

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

SENTENCIA: 00273/2022

UNIDAD PROCESAL DE APOYO DIRECTO

Equipo/usuario: UP3
Modelo: N11600
PALACIO DE JUSTICIA, RONDA DE GARAY, 5
DIR3:J00008050
Correo electrónico:
N.I.G: 30030 33 3 2021 0000262

Procedimiento: PO PROCEDIMIENTO ORDINARIO 0000104 /2021
Sobre: RESPONS. PATRIMONIAL DE LA ADMON.
De D./ña.

FRANCISCO

ABOGADO IGNACIO MARTINEZ GARCIA, IGNACIO MARTINEZ GARCIA , IGNACIO MARTINEZ GARCIA , IGNACIO MARTINEZ GARCIA , IGNACIO MARTINEZ GARCIA , IGNACIO MARTINEZ GARCIA , IGNACIO MARTINEZ GARCIA , IGNACIO MARTINEZ GARCIA , IGNACIO MARTINEZ GARCIA , IGNACIO MARTINEZ GARCIA
PROCURADOR D./D^a. MIGUEL ANGEL GALVEZ GIMENEZ, MIGUEL ANGEL GALVEZ GIMENEZ , MIGUEL ANGEL GALVEZ GIMENEZ , MIGUEL ANGEL GALVEZ GIMENEZ , MIGUEL ANGEL GALVEZ GIMENEZ , MIGUEL ANGEL GALVEZ GIMENEZ , MIGUEL ANGEL GALVEZ GIMENEZ , MIGUEL ANGEL GALVEZ GIMENEZ , MIGUEL ANGEL GALVEZ GIMENEZ , MIGUEL ANGEL GALVEZ GIMENEZ
Contra D./D^a. CONSEJERIA DE SALUD, AIG EUROPE LIMITED, SUCURSAL EN ESPAÑA
ABOGADO LETRADO DE LA COMUNIDAD, JAVIER PUIG CANTERO
PROCURADOR D./D^a. , MANUEL SEVILLA FLORES

**RECURSO núm. 104/2021
SENTENCIA núm. 273/2022**

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

SECCIÓN PRIMERA

Compuesta por las Ilmas. Sras.:
Dña. María Consuelo Uris Lloret
Presidenta
Dña. Pilar Rubio Berná
Dña. Gema Quintanilla Navarro
Magistradas

Ha pronunciado

EN NOMBRE DEL REY

La siguiente

SENTENCIA nº 273/22

En Murcia, a trece de junio de dos mil veintidós



En el recurso contencioso administrativo nº 104/2021, tramitado por las normas ordinarias, en cuantía total de 267.836,57 €, y referido a responsabilidad patrimonial.

Parte demandante:

Salomé Aroca Marín, 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.

Parte codemandada: Aig Europe Limited, Sucursal en España, representada por el Procurador D. Manuel Sevilla Flores y dirigida por el Letrado D. Javier Puig Cantero.

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 por la que “se declare la nulidad de la resolución recurrida, así como el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria, y se reconozca el derecho de mis mandantes a ser indemnizados con un principal de 267.836,57 euros, desglosados en los siguientes importes:

- 104.376,4 € a favor de
- 61.577,71 € a favor de
- 21.110,66 € a favor de
- 21.110,66 € a favor de
- 21.110,66 € a favor de
- 19.652,47 € a favor de
- 18.898,01 € a favor de

Cantidades que deberán ser actualizadas conforme al I.P.C. acumulado desde la producción del daño el 21/01/2019 -fecha del óbito-; 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 **Ilma. 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 26 de febrero de 2021, 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 27 de mayo de 2022, fecha en que tuvo lugar, quedando las actuaciones concluidas y pendientes de sentencia.

II.- FUNDAMENTOS JURÍDICOS

PRIMERO. - Según resulta del expediente administrativo en fecha 29 de julio de 2019 el Letrado D. Ignacio Martínez García, en nombre y representación de los ahora demandantes, presentó un escrito ante la Consejería de Salud formulando reclamación por responsabilidad patrimonial por el fallecimiento de [redacted] esposo de [redacted] padre de [redacted], y abuelo de [redacted]

Exponía, en síntesis, que el día 21 de noviembre de 2018

fue intervenido de hidrocelectomía bilateral en el Hospital de La Vega Lorenzo Guirao de Cieza, y que en la historia clínica que había facilitado el hospital no constaba consentimiento informado ni hoja quirúrgica relativa a la intervención. Sí constaba que en el postoperatorio habían surgido complicaciones, y, concretamente, el día 1 de diciembre de 2018 la enfermera observó que los bordes de la herida tenían “aspecto feo”, y advirtió al urólogo, manteniéndose pese a ello un tratamiento conservador. El día 5 de diciembre se observó exudación en el punto de drenaje y mal olor, y se decidió



tratamiento antibiótico, y el día 6 tuvo que ser reintervenido el paciente por una grave complicación como es la gangrena de Fournier. La evolución postquirúrgica fue desfavorable y se continuó tratamiento en UCI, siendo trasladado al Hospital Reina Sofía de Murcia, y después de 41 días en UCI se produjo su fallecimiento, tras acordarse la limitación de esfuerzo terapéutico por el mal estado del paciente.

Consideraban los reclamantes que había existido una mala praxis sanitaria y una ausencia de consentimiento informado, concurriendo todos los presupuestos para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración. Reclamaban como importe indemnizatorio distintas cantidades para cada uno de ellos.

SEGUNDO. - Entendiendo presuntamente desestimada la reclamación acudieron a esta vía jurisdiccional, en la que en demanda alega la parte actora, en síntesis, que falleció a causa de las complicaciones derivadas de una gangrena de Fournier, que no fue diagnosticada ni tratada a tiempo. Expone el proceso médico y asistencial del paciente, las complicaciones surgidas en el postoperatorio y considera que existe un nexo causal entre la asistencia sanitaria y el fallecimiento, al haber sido diagnosticada de forma tardía la complicación surgida, que causó un shock séptico. Aportan los demandantes dictamen pericial realizado por el Dr. D. Jorge Juan López-Tello García, especialista en Urología, que concluye que no se informó debidamente al paciente del diagnóstico y posibilidades de tratamiento, que no se entregó el preceptivo consentimiento informado y que no se sospechó la gangrena de Fournier cuando se constató mal olor de la herida escrotal, demorándose la intervención quirúrgica que debía ser inmediata.

Señala la parte actora que el informe del Dr. Castillo, -cirujano que realizó la intervención quirúrgica el día 6 de diciembre-, no tiene en cuenta lo reflejado en las notas de enfermería, en que se hace constar que en la cura del día 5 de diciembre del paciente la herida presentaba exudación en el punto de drenaje y mal olor.

En cuanto a la valoración del daño, se interesa una indemnización por importe total de 267.836,57 €, que se desglosa en distintos importes para cada perjudicado, de conformidad con el baremo de la Ley 35/2015, reclamándose la cantidad de 104.376,4 a favor de la viuda, de 21.110,66 € para cada hijo, a excepción de para la que se interesa una indemnización de 61.577,71 € por ser dependiente económicamente de su

padre y convivir en el domicilio familiar de sus progenitores. Para cada uno de los nietos se pide una indemnización distinta, en atención a su situación.

TERCERO. – La parte demandada se opone al recurso. Alega, en primer término, una cuestión de orden procesal, en concreto, que los demandantes han presentado una fotocopia del Libro de Familia que recoge el matrimonio de _____ Pero omiten cualquier copia de los hijos habidos en ese matrimonio. Tampoco aportan ningún otro documento que acredite que _____

En cuanto a _____ y _____ supuestos nietos de _____, tampoco se acredita ese parentesco.

En cuanto al fondo, y respecto al consentimiento informado, alega que el paciente fue informado de los riesgos inherentes a la hidrocelectomía el 18 de abril de 2018. En esta fecha fue incluido en la Lista de Espera Quirúrgica para la cirugía que se realizó el 20 de noviembre de 2018. Esta es la fecha que se hace constar junto a la firma del facultativo. Y es cronológicamente coherente con la fecha de 30 de mayo de 2018 cuando _____ firmó el documento de “consentimiento informado” para la anestesia de la intervención de 20 de noviembre de 2018. La fecha de 11/12/2010 a la que alude la demanda es la de la pegatina adherida al documento que corresponde a alguna de las asistencias prestadas a _____ con anterioridad. En 2010, aunque _____ ya presentaba signos de hidrocele, no se le programó para hidrocelectomía. No es imaginable una previsión con 8 años de antelación de una cirugía futura.

En cuanto al documento de consentimiento informado incluye, entre los problemas y complicaciones de la herida quirúrgica, los de infección en diversos grados de gravedad. Por tanto, puede rechazarse que se produjera una lesión del derecho a la autonomía de _____ porque fue informado del riesgo de infección y lo asumió acreditando dicha asunción del riesgo con su firma.

Respecto al retraso diagnóstico, alega que es cierto que el paciente manifestó dolor, edema e hipotensión antes de los días 5 y 6 de diciembre de 2018. Pero estos síntomas, y otros como la tos recurrente, no pueden valorarse separadamente de las demás patologías que presentaba ajenas al hidrocele y a la hidrocelectomía. Es decir, el dolor, el hematoma y la



inflamación escrotal son manifestaciones clínicas que pueden producirse tras una hidrocelectomía y, por tanto, no son síntomas diagnósticos útiles para sospechar una Gangrena de Fourier. La hipotensión y el edema generalizado que también presentó tenían su causa en la fibrilación auricular crónica previa al ingreso que sufría. En este sentido debe recordarse que aunque no presentaba problemas renales, seguía tratamiento con Seguril que es un diurético, quizá como parte del tratamiento para su patología cardiaca, por lo que la existencia de problemas diuréticos durante el ingreso tampoco adquiere una relevancia diagnóstica para sospechar una Gangrena de Fourier.

Admite la parte demandada que en la mañana del 1 de diciembre dos enfermeros anotaron al realizar la cura de la herida quirúrgica que los bordes de la herida eran algo feos, y que esta anotación no es irrelevante, pero entiende que no se puede deducir de ella que hubiera signos de un proceso infeccioso. En primer lugar, porque no dicen que sugieran infección. Es decir, no anotan que la herida supurase, que observaran esfacelos o cualquier otro indicio de infección. En segundo lugar, porque ni el resto de las curas de ese día ni la de los días siguientes recogen que la herida presentase un mal aspecto o aspectos infecciosos. En tercer lugar, en las anotaciones médicas de los días 1 a 4 de diciembre no se hace mención de que la herida quirúrgica presentase signos infecciosos. Y, finalmente, porque el mismo informe pericial aportado por la demandante, aunque sí menciona la anotación del 1 de diciembre, no le da especial relevancia al centrar su crítica en la actuación del 5 de diciembre.

La mañana del 5 de diciembre fue visto por el urólogo y el internista y se curó la herida sin más anotaciones que sugirieran signos infecciosos que la existencia de mal olor en la herida escrotal izquierda. Por esta razón, ante la posibilidad de un proceso infeccioso, se pidió un cultivo del exudado y se inició tratamiento antibiótico empírico. Es importante observar que no presentaba fiebre, como no la había presentado durante el resto del ingreso, aunque se la había administrado paracetamol y los reactantes de fase aguda (RFA) sólo era discretamente elevados. La evolución durante la tarde del 5 de diciembre y la noche del 5 al 6 tampoco mostró anomalía alguna. Es decir, no presentó ninguno de los síntomas que acompañan a la Gangrena de Fourier (fiebre, edema, dolor genital o perineal, rubor, tumefacción de la zona afectada, eritema, escalofrío, necrosis, crepitación, retención aguda de orina, náusea y vómito). Fue durante la cura realizada la mañana del 6 de diciembre cuando, ante la persistencia del mal olor, se avisa al urólogo quien está presente en una segunda cura él mismo



indicando la cirugía urgente ante una fascitis necrotizante (o necrosante) perineal, Gangrena de Fourier. La afirmación de la demanda y del informe pericial en el que se apoya se basan en la evolución posterior de la patología que mostró que se trataba de una Gangrena de Fourier, pero no en la situación el 5 de diciembre desprovista del conocimiento de lo que sucedió después. Esta circunstancia es importante porque la Gangrena de Fourier, como cualquier otra fascitis necrotizante, es un proceso infeccioso de partes blandas de muy rápida progresión, y para poder ser sospechada debe existir datos clínicos para ello. En este caso, la persistencia del mal olor y la evolución de la herida quirúrgica del 5 al 6 de diciembre fueron los datos clínicos que permitieron sospechar ese proceso infeccioso, por lo que la actuación médica fue ajustada a la *lex artis*, lo que excluye la antijuricidad del resultado final.

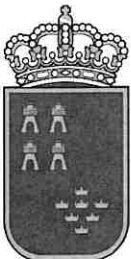
Con posterioridad a la segunda intervención no consta que presentara infección, ni que la causa del fallecimiento fuera un proceso séptico. Y si se entendiera que sí fue la causa del fallecimiento la infección debería entenderse el daño producido como una pérdida de oportunidad, habida cuenta del mal pronóstico de la complicación sufrida por el paciente y de que era persona de edad avanzada y con enfermedades concomitantes.

CUARTO. - Ante las alegaciones de la parte demandada sobre la relación de parentesco de algunos de los demandantes con el *...* presentó un escrito la actora manifestando que se aportaron al expediente los libros de familia completos, omitiéndose al remitir el expediente administrativo varios folios. Y, respecto de que no fue aportado en vía administrativa, se acompaña con el escrito presentado.

Atendiendo a la documentación aportada se concluye que queda acreditada la relación de parentesco de los recurrentes con

Así debe admitirlo también la parte demandada puesto que en el escrito de conclusiones ninguna referencia se hace ya a dicha cuestión. Sí la hace la parte codemandada, pero, como hemos señalado, los recurrentes han aportado los libros de familia correspondientes, estando acreditada su relación de parentesco con el paciente y, por tanto, su legitimación activa.

QUINTO. - 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.

Asimismo, a los fines del artículo 106.2 de la Constitución, la jurisprudencia, en constante doctrina, 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, 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.

Y es también doctrina jurisprudencial reiterada 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"

SEXTO. – En el expediente administrativo obran los informes de los distintos especialistas que trataron al paciente. Así, y por lo que respecta a , facultativo del Servicio de Urología del Hospital de La Vega Lorenzo Guirao de Cieza, se informó lo siguiente:

“El paciente . fue visto en consulta y diagnosticado de Hidrocele bilateral tras exploración física y pruebas complementarias habituales.

Tras explicación de su enfermedad, el paciente decide intervenirse quirúrgicamente.

Se procedió a consulta pre anestésica, siendo declarado apto para ser anestesiado y advertido de los riesgos dada su edad avanzada y patologías previas, al paciente y sus familiares. Firma los consentimientos habituales.



Durante el postoperatorio el paciente presenta dolor e inflamación escrotal sin signos infecciosos y sangrado que se controla con 2 concentrados de hematies

Se realizan controles DIARIOS de la evolución.

A los 7-10 días aproximadamente, al paciente sufre signos de descompensación cardiaca (insuficiencia cardiaca congestiva), no relacionados con la intervención inicial, por lo que se realiza Hoja de Consulta a Medicina Interna ' ' que confirma el diagnóstico de insuficiencia cardiaca, instaurando tratamiento oportuno, con mejoría clínica a las 24 h.

El día 1/12 el paciente presenta mejoría clínica, estabilidad hemodinámica, recibe dieta y deambula por el pasillo.

A los 2 días, nueva crisis de descompensación cardiaca. Se pide Eco cardiografía para evaluar situación.

Evolución lenta.

El 5/12 el paciente continúa estable y no presenta fiebre ni signos de infección.

El 6/12 se pasa visita por la mañana encontrando signos de NECROSIS en escroto y salida de material necrótico por herida. Es cuando, ante la sospecha de presentación de gangrena de Fournier, se baja, previo aviso al familiar que se encontraba en la habitación, a quirófano para cirugía URGENTE.

El paciente sale de quirófano con la herida controlada, intubado y estable. Se informa a la familia de la gravedad del cuadro. Se les explica que la presentación de este tipo de gangrena se da en menos de 24 h y NO ES PREVISIBLE. También se da cuenta de la situación cardiaca del paciente que aumenta el mal pronóstico.

Posteriormente, ya en reanimación, los intentos de anestesia para la extubación resultaron infructuosos, sobre todo por la situación cardiorrespiratoria del paciente. La herida escrotal presentaba signos de recuperación y granulación favorable.

Tras no poder anestesia desintubar al paciente y siendo previsible una intubación prolongada, se decide de forma conjunta traslado a UCI.

El paciente se trasladó a UCI del H Reina Sofia por operatividad de camas.

Conclusiones:

1. Aplicación estricta del protocolo quirúrgico.
2. Patologías previas que incrementan notablemente el riesgo.
3. Intervención INMEDIATA cuando aparecen signos de gangrena.
4. Visto al menos por 4-5 especialistas entre urólogos, internistas y anestesiastas.
5. La gangrena de fournier no puede adivinarse cuando se puede presentar, lo hace de forma brusca y grave en menos de 24 h y tiene una mortalidad elevada”.

Obra en el expediente administrativo informe de 20 de enero de 2019 del Jefe de Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Reina Sofia,

. Se hace constar la evolución del paciente, en concreto, y en lo que se refiere a la infección:

“Los cultivos han sido negativos. Se han realizado curas diarias por parte de urología con buena evolución de la infección. Pese a ello, la evolución tórpida, con insuficiencia respiratoria por insuficiencia cardíaca por mala función ventricular, que se trata con medidas habituales y por broncopatía. Ante la dificultad de weaning se realizó traqueotomía y se ha intentado desconexiones en varias ocasiones, incluso cierre de traqueo que fue preciso reabrir por fallo de desconexión de VM. Tras 41 días de estancia en UCI y ante la situación del paciente, se habla con la familia y se decide LET”.

En DIAGNÓSTICO, constan los siguientes:

“SHOCK SEPTICO SECUNDARIO A GANGRENA DE FOURNIER.
POSTOPERATORIO COMPLICADO DE HIDROCELE.
ICC.
EPOC.
DISFUNCIÓN VENTRICULAR.
FALLO DE WEANING”.

OTROS DIAGNÓSTICOS

HTA. EXFUMADOR CON PULMONALE CRÓNICO MODERADO-SEVERO CON HTP MODERADA. SAHS SIN CPAP
HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL ANTICOAGULADO POR FIBRILACIÓN AURICULAR PERMANENTE”

Con la demanda se ha aportado dictamen pericial realizado por el Dr. D. J. López- Tello García, especialista en Urología. Tras exponer el concepto y definiciones de la patología urológica del paciente y el tratamiento quirúrgico y sus complicaciones, detalla la cronología de los hechos en el presente caso y las consideraciones médico-legales:

“El paciente _____, de 84 años en el momento de la intervención, con antecedentes de cardiopatía bien controlada y con una buena situación, basal, acudió en 2008 a urología, siendo diagnosticado de pequeño hidrocele bilateral. En aquella época no se operó.

El 10/04/2018 acudió a urgencias por inflamación del testículo derecho, siendo diagnosticado ecográficamente de Hidrocele bilateral, no muy acentuados, y de predominio izquierdo.

Pocos días después, el 18 de abril de 2018, el paciente es visto en la consulta de urología, se valora la ecografía, es explorado e incluido en lista de espera quirúrgica. Hay que destacar:

-NO se valora el estado del paciente en ese momento (dolor, aumento o disminución de tamaño desde que acudió a urgencias, fiebre, remisión o mejoría de síntomas, o por el contrario empeoramiento...). NADA.



-NO hay constancia escrita de una posible información verbal sobre la enfermedad y las posibilidades:

- o Observación, como venía haciendo desde al menos 8 años antes.
- o Punción evacuadora, poco eficaz pero menos invasiva
- o Hidrocelectomía

-NO hay en la documentación que se me ha facilitado documento de consentimiento informado de hidrocelectomía con esa fecha, ni constancia escrita de la entrega, explicación y firma del mismo. Ver al respecto lo dicho en la página 5:

11/12/2010: páginas 60 y 61/134 Consentimiento informado de hidrocelectomía. La primera hoja no dispone de datos. La fecha está en una pegatina en la segunda página, y por tanto, por lógica, debe de referirse a un acto médico de ese momento. Además, como se aprecia en el consentimiento informado de anestesia de fecha 30/05/2018, p.62-63/134, el formato actual es diferente, y con relleno automático de los datos del paciente.

Entre esa consulta de urología de 18 de abril de 2018, y el 20/11/18, fecha en la que ingresa en el hospital, no hay constancia de que el paciente acudiera a urgencias o a su médico de familia por molestias o problemas derivados del hidrocele leve que padecía.

El 20/11/18 se realiza la intervención de hidrocelectomía, aparentemente sin incidencias.

En los días siguientes a la intervención aparecen diversas complicaciones que obligan a mantener al paciente ingresado, a saber:

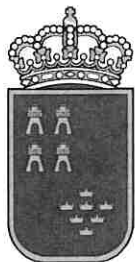
- Dolor
- Inflamación local
- Edema escrotal y de pene importante.
- Manchado de apósitos
- Hematoma importante
- Equimosis
- Anasarca y edemas en miembros inferiores
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Hemólisis tras hematoma.

El 30/11/18 Se realiza un intento de drenaje mediante punción escrotal, sin éxito

El sábado 1 de diciembre de 2018, la enfermera ve la herida con los bordes "algo feos", se lo comenta al urólogo por teléfono pero no hay constancia de que éste acuda a valorar al paciente.

El domingo 2 de diciembre de 2018, es valorado por Medicina Interna pero no hay constancia de exploración escrotal. Tampoco de valoración por urología.

El lunes 3 de diciembre el paciente es valorado por Medicina Interna y Urología, y se constata por el estado del mismo que es candidato a UCI, no respondiendo a medidas



intensivas en planta. Necesita oxígeno, tiene anasarca, alteraciones analíticas, está hipotenso y taquicárdico, parcialmente desorientado...

Durante los días 3 y 4 se realizan curas de herida, pero ni urología ni enfermería comentan el estado del tejido, que ya días antes la enfermera describía como “feo”.

El día 5 de diciembre de 2018 por la mañana, la enfermera escribe a las 12:04h que el paciente ha sido visto por urología y curado.

El momento crucial de la evolución con la aparición del primer síntoma de gangrena es ese mismo día 5 de diciembre a las 14:54 h, en que el internista refiere herida escrotal izquierda con mal olor.

En ese momento debieron saltar todas las alarmas: SOSPECHA DE GANGRENA DE FOURNIER, gravísimo cuadro, como se ha explicado antes, que precisa de cirugía inmediata.

Y no es hasta el 6 de diciembre de 2018, casi un día después, cuando, a raíz del mal olor al entrar en la habitación del paciente, la enfermera llama al urólogo y el paciente va a quirófano.

El paciente se encontraba desde hace días con un aspecto “feo” de la herida, que significa con áreas desvitalizadas o necróticas, no habiendo constancia explícita de la evolución de dicho aspecto, limitándose la descripción a “cura”.

El paciente, si bien estaba clínicamente estable, presentaba signos de sepsis, además de insuficiencia cardíaca, ambos cuadros con síntomas en común, y ya se planteó que era candidato a UCI desde el día 3.

En definitiva, incumplimiento del deber de información y retraso en el diagnóstico y tratamiento de la Gangrena de Fournier, complicación por otro lado desproporcionada y excepcional de la hidrocelectomía. Dicho retraso fue el causante de la sepsis grave y establecida de la que el paciente no se pudo recuperar y falleció”.

Emite el perito las siguientes conclusiones:

“PRIMERA: Que no se actuó conforme a la lex artis al no informar al paciente del diagnóstico y las posibilidades de tratamiento u observación de su hidrocele.

SEGUNDA: Que no se actuó conforme a la lex artis al no entregar al paciente el preceptivo consentimiento informado y recabar de él la firma del mismo.

TERCERA: Que no se actuó conforme a la lex artis cuando, en un paciente con mala evolución, el médico internista apreció mal olor de la herida escrotal el día 5 de diciembre de 2018 y no sospechó la Gangrena de Fournier, que debería haber sido intervenida inmediatamente y que lo fue un día después. A la larga fue la causa de la muerte del paciente. Se puede establecer el nexo de causalidad entre esta vulneración de la lex artis y la muerte.

CUARTA: Que la gangrena de Fournier y la muerte del paciente como consecuencia de ella son un daño desproporcionado que el paciente nunca debió sufrir y soportar”.

SÉPTIMO. – En período de prueba compareció el Dr. López Tello, quien ratificó el informe emitido y contestó a las preguntas formuladas por las partes. Y manifestó que el signo más característico de la Gangrena de Fournier es el mal olor, muy característico. En este caso el signo evidente de aparición de la complicación fue el mal olor que se hizo constar el día 5. El internista no sospechó de la complicación, no valoró adecuadamente ese signo, por lo que hubo un retraso diagnóstico.

Igualmente compareció _____ quien contestó a preguntas de la parte actora que el día 6 advirtió al visitar al paciente que había dos áreas de necrosis en el escroto del paciente, y eso fue lo que le alarmó, más que el olor. Se trataba de una urgencia, y por ello se procedió a la intervención. A preguntas de la parte demandada contestó que firmó el consentimiento el día que informó al paciente, y en esa misma fecha se incluyó en lista de espera quirúrgica. Se le explicaron los riesgos, no era una cirugía complicada, pero con los antecedentes del paciente se le remitió a anestesia para su valoración, que fue conforme. En cuanto al tratamiento postoperatorio se puso el que está protocolizado. El paciente empezó con problemas de hipotensión, insuficiencia respiratoria, por ello era visto también por Medicina Interna, y se le hacía seguimiento. A preguntas de la parte codemandada contestó que la Gangrena de Fournier es una complicación rara, y la profilaxis antibiótica no elimina una complicación indeseada.

También compareció _____ facultativa del Servicio de Medicina Interna que trató al paciente. Contestó a preguntas de la parte actora que no era la especialista indicada para diagnosticar la complicación urológica. El día 5 reflejó que había mal olor, pero no lo percibió, se le informó por Urología, el urólogo y el enfermero le comentaron que olía mal, por lo que prescribió una cobertura antibiótica de amplio espectro y un exudado. Ella no olió porque no vio la herida quirúrgica, las curas las realizaba enfermería con Urología, no en su presencia. La herida estaba tapada. Ella no valoraba la herida, y no le dieron ningún detalle más. No se planteó la Gangrena de Fournier porque estaba valorado por Urología, se planteó indicios de infección y por ello hizo la indicación de antibiótico.

A preguntas de la parte demandada refirió las patologías del paciente, ajenas a la patología urológica.



Tenía una insuficiencia cardiaca, con edemas generalizados, crepitantes pulmonares, añadió que la cirugía descompensa una situación que ya estaba presente en el paciente.

También compareció _____ u. Contestó a las preguntas de la parte demandada que, aunque se cure una sepsis, se han puesto en marcha una serie de mecanismos inflamatorios que resultan sobrepasados, sobre todo aquellos que son más vulnerables, por lo que al final el paciente fallece, y el diagnóstico es por sepsis. En el fallecimiento influyó la preexistencia de sus patologías previas. A preguntas de la parte actora contestó afirmativamente a la pregunta de si el desencadenante del fallecimiento fue la gangrena, por la que ingresó en UCI y, a pesar del tratamiento para combatir la infección, se puso en marcha un daño inflamatorio en los órganos que ya no se podía revertir.

OCTAVO. – Comenzando con el tema del consentimiento informado, ciertamente en el que aparece al folio 60-61 del expediente consta una pegatina en la segunda hoja, con los datos de identificación del paciente y la fecha 11 de diciembre de 2010. Sin embargo, entendemos que se puso por error o para identificación del paciente y procedía de una consulta anterior, sin que se haya acreditado en modo alguno que se hizo el consentimiento informado para la intervención varios años antes.

Sentado lo anterior, vemos también que en el consentimiento informado constan los riesgos de la intervención quirúrgica, entre ellos la infección en diversos grados de gravedad, pero se trata de riesgos generales, para todo tipo de paciente. En concreto, para _____ no se recogió riesgo personalizado alguno. Y, como ha quedado acreditado en las actuaciones, las patologías previas del paciente y su propia edad, 84 años, debieron considerarse e incluirse como factores de riesgo. Así, se ha venido argumentando por la parte demandada, -y mantiene esta tesis en conclusiones, al igual que la codemandada-, que el fallecimiento no se produjo como consecuencia de la grave complicación derivada de la hidrocelectomía bilateral, sino por la insuficiencia cardiaca descompensada o por los problemas cardiorrespiratorios del paciente anteriores a la intervención.

Muy ilustrativo fue en este sentido lo declarado por el Jefe de Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Reina Sofía, en el sentido de que una vez producido el shock séptico los órganos vitales sufren un daño y, por razón de



la edad y patologías del paciente, no se recuperan aunque la infección desaparezca.

En consecuencia, si la Gangrena de Fournier es una complicación derivada de la cirugía a que se sometió el paciente, -aunque sea infrecuente, o incluso rara-, y presenta extrema gravedad, pudiendo causar hasta el fallecimiento si se diagnostica con retraso o si concurre con otras patologías, debieron hacerse constar estos antecedentes del paciente que suponían un mayor riesgo en la intervención. Y no solo por la complicación que aconteció, sino por cualquier otra, pues por su edad y enfermedades previas las posibilidades de recuperación frente a cualquier complicación estaban mermadas.

Por se manifestó que había informado al paciente y a sus familiares de las circunstancias concretas de riesgo que en el caso acaecían, y que incrementaban el normal en este tipo de intervenciones, pero no consta en el consentimiento informado, por lo que ha de concluirse que esta ausencia de información constituye una mala praxis.

Debe añadirse a lo anterior que en la atención médica postoperatoria se observa también una infracción de la *lex artis*, pues consta que el paciente ya presentaba mal olor -característico de la Gangrena de Fournier- el día 5 de diciembre y, no obstante, no se percató de ello el servicio de Urología hasta el día 6, demorándose el diagnóstico y la intervención quirúrgica casi en 24 horas, en una complicación que exige la mayor celeridad en su resolución, puesto que constituye una emergencia médica. No es imputable al Servicio de Medicina Interna esta demora, pues la internista no era la responsable de la evolución de la herida, sino los urólogos, y además, según declaró a presencia judicial y de las partes, por uno de los facultativos de Urología se le informó el día 5 que la herida ya despedía ese olor, signo que a ella no tenía por qué hacerle sospechar de una Gangrena de Fournier, pero que, no obstante, le alertó de una posible infección y prescribió el tratamiento que consideró oportuno, concretamente un exudado y tratamiento antibiótico.

La propia parte demandada admite en conclusiones que el primer signo infeccioso se manifestó a primera hora de la tarde del día 5 de diciembre, y la intervención quirúrgica para atajar esta infección se realizó al día siguiente por la mañana. En Evolución del Paciente ya figura anotación del día 5 de diciembre, a las 14:54 horas, en la que se hace constar que la herida escrotal izquierda tiene mal olor. Por tanto, no cabe admitir que no



había signos de infección hasta el día 6. Ante este signo que se detectó el día 5, debió comprobarse en otro momento de ese día la evolución de la herida, y no dejar que la gangrena avanzara, pues ya se destacó que es un cuadro con una progresión rapidísima, y así debió suceder en este caso pues cuando el Dr. Castillo examinó al paciente el día 6 presentaba necrosis importante.

En consecuencia, existió infracción de la *lex artis* en la asistencia prestada por el Servicio de Urología del Hospital de Cieza, y la consecuencia fue una sepsis y el fallecimiento del paciente.

Por último, no cabe hablar de pérdida de oportunidad, pues ha resultado acreditado que la infección dañó los órganos vitales del paciente, que ya no pudieron recuperarse, por lo que existe una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria y el resultado del fallecimiento. Correspondía a la Administración demandada acreditar que, de no haberse producido la infección, el paciente hubiera también fallecido, o que, en todo caso, y dada la gravedad de la complicación, aún de haber sido tratada a tiempo hubiera acontecido el mismo resultado. Esta prueba no se ha producido. A lo que ha de añadirse que, si la complicación tuvo una mala evolución no sólo por su diagnóstico tardío sino por las patologías y edad del paciente, ello tuvo que ser advertido antes de la intervención y, o bien no indicarla, o bien haber informado debidamente al paciente de que los riesgos derivados de la misma se incrementaban en su caso.

Se concluye, en consecuencia, que procede declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

NOVENO. – Como antes se ha expuesto, son distintas las cantidades que se reclaman para cada uno de los demandantes. Descartada la pérdida de oportunidad, y en cuanto a la valoración del daño, no se discute por la parte demandada. La codemandada manifiesta que no cabe indemnizar a los nietos del _____ por cuanto no consta que sus progenitores sean hijos del fallecido y, a su vez, hayan fallecido.

En este extremo debe darse la razón a la parte codemandada, pues el artículo 36.1 b) de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, establece que tienen la condición de sujetos perjudicados “Las categorías de perjudicados mencionadas en el artículo 62, en caso de fallecimiento de la víctima”. Y el artículo 62 incluye en las categorías de perjudicados a los descendientes, si bien el artículo 65.2 precisa que “Los nietos tienen la consideración de perjudicados en caso de premoriencia del progenitor que fuera hijo del abuelo fallecido y perciben una cantidad

fija con independencia de su edad". Ello se establece para la Tabla 1.A, *Perjuicio personal básico*. Para la Tabla 1.B *Perjuicio personal particular*, se establece el resarcimiento de perjuicios particulares de cada perjudicado, y hemos visto lo establecido para el caso de los nietos, y lo mismo ocurre con la Tabla 1.C, *Perjuicio Patrimonial*. En el caso de los nietos, y de no concurrir los requisitos -que en este caso no constan-, cabe atribuirles la condición de perjudicados por allegados, pues se acredita una convivencia con la víctima durante un mínimo de cinco años anteriores al fallecimiento. Así, en el certificado de empadronamiento que se aporta, la hija del fallecido,

causó alta en el Padrón municipal y en la vivienda domicilio de sus padres el día 20 de noviembre de 2018. Su hijo lo hizo el día 1 de mayo de 2008 y su hija Salomé el día 5 de agosto de 2011.

De conformidad con el artículo 67 de la citada Ley, percibirán una cantidad fija. En este caso, por perjuicio personal básico le corresponden 10.000 €, sin que proceda reconocerle ninguna cantidad por perjuicio particular por no constar ningún tipo de discapacidad, ni por perjuicio patrimonial por lucro cesante al no constar sus ingresos en la fecha del fallecimiento, ni que dependieran de forma exclusiva de su abuelo.

En cuanto a la [redacted] y, como se ha expuesto, no consta convivencia con el fallecido hasta noviembre de 2018, habiéndose producido el fallecimiento en enero de 2019. Tampoco se acredita que dependiera económicamente de su padre. Por tanto, procede reconocer la misma cantidad que al resto de los hijos.

Debe recordarse, por último, que los baremos establecidos para el fallecimiento y lesiones en accidentes de circulación tienen un carácter meramente orientativo en esta jurisdicción.

En consecuencia, se reconocen las siguientes indemnizaciones:

- 104.376,4 €
- 21.110,66 €
- 21.110,66 €
- , 21.110,66 €
- 21.110,66 €
- 10.000 €
- , 10.000 €



DÉCIMO. – Por lo expuesto, procede estimar en parte respecto el recurso, sin que haya lugar a un especial pronunciamiento sobre las 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,**

FALLAMOS

Estimar en parte el recurso contencioso administrativo interpuesto por

contra la resolución desestimatoria presunta de la Consejería de Salud de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por los recurrentes, y, en consecuencia, anulamos el acto impugnado por no ser conforme a derecho, y reconocemos el derecho de ser indemnizados en las cantidades siguientes, con el interés legal correspondiente desde la fecha de la reclamación en vía administrativa:

-	, 104.376,4 €
-	, 61.577,71 €
-	, 21.110,66 €
-	, 21.110,66 €
-	21.110,66 €.
-	10.000 €
-	10.000 €

No ha lugar a un especial pronunciamiento en 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.

