. La visión en escopeta se desarrolla de forma lenta, crónica, no aguda. No hay antecedentes clínicos en la paciente que orienten hacia otra patología. Añadió que la paciente tiene un perjuicio estético, con ademanes muy afectados, temblor permanente, aspecto bradicinético, movimientos torpes, lentos y descoordinación, facies típica del parkinson, de la bradicinesia, habla temblorosa, con problema léxico, inexpresivo, y marcha cautelosa que es una expresión clínica que supone una alteración cortical en que el paciente tiene problema para desarrollar el ciclo del paso, necesita bastón porque la marcha es inestable, a lo que se añade su actitud postural, hemiparesia e hipoestesia. Respecto a calidad de vida, ha perdido autonomía para el aseo personal, para vestirse necesita ayuda, no se sabe abrochar, ni peinarse, tiene un deterioro cognitivo leve pero multientorno, le afecta a todos los niveles, tiene limitadas dos actividades esenciales y la inmensa mayoría de actividades no esenciales, como pasear, hacer deporte o actividades lúdicas, así como para desarrollar un trabajo. Necesita de asistencia de persona durante dos horas al día, ninguna patología por sí sola la requiere, pero sí todas en conjunto, al menos para la parte básica de la



actividad diaria. Respecto a los días de baja, están desglosados por fechas. Respecto a las divergencias con el informe de la parte demandada, 30 días de diferencia, manifestó que no era correcto ese cómputo, pues hay que aplicar el criterio de la fecha del daño.

A preguntas de la parte demandada contestó que no entra a discutir el nexo causal, da por bueno el informe del .  
y añadió que el daño se produce cuando se administra el fármaco.

Con la demanda se aportó resolución del INSS de fecha 22 de enero de 2019 por la que se declara la incapacidad permanente absoluta para todo trabajo de la demandante. Se aporta también informe del Equipo de Valoración de Incapacidades de 7 de diciembre de 2018, en el que se determina el siguiente cuadro clínico residual:

“Deterioro cognitivo leve multidominio de predominio mnésico... TVP de MII secundaria RESUELTA. ALTERACIÓN CAMPOVISUAL COMPATIBLE CON LESIÓN OCCIPITAL”

Y se hacen constar las siguientes limitaciones orgánicas y funcionales:

“Reducción campo visual concéntrico manteniendo islote central binocular. Resuelta trombosis, libre enfermedad oncológica. Deterioro cognitivo leve multidominio de predominio mnésico con mejoría capacidad cognitivas. SEVERA LIMITACIÓN FUNCIONAL”.

Por la parte demandada se aportó informe de valoración del daño corporal realizado por el

, en el que se recogen esas limitaciones, y se hace la siguiente valoración:

-541 días de sanidad (desde el 13 de junio de 2017, fecha prevista alta de reconstrucción mamaria hasta el 5 de diciembre de 2018, fecha de propuesta de incapacidad permanente), 4 de ellos de perjuicio grave (estancia en UCI), 31 graves (estancia hospitalaria) y 506 de perjuicio moderado, a los que resta 30 que sería el tiempo normal de convalecencia



de no haberse producido complicaciones. Por tanto, serían 511 días, 476 de perjuicio moderado.

En cuanto a las secuelas:

-Trastorno cognitivo leve, entre 13 y 20 puntos, se valora en 17

-Perjuicio particular, la pérdida de calidad de vida grave, que valora en 86.215 €

-Perjuicio patrimonial, una incapacidad permanente absoluta que, con una base de cotización de 12.000 € anuales, se corresponde con 11.638 €.

Por todo ello se valora:

Lesiones temporales

Perjuicio particular, días moderados (52,13 €/día), días graves (75,19 €/día) y días muy graves (100,25 €/día), total 27.545,77 €.

En cuanto a las secuelas:

Perjuicio psicofísico 17 puntos, perjuicio moral por pérdida de calidad de vida 86.215 € y perjuicio patrimonial por lucro cesante 116.340,26 €.

Total valoración 143.886,03 €.

**DÉCIMO.** – Como hace constar en su informe el perito Dr. Amorós, aplicó en su valoración la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a personas en accidentes de circulación.

El perito ratificó su dictamen a presencia judicial y de las partes, y contestó en los términos que antes hemos expuesto. Respecto de esta prueba, en trámite de conclusiones no se rebate por la parte demandada, limitándose a indicar que del interrogatorio de los facultativos de Neurología que han valorado (clínicamente) a la demandante, se corrobora lo

afirmado en la contestación de la demanda, incluyendo la no necesidad de auxilio de terceras personas para todos los quehaceres de la vida, salvo en lo referido a la visión “en túnel”.

En la contestación a la demanda se discrepaba de la valoración del perito por las siguientes razones:

“a) La señora no presenta una hemiparesia, sino una leve pérdida de fuerza en el miembro superior izquierdo, conservando de 4+/5, y en el miembro inferior izquierdo, conservando 4/5, con disminución de la sensibilidad (hipoestesia) en miembros izquierdos. En este sentido, el informe neuropsicológico (folio HC 569) dice expresamente que no presenta limitaciones en miembros superiores ni en miembros inferiores. No consta que precise, por razón de las limitaciones físicas, el empleo de un “bastón inglés”, sin perjuicio de que la señora e pueda sentir más segura empleando este utensilio.

b) La alteración del campo visual por “visión en túnel” aunque es atribuida a un origen neurológico, lo cierto es que no existía inicialmente. No se llega a comprender su aparición en 2019 como una secuela de la convulsión sufrida en 2017. Por otro lado, se trata de una patología ocular típica del glaucoma. No se entiende que no haya sido valorada por Oftalmología.

c) El perjuicio estético es deducido por el señor perito como consecuencia de una alteración del patrón de la marcha, con además inseguro y lento, bradicinesia con movimientos lentos y ocasionalmente incoordinados, patrón postural propio de la hemiparesia leve que padece. Sin embargo, en las exploraciones del servicio de neurología no se recoge ese patrón alterado. Sólo se indica una marcha cautelosa, lo cual es bien distinto, y movimientos lentos (bradicinesia).

d) Sobre la pérdida de calidad de vida, es cierto que la señora ha sido declarada en situación de Seguridad Social de Incapacidad Permanente Absoluta. Esta declaración implica que, a juicio del INSS, carece de capacidad para desarrollar todo de tipo de actividad laboral pero conserva la capacidad para realizar las actividades esenciales de la vida. De no poder realizar estas actividades esenciales para la vida precisando la ayuda de un tercero se le habría declarado en situación de “Gran Invalidez”.



e) Por la misma razón, al implicar la declaración de Incapacidad Permanente Absoluta de la Seguridad Social la independencia del incapacitado para sus actividades esenciales para la vida, debe rechazarse la existencia de una pérdida de calidad de vida de los familiares por una supuesta dedicación especial a la señora [redacted] así como la necesidad de terceras personas, que tampoco está acreditada, durante 2 horas, como dice el informe pericial.

e) En cuanto al incremento de costes de movilidad, no consta es incremento. tampoco consta que antes.

f) Los días de lesiones temporales no se desglosan”.

Sin embargo, estas alegaciones han de ser rechazadas, visto el informe de Neurología de 12 de febrero de 2019, en el que se hace constar lo siguiente:

“TRATAMIENTO: Aterina 15 mg. Precisa continuar con el tratamiento rehabilitador físico y cognitivo en centro concertado.

EVOLUCIÓN: Ya no toma anticoagulación, no ha vuelto a tener crisis desde el episodio agudo. En tratamiento rehabilitador por Kippe, con muy buena evolución. Expl: Lenguaje: Fluencia disminuida, ejecuta órdenes axiales, apendiculares y cruzadas. No disartria. Pares craneales: Pupilas ICNR. MOE sin restricciones. Nistagmo agotable horizontal derecho. Visión en escopeta. Vpc: normal. VIpc: normal. Pares bajos normales.

Sistema motor: Balance motor: MSI 4+/5, MSD 5/5, MII 4/5, MID 5/5. ROTs ++/++++.

RCP extensor izquierdo, indiferente derecho. Hipoestesia en miembros izquierdos.

Coordinación: dismetría en maniobras dedo-nariz derecha e izquierda, mayor izquierda.

Bradícinésia y marcha cautelosa. Temblor de reposo e intencional de predominio en extremidades izquierdas.

REVISION: Remito a RHB”.

En relación con este informe, su autora, la [redacted] manifestó que remitieron a la paciente para continuar tratamiento rehabilitador. En la exploración, y en relación con actividades esenciales, se constató que no ve bien, tiene visión

en escopeta, y respecto a balance motor tiene debilidad en los miembros izquierdos, más en la pierna, 4/5 significa que es capaz de levantar la pierna contra gravedad pero si se aplica una resistencia cae, no es capaz de tener la fuerza normal, podría mantenerse de pie con ayuda. La dismetría significa que el equilibrio está afectado por lo que los movimientos no son finos, se empeora la capacidad de caminar por el temblor, al andar necesita apoyo (de una persona o bastón). Respecto a comer, vestirse, atarse cordones zapatos... en el miembro superior derecho también tiene dismetría, hay dificultad de coordinación. Al no especificar en el informe el grado de dismetría, ignora si imposibilita. En cuanto al lenguaje tiene la fluencia disminuida, con habla lenta y entrecortada.

De este informe, y de sus aclaraciones posteriores se desprende con toda evidencia que la demandante tiene un deterioro cognitivo leve, y necesita ayuda de terceras personas para actividades esenciales de la vida (vestirse, asearse...) y para las no esenciales (pasear), y se encuentra totalmente imposibilitada para algunas otras, como es trabajar. Respecto a la visión en escopeta no consta otra causa distinta de la lesión cerebral. Se añade a lo anterior el perjuicio estético evidente que presenta la demandante, quien a su edad camina, habla y se desenvuelve en un modo que no es el normal en una persona que cuenta en la actualidad con 54 años.

Obra en el expediente administrativo un informe de la Unidad de Psicología Clínica c , realizado por la Psicóloga Clínica y Neuropsicóloga. Ahora bien, en ese informe se va respondiendo a una serie de cuestiones, en la valoración de la paciente, pero no se concretan ni centran en su desenvolvimiento en la vida diaria, echándose en falta aspectos esenciales en relación con las limitaciones de la demandante. En todo caso, resulta prevalente el informe



realizado por la \_\_\_\_\_, especialista en la materia, y que además ratificó su informe a presencia judicial y de las partes, y dio las explicaciones pertinentes sobre el mismo. Es evidente, por otra parte, que ambos informes discrepan en algunas cuestiones, pues en el neuropsicológico se indica sin mayor detalle que la paciente no presenta limitaciones en miembros superiores ni inferiores, mientras que en el de la \_\_\_\_\_ se hacen constar tales limitaciones y además fueron explicadas por la facultativa.

Respecto al deterioro cognitivo, en el último de los informes del Servicio de Rehabilitación que obra en el historial clínico de la paciente, de fecha 15 de octubre de 2019, ya se hace constar, no solo que la demandante presenta un déficit visual que “le causa dificultades para realizar actividades instrumentales de la vida diaria”, sino que se añade que presenta “lentitud en el procesamiento de la información, limitaciones en adquisición de nuevos aprendizajes, tanto verbales como visuales, y memoria de trabajo reducida (mantenimiento de 3 ítems). Es capaz de leer y escribir, así como comprender textos, por lo que puede apoyarse en este tipo de soporte para recursos compensatorios y sustitutivos”. Se recomienda que continúe en rehabilitación.

La parte actora para cuantificar los daños ha acudido de forma orientativa (y de acuerdo con el informe pericial) al baremo establecido para las lesiones en accidentes de circulación. Valora los daños de la recurrente en 394.030,91 €, y para el resto de demandantes en 150.051,31 €, lo que supone un importe total de 544.082,22 €. A ello añade gastos de rehabilitación y farmacia.

En este caso resulta complejo aplicar con precisión dicho baremo, y se observa además que se atribuye por el perito

\_\_\_\_\_ ; la mayor puntuación entre todas las posibles a cada una de las secuelas. Se incluyen además conceptos que no



resultan debidamente acreditados, pues se ignora si es necesario un mínimo de dos horas diarias de ayuda de tercera persona. El propio perito admite que cada una de las secuelas se encuentra por debajo del criterio de necesidad de ayuda de terceras personas, si bien en su conjunto, suponen una dependencia moderada. No obstante, no consta hasta la fecha, resolución de reconocimiento de dependencia. Tampoco consta incremento de costes de movilidad para el desplazamiento de la demandante. En definitiva, muchas de las cantidades reclamadas no están debidamente justificadas. Por tanto, atendido al carácter meramente orientativo del baremo en esta jurisdicción, a las limitaciones de la demandante para las distintas actividades de la vida diaria y el perjuicio moral que ello supone para su familia, por pérdida de la calidad de vida que es inherente al estado de la paciente, se considera proporcionada una indemnización de 300.000 € para la demandante. Respecto de los familiares, ciertamente, ha de distinguirse entre el esposo de la demandante y sus hijos, pues el primero por razón de convivencia y ayuda en el matrimonio sufre un mayor perjuicio, reconociendo a este una indemnización de 50.000 €, y para cada uno de los hijos de 25.000 €.

Por último, no procede incluir gastos de rehabilitación pues se hizo en un centro concertado, ni ningún otro derivado de la asistencia de la demandante pues se presta por la sanidad pública.

**DECIMOPRIMERO.** - Por lo expuesto, procede estimar en parte el recurso, sin que haya lugar a una especial 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 EN PARTE** el recurso contencioso administrativo interpuesto por

contra la resolución desestimatoria presunta de la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, de la reclamación por responsabilidad patrimonial formulada por aquéllos, y, en consecuencia, anulamos dicho acto por no ser conforme a derecho, y reconocemos el derecho de la primera a ser indemnizada en la cantidad de 300.000 €, de

a ser indemnizado en la cantidad de 50.000 €, y de cada uno de los hijos, en la de 25.000 €, con el interés legal correspondiente desde la fecha de la reclamación hasta el efectivo abono de las cantidades; sin costas.

La presente sentencia es susceptible de recurso de casación ante la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, de conformidad con lo previsto en el artículo 86.1 de la Ley reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, siempre y cuando el asunto presente interés casacional según lo dispuesto en el artículo 88 de la citada ley. El mencionado recurso de casación se preparará ante esta Sala en el plazo de los 30 días siguientes a la notificación de esta sentencia y en la forma señalada en el artículo 89.2 de la LJCA.

En el caso previsto en el artículo 86.3 podrá interponerse recurso de casación ante la Sección correspondiente de esta Sala.

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





La difusión del texto de esta resolución a partes no interesadas en el proceso en el que ha sido dictada sólo podrá llevarse a cabo previa disociación de los datos de carácter personal que los mismos contuvieran y con pleno respeto al derecho a la intimidad, a los derechos de las personas que requieran un especial deber de tutelar o a la garantía del anonimato de las víctimas o perjudicados, cuando proceda.

Los datos personales incluidos en esta resolución no podrán ser cedidos, ni comunicados con fines contrarios a las leyes.

