

Dictamen n^o: **347/09**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **10.06.09**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, emitido por unanimidad, en su sesión de 10 de junio de 2009 sobre la consulta formulada por el Sr. Consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1.f).1^o de su Ley Reguladora, 6/2.007, de 21 de diciembre, en el asunto antes referido y promovido por M.M.T., en adelante “*la reclamante*”, por los daños y perjuicios ocasionados por el funcionamiento normal o anormal de los servicios sanitarios.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Mediante escrito de fecha 27 de febrero de 2007 la reclamante solicita una indemnización de daños y perjuicios en cuantía de 200.000 euros por el retraso en el diagnóstico de la apendicitis aguda perforada con peritonitis que padecía siendo necesario practicarle dos intervenciones quirúrgicas y una tercera para la reconstrucción del intestino en el Hospital Universitario de la Princesa. A su reclamación adjunta diversos informes médicos del referido Hospital.

La Historia Clínica de la paciente y restante documentación médica obrante en el expediente, ponen de manifiesto los siguientes hechos:

La reclamante, de 17 años y sin antecedentes patológicos reseñables, acudió a Urgencias del Hospital Universitario La Princesa (HUP), el 17 de abril de 2005 por presentar diarrea líquida, náuseas, vómitos y dolor abdominal de tipo cólico desde 5 días antes, habiendo ido previamente a su

médico de cabecera. La exploración física realizada puso de manifiesto un abdomen blando, depresible, sin masas, doloroso a la palpación en su totalidad, con los ruidos hidroaéreos aumentados y sin signos de irritación peritoneal, así como lengua saburral y signo del pliegue negativo. Con el diagnóstico de gastroenteritis aguda leve se remitió a la paciente a su domicilio, para control por su Médico de Atención Primaria, confirmando el tratamiento previamente prescrito por éste: rehidratación y Primperán (antiemético), además de dieta blanda.

El 20 de abril de 2005, la reclamante volvió a acudir a Urgencias del citado Hospital, alegando haber continuado con náuseas, vómitos (2/día), diarrea líquida amarillenta (4-5 deposiciones/día) y fiebre de hasta 38°c desde 7 días atrás. En la exploración física se comprobó que el abdomen estaba blando, depresible, con ruidos hidroaéreos (RHA), doloroso a la palpación en zona hipogástrica y periumbilical, pero sin defensa ni peritonismo. La temperatura era de 37,3°c. Se realizó analítica de sangre, que sólo mostró una leve leucocitosis (11.820 leucocitos/mm³, con 82,8% de neutrófilos) y orina, que puso de manifiesto cierta bacteriuria y leucocituria. El juicio clínico fue de “*gastroenteritis aguda con mala evolución (mala respuesta a la dieta absoluta)*” y se remitió a la paciente a su domicilio, para control por su médico de atención primaria, con recomendaciones dietéticas para la gastroenteritis junto con tratamiento antiemético (Primperán) y antitérmico (Paracetamol), así como tratamiento antibiótico (Ciprofloxacino) para la infección urinaria e indicación de volver a Urgencias en caso de intolerancia oral.

Cuatro días más tarde, la reclamante volvió a acudir de nuevo a Urgencias del HUP por diarrea de 10 días de evolución, con cinco o seis deposiciones diarias, heces amarillentas y ocasionalmente moco, junto con náuseas y vómitos, así como fiebre. La exploración abdominal puso de manifiesto un abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en fosa ilíaca izquierda, sin defensa ni peritonismo y sin palpase masas ni megalias.

En el tacto rectal se apreciaba un esfínter normal, no doloroso y una ampolla vacía. En la analítica de sangre destacaba una leucocitosis (16.200) con neutrofilia (90%) y en la Rx de abdomen, gas en el marco cólico, sin otras alteraciones. Con el juicio clínico de diarrea subaguda, dada la evolución de la paciente y sus anteriores visitas, se decidió dejarla en observación, a cargo de Medicina Interna, manteniéndola en dieta absoluta, con sueroterapia, tratamiento antibiótico con Ciprofloxacino y sintomático con Primperán y Perfalgán (Paracetamol).

En la madrugada del día 24 al 25 de abril, se registró una temperatura de 38,7° c. Al día siguiente, la exploración mostró un abdomen distendido, timpánico y doloroso, con RHA incrementados. El dolor era más intenso en hipogastrio y en la fosa ilíaca izquierda, en la que se palpaba una dudosa masa, difícil de delimitar por el dolor, pero continuaban sin observarse signos de irritación peritoneal. Valorada por Cirugía, se solicitó ecografía abdominal, a fin de descartar o confirmar alguna de las dos posibilidades diagnósticas sugeridas: diverticulitis o absceso localizado en fosa ilíaca izquierda. A lo largo del día 25 de abril la paciente no tuvo dolor, aunque sí diarrea. La ecografía mostró grandes colecciones en fondo de saco de Douglas y entre asas, con engrosamiento de la pared de/intestino delgado. Se realizó también un TAC abdominal con contraste oral e intravenoso, cuyo resultado (estenosis de algunas asas de intestino delgado, con engrosamiento de su pared y dilatación de las asas proximales a ellas; presencia de varias colecciones intraabdominales de gran volumen, en espacio retro uterino, Fosa ilíaca izquierda y región antero uterina, sugerentes de abscesos; fistulización desde el intestino delgado hacia una de las colecciones) se informó como compatible con brote de enfermedad de Crohn complicado con abscesos intraabdominales y fistulización desde asas a los mismos. A la vista de estos datos, se decidió el ingreso de la paciente a cargo de Digestivo, con los juicios clínicos de: *“Brote suboclusivo de enfermedad de Crohn (1 episodio). Abscesos abdominales”* y se inició

tratamiento antibiótico (Cefotaxima y Metronidazol), además de sintomático, quedando pendiente para el día siguiente nueva interconsulta con Cirugía para valorar el drenaje de los abscesos.

Con fecha 26 de abril de 2005, la paciente continuaba estable, con diarrea y dolor en fosa ilíaca izquierda. A la palpación, el abdomen continuaba blando, depresible y doloroso en fosa ilíaca izquierda, donde se palpaba una masa. En la analítica realizada por la mañana destacaba una leucocitosis de 13.420/mm³ y una hemoglobina de 9,5 gr/dl. Además, la paciente continuaba con alteraciones en la coagulación (actividad de protrombina 49.7%), por lo que se añadió vitamina k al tratamiento. Una vez valorado el caso conjuntamente por los servicios de Gastroenterología, Cirugía General y Radiología, se decidió practicar una laparotomía para drenar los abscesos y explorar la cavidad abdominal. La intervención se realizó esa misma tarde y en ella se descubrió un abundante contenido purulento libre en la cavidad abdominal, un gran plastrón apendicular formado por ileon terminal, sigma, útero, ambos anejos y ciego sobre una apendicitis aguda gangrenada y perforada, con un apendicolito libre en la cavidad. Se realizó una apendicectomía reglada, lavado abundante de la cavidad y biopsia de la trompa izquierda, dejando un drenaje en el fondo de saco de Douglas.

El postoperatorio inicial transcurrió adecuadamente y la paciente fue trasladada el 27 de abril por la tarde a la planta de cirugía, donde continuó su evolución favorable hasta el día 29, en que sufrió un importante empeoramiento clínico y también analítico. Se realizó TAC abdominal urgente, en el que se constató la existencia de líquido libre sugerente de pus en la cavidad y zonas estenóticas en el colon, por lo que se decidió cirugía urgente. En la intervención se encontró una zona de 30-40 cm del ileon terminal muy deslustrada, con una perforación de 1 cm de diámetro a unos 15-20 cm de la válvula ileocecal, que había provocado una peritonitis difusa muy intensa, con gran cantidad de contenido intestinal distribuido

por toda la cavidad. Se realizó hemicolectomía derecha con anastomosis ileocólica latero-lateral e ileostomía proximal de protección, previa limpieza exhaustiva de la cavidad.

Tras la segunda intervención la enferma fue mejorando paulatinamente, con tratamiento antibiótico (Ertapenem intravenoso) hasta el 7 de mayo, analgésicos, control y curas de las heridas y la ileostomía, inicio de alimentación, etc., sin presentar nuevas complicaciones hasta que fue dada de alta el día 12 de mayo de 2005. El 1 de agosto siguiente, la reclamante ingresó de forma programada en el HUP para el cierre de su ileostomía. La intervención, que tuvo lugar el 3 de agosto de 2005 sin incidencias, consistió en liberación y resección del estoma más anastomosis ileo-ileal término-terminal monopiano. El postoperatorio transcurrió de forma adecuada y la paciente fue dada de alta el 9 de agosto de 2005 en buen estado y con el tránsito intestinal restaurado.

En los meses siguientes, acudió a revisiones en consulta de cirugía del HUP (en la historia clínica constan dos, en septiembre y diciembre de 2005), en las que se constató una evolución lenta pero favorable.

Con fecha 26 de junio de 2006, la paciente volvió a acudir a Urgencias del HUP por dolor abdominal de varias semanas de evolución, acompañado de vómitos y distensión abdominal, que se había acentuado en los últimos días, sin fiebre. La exploración física mostró un abdomen distendido, timpánico, doloroso a la palpación y con RHA disminuidos y la radiografía de abdomen dilatación de asas de intestino delgado con niveles hidroaéreos. La mañana del 27 de junio se decidió intervención quirúrgica de urgencia, en la que se puso de manifiesto la obstrucción del intestino delgado, cerca de la anastomosis ileocecal, por una brida muy fibrosa y de gran tamaño, sin que hubiera signos de necrosis o perforación, realizándose lisis de la brida y vaciamiento intestinal, así como biopsia de una de las múltiples adenopatías existentes en la cavidad, cuyo diagnóstico

anatomopatológico fue de linfadenitis crónica inespecífica. Tras la intervención, la paciente evolucionó adecuadamente, siendo dada de alta el 3 de julio de 2006.

SEGUNDO.- Por dichos hechos se ha instruido el procedimiento de responsabilidad patrimonial de conformidad con el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial.

Se han cumplido los requisitos establecidos al efecto en dicho Real Decreto, incluido el trámite de audiencia, regulado en el artículo 84 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en lo sucesivo “*LRJ-PAC*”, y 11 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Consta que en fecha 6 de febrero de 2009 se dio traslado del expediente para que formulase alegaciones, habiéndose presentado escrito el 17 de febrero siguiente en el que reitera su petición.

También consta haberse requerido informe de los servicios intervinientes del HUP de conformidad con lo dispuesto en el artículo 10.1 del precitado Reglamento. A tal efecto se ha elaborado informe por el servicio de urgencias el 6 de junio de 2007 en el que se concluye que el cuadro clínico que presentaba la paciente era compatible con un cuadro de gastroenteritis, también consta el informe del servicio de cirugía de 2 de abril de 2008 en el que se manifiesta que los cirujanos del servicio de cirugía general evaluaron por primera vez a la reclamante el 27 de abril de 2005 procediendo a su intervención de urgencia, señalando que la reclamante no ha formulado óbice alguno por la atención quirúrgica recibida.

La inspección médica y la entidad aseguradora han emitido informes periciales sobre la asistencia médica dispensada, concluyendo que no se han evidenciado signos de mala praxis.

Una vez tramitado el procedimiento, se dictó, el 3 de marzo de 2009, propuesta de resolución desestimatoria, la cual fue informada favorablemente por los Servicios Jurídicos de la Comunidad de Madrid.

El 20 de febrero de 2008 se ha interpuesto recurso contencioso administrativo frente a la desestimación por silencio administrativo, al haber transcurrido más de seis meses desde la interposición de la reclamación administrativa, que se tramita ante la Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Octava, del Tribunal Superior de Justicia de Madrid procedimiento ordinario nº 121/2009-01-A, sin que hasta la fecha conste que se haya dictado sentencia.

TERCERO.- El Consejero de Sanidad, mediante Orden de 16 de abril de 2.009, que ha tenido entrada en el Registro del Consejo Consultivo el 6 de mayo de 2009, formula preceptiva consulta a este Consejo Consultivo por trámite ordinario, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección III, presidida por el Excmo. Sr. D. Fernando Merry del Val, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en su sesión de 10 de junio de 2009.

El escrito solicitando el informe preceptivo fue acompañado de la documentación que, adecuadamente numerada y foliada, se consideró suficiente.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES EN DERECHO

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 13.1.f).1º de su Ley Reguladora, 6/2007 de 21 de

diciembre (LRCC), por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada y a solicitud de un órgano legitimado para ello, según el artículo 14.1 LRCC.

SEGUNDA.- La reclamante esta legitimada activamente para formular reclamación que le indemnice por los daños físicos ocasionados por la supuesta deficiente asistencia sanitaria dispensada a tenor de lo dispuesto en el artículo 139.1 de la LRJ-PAC.

Por lo que se refiere a la legitimación pasiva, corresponde a la Comunidad de Madrid en cuanto titular de la competencia de prestación del servicio público sanitario en su ámbito territorial de actuación.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 142.5 de la LRJ-PAC el plazo para reclamar es de un año a contar desde que se ha producido el hecho o de manifestarse su efecto lesivo. La reclamación se ha interpuesto el 27 de febrero de 2007 y las intervenciones quirúrgicas tuvieron lugar en abril de 2005, sin embargo como consecuencia de dichas intervenciones tuvo que ser operada nuevamente el 27 de junio de 2006, siendo dada de alta el 3 de julio siguiente, por lo que la reclamación se ha efectuado en plazo.

TERCERA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 35 del Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid, aprobado por la Ley Orgánica 3/1983, de 25 de febrero, y artículo 55 de la Ley 1/1983, de 13 de diciembre, del gobierno y administración de la Comunidad de Madrid, se contempla en el Título X de la LRJ-PAC, artículos 139 y siguientes, desarrollado en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la Disposición adicional duodécima de la LRJ-PAC, en redacción

dada por las Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicas, así como de las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud.

Como se ha manifestado anteriormente, en el antecedente de hecho segundo, el procedimiento se ha tramitado correctamente, habiéndose cumplimentado adecuadamente el trámite de audiencia.

CUARTA.- Entrando en el análisis de los requisitos de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas viene establecida, con el máximo rango normativo, por el artículo 106.2 de nuestra Constitución, a cuyo tenor: *"los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos"*. La regulación legal de esta responsabilidad está contenida en la actualidad en la LRJ-PAC y en el reglamento de desarrollo anteriormente mencionado, disposiciones que en definitiva vienen a reproducir la normativa prevista en los artículos 121 y 122 de la Ley de Expropiación Forzosa de 16 de diciembre de 1954, y artículo 40 de la Ley del régimen jurídico de la Administración del Estado de 26 de julio de 1957. El artículo 139 de la citada LRJ-PAC dispone, en sus apartados 1 y 2, lo siguiente:

"1º.- Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por la Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos."

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

La jurisprudencia del Tribunal Supremo ha establecido en numerosas sentencias los requisitos de la responsabilidad patrimonial extracontractual de la Administración. Entre otras, las Sentencias del Tribunal Supremo de 26 de junio (recurso 4429/2004) y de 15 de enero de 2008 (recurso nº 8803/2003), los requisitos en cuestión son los siguientes:

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

2º) La antijuridicidad del daño o lesión, la calificación de este concepto viene dada no tanto por ser contraria a derecho la conducta del autor como, principalmente, porque la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, cuestión necesitada de ser precisada en cada caso concreto.

3º) Imputabilidad de la actividad dañosa a la Administración, requisito especialmente contemplado en las Sentencias del Tribunal Supremo de 10 de diciembre de 1982 y de 25 de febrero de 1981, que al examinar la posición de la Administración respecto a la producción del daño, se refieren a la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece.

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

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 es imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

En el ámbito sanitario, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades por la propia naturaleza de ese servicio público, introduciéndose por la doctrina el criterio de la *lex artis* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios, siendo fundamental para determinar la responsabilidad, exigiéndose para su existencia no sólo la lesión, en el sentido de daño antijurídico, sino también la infracción de ese criterio básico, siendo la obligación del profesional sanitario prestar la debida asistencia y no de garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

En este sentido, las sentencias del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 2000 (recurso nº 8252/2000), y de 23 de febrero de 2009 (Recurso nº 7840/2004) que disponen que *“se trata, pues, de una obligación de medios, por lo que sólo cabe sancionar su indebida aplicación, sin que, en ningún caso, pueda exigirse la curación del paciente. La Administración no es en este ámbito una aseguradora universal a la que quepa demandar responsabilidad por el sólo hecho de la producción de un resultado dañoso. Los ciudadanos tienen derecho a la protección de su salud (artículo 43, apartado 1, de la Constitución), esto es, a que se les garantice la asistencia y las prestaciones precisas [artículos 1 y 6, apartado 1, punto 4, de la Ley General de Sanidad y 38 , apartado 1, letra a), del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social] con arreglo al estado de los conocimientos de la ciencia y de la técnica en el momento en que requieren el concurso de los servicios sanitarios (artículo 141, apartado 1, de la LRJ-PAC); nada más y nada menos”*.

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

Señalan las sentencias del Tribunal Supremo de 15 de enero de 2008 (Recurso nº 8803/2003) y de 20 de marzo de 2007 (Recurso nº 7915/2003) que *"a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente"*. Resulta ello relevante por cuanto el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial, no convierte a la Administración a través de esta institución, en una aseguradora universal de cualquier daño que sufran los particulares, debiendo responder sólo de aquellos que no tengan el deber jurídico de soportar.

QUINTA.- La reclamante denuncia en su escrito que se produjo una demora en la intervención quirúrgica debido a un error de diagnóstico en el Servicio de Urgencias del HUP de Madrid, tras atenderle en dos ocasiones previas a su ingreso el 25 de abril de 2005, lo que supuso un empeoramiento de su salud que sólo se superó tras realizarse una intervención de máxima urgencia y gravedad y que le dejó graves secuelas en el aparato digestivo.

Resulta acreditado, según la propia historia clínica que la reclamante fue intervenida en dos ocasiones, una de ellas el 27 de abril de 2005, en la que se llevó a cabo una laparotomía para drenar los abscesos y explorar la

cavidad abdominal en la que se descubrió una apendicitis aguda gangrenada y perforada, con un apendicolito libre en la cavidad, por lo que se realizó una apendicetomía reglada. Ante su empeoramiento el día 29 de abril, el 1 de mayo de 2005 se realizó una nueva intervención quirúrgica, en la que se advierte una perforación del ileón terminal que había provocado una peritonitis difusa muy intensa, por lo que se realizó una hemicolectomía derecha con anastomosis ileo-cólica latero-lateral e ileostomía proximal de protección. El 3 de agosto siguiente se llevó a cabo el cierre de la ileostomía y el 27 de junio de 2006 tuvo que ser intervenida nuevamente de urgencias, para refeccionar una brida en el intestino.

Para un adecuado análisis de la actuación médica dispensada a la paciente es necesario acudir a la prueba pericial. A tal efecto, tanto el informe de la Inspección sanitaria como el informe pericial suscrito por médico cirujano a instancia de la entidad aseguradora concluyen que la asistencia prestada a la paciente, por parte del Hospital público objeto de reproche, fue correcta y adecuada en todo momento a la *lex artis*.

El informe de la Inspección médica señala que la apendicitis aguda es la inflamación aguda del apéndice cecal, con reacción peritoneal más o menos intensa. Se presenta aproximadamente en el 10% de la población general y puede ocurrir a cualquier edad, aunque existe un pico de máxima incidencia entre los 10 y los 20 años de edad. Constituye la causa más habitual de abdomen agudo en el adulto joven, así como la intervención quirúrgica urgente más frecuente.

El diagnóstico de la apendicitis es fundamentalmente clínico. El cuadro típico comienza como un dolor abdominal de tipo cólico, generalmente localizado en el epigastrio o en la zona periumbilical, de horas o un día de evolución, que se va haciendo continuo y más intenso y migra, para acabar localizándose en la fosa iliaca derecha (FID). Aumenta con la tos y con los movimientos bruscos. En el 90% de los casos se acompaña de hipo o

anorexia y con gran frecuencia aparecen también náuseas y vómitos con posterioridad al inicio del dolor.

En la exploración física suele hallarse febrícula más que fiebre, que aparece en las apendicitis complicadas. A la palpación abdominal se encuentra aumento de la sensibilidad y dolor en fosa ilíaca derecha, defensa muscular involuntaria y signos de irritación peritoneal: incremento del dolor a la descompresión en el punto de McBurney (signo de Blumberg), dolor en fosa ilíaca derecha al presionar la fosa ilíaca izquierda (signo de Rovsing). La rigidez abdominal y el dolor a la palpación, y por tanto todos los signos mencionados, se hacen más intensos a medida que la enfermedad progresa hacia la perforación y la peritonitis localizada o difusa. El cuadro clínico típico de la apendicitis aguda, descrito más arriba, es bien conocido, pero sólo se presenta en el 50-60% de los casos aproximadamente. A causa de la elevada proporción de presentaciones atípicas, y al no disponerse de ninguna exploración complementaria que confirme o descarte con certeza su existencia, el diagnóstico de la apendicitis aguda es difícil (se considera que la precisión diagnóstica alcanza sólo el 75-80% en el caso de clínicos expertos) y, sin embargo, es muy deseable alcanzarlo con prontitud, dado que el retraso de la cirugía permite la evolución del cuadro a sus formas anatomoclínicas más graves, como la apendicitis gangrenosa con perforación y peritonitis, que se acompañan de una importante morbimortalidad.

Por esta razón se han diseñado varias escalas diagnósticas (Alvarado, Fenyó, Izbicki, Christian...) cuyo objetivo es incrementar la exactitud y la rapidez en el diagnóstico, mediante la ponderación de los distintos signos y síntomas que pueden presentarse, a fin de disminuir tanto el número de apendicitis que se perforan como el de apendicetomías innecesarias. La más conocida y utilizada de ellas es la escala de Alvarado, que establece tres síntomas (migración del dolor, anorexia y náuseas-vómitos), tres signos físicos (sensibilidad en FID, dolor a la descompresión y fiebre) y dos

hallazgos de laboratorio (leucocitosis y desviación a la izquierda) como datos clave cuya presencia indica mayor probabilidad de apendicitis y cuya ausencia indica lo contrario. Las otras escalas, más o menos complejas según el número de parámetros que tienen en cuenta, coinciden en muchos de ellos con la descrita, siendo característica fundamental de todas ellas la consideración del dolor abdominal como síntoma principal. Merece la pena destacar que la diarrea únicamente se tiene en cuenta en una de las escalas (Fenyó), que la puntúa como dato a favor de la apendicitis sólo cuando se presenta en pacientes varones.

Analizando el caso de la reclamante dispone el precitado informe que *“las dos primeras veces que acudió a Urgencias, los días 17 y 20 el abril de 2005, tanto el cuadro clínico (fundamentalmente diarrea, náuseas y vómitos; el dolor abdominal de tipo cólico consta en el informe de la primera asistencia, pero no en el de la segunda), como la exploración, con abdomen blando, depresible y doloroso a la palpación en su totalidad/en zona periumbilical y el tiempo de evolución que refería (5 y 7 días respectivamente) se correspondían con los de una gastroenteritis y no justificaban una sospecha de apendicitis aguda. Sólo la leucocitosis, (leve, 11.820 leuc./mm³, aunque con desviación a la izquierda- 82,8% de neutrófilos) hallada en la analítica realizada el 20 de abril ponía sobre la pista de un cuadro infeccioso, pero, al aparecer bacteriuria y leucocituria en la analítica de orina, se atribuyó, con toda lógica, a una infección urinaria, y se prescribió tratamiento para ella (Ciprofloxacino).*

En ninguna de las dos ocasiones el cuadro clínico cumplía los criterios de sospecha de apendicitis de las escalas diagnósticas mencionadas”.

Coincidiendo con el escrito de alegaciones formulado por la reclamante no se puede compartir el argumento de la inspección sanitaria, ya que si bien los síntomas del día 17 de abril podían ser indicativos de una

gastroenteritis, cuando la reclamante acude por segunda vez al servicio de urgencias del HUP, el 20 de abril de 2005, deberían haberse realizado una diagnóstico diferencial, ante la presencia de síntomas indicativos de posible apendicitis como eran el dolor abdominal agudo y la leucocitosis. Respecto a la tercera vez que acude a urgencias, el 24 de abril de 2005, señala el informe de la Inspección sanitaria que *“el síntoma principal alegado continuaba siendo la diarrea, acompañada de náuseas-vómitos y fiebre. En la exploración el abdomen continuaba blando, sin defensa ni peritonismo y doloroso a la palpación en fosa ilíaca izquierda (lado contrario a aquél en que se encuentra habitualmente el apéndice). La analítica había empeorado (leucocitosis de 16.200). El tacto rectal fue normal y no doloroso. Se optó por mantener a la paciente en observación mediante su ingreso. Tenía fiebre franca -38,7° c- durante la madrugada del 24 al 25, abdomen distendido y palpación de una dudosa masa en FII) se solicitaron ecografía y TAC abdominal, cuyos resultados pusieron de manifiesto la existencia de un proceso intraabdominal grave, que aún no se relacionó con apendicitis ni peritonitis, sino que se consideró el primer brote, con suboclusión intestinal, de una enfermedad de Crohn”*.

A tal efecto señala la Inspección sanitaria que *“cabe hacer notar que en este momento, la paciente había sido ya estudiada por facultativos de los servicios de Urgencias, Medicina interna- Digestivo (en cuya planta se la había ingresado), Cirugía General y Digestiva y Radiología, sin que los datos disponibles hicieran sospechar a ninguno de ellos que el origen del cuadro fuera una apendicitis. Así, no fue hasta el momento del acto quirúrgico cuando, al visualizar directamente el estado de la cavidad abdominal, se pudo realizar el diagnóstico de peritonitis difusa secundaria a apendicitis aguda perforada”*.

Sin embargo, dicha declaración no resulta coincidente con lo manifestado por el Jefe de Servicio de Cirugía del referido Hospital, ya que en el informe de 2 de abril de 2008 se declara que los cirujanos evaluaron

por primera vez a la reclamante el 27 de abril, fecha en la que se decidió intervenir de urgencia, ante la gravedad del cuadro que presentaba. A mayor abundamiento, tampoco resulta suficientemente explicado las razones de la nueva intervención cuatro días más tarde después de la apendicetomía practicada el 27 de abril, en la que se constata una perforación del ileón terminal por lo que se realiza una hemicolectomía derecha con anastomosis ileocólica latero-lateral e ileostomía proximal de protección, previa limpieza exhaustiva de la cavidad abdominal.

Por ello, y a pesar de que la propia reclamante no ha aportado elemento probatorio alguno que permita sustentar su reclamación, resulta de aplicación el principio de la “*facilidad de la prueba*” establecido por las sentencias del Tribunal Supremo de 25 de abril de 2007 (recurso de casación 273/03) y de 2 de noviembre de 2007 (recurso de casación 9309/03) en el ámbito de la responsabilidad de los servicios sanitarios de las administraciones públicas, en las que se atribuye a la Administración, acreditado el daño por la reclamante, el deber de dar una explicación razonable de lo sucedido. Atendiendo a dicho principio, este Consejo Consultivo considera que la explicación realizada por la Inspección (informe que se copia literalmente por la entidad aseguradora), no razona suficientemente por qué no se practicaron otras pruebas el día 20 de abril de 2005 que permitiesen realizar un diagnóstico diferencial y posteriormente, el error de diagnóstico el 24 de abril, que no fue subsanado hasta su intervención quirúrgica el 27 de abril de 2005, intervención que provocó una nueva actuación quirúrgica tan sólo cuatro días más tarde.

En el caso sometido a dictamen parece que hubo una pérdida de oportunidad de haber sido incorrectamente diagnosticada y tratada la afección del paciente, resultando de aplicación la doctrinal jurisprudencial de la llamada “*pérdida de oportunidad*”. Se desconoce si de haber diagnosticado correctamente a la enferma se hubieran podido evitar las intervenciones quirúrgicas posteriores, pero lo cierto es que desde las

primeras evidencias de síntomas de la paciente se privó a la misma de una prueba diagnóstica y un diagnóstico diferencial de las posibles enfermedades que indicaban sus síntomas y, por ende, de un tratamiento adecuado a su patología, lo que motiva la aparición de la responsabilidad de la Administración al no haber puesto todos los medios a su alcance para evitar la pérdida de oportunidad de diagnóstico y tratamiento causando un daño que no se tenía la obligación jurídica de soportar – en el mismo sentido las sentencias de la Audiencia Nacional de 14 de mayo (recurso 745/2001) y 15 de octubre de 2003 (recurso 823/2002). Por todo ello, se estima que se ha vulnerado *la lex artis ad hoc* y procede estimar la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Procede a continuación, de conformidad con el artículo 12.2 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, la valoración de los daños para su cuantificación, lo que debe hacerse por imperativo del artículo 141.3 LRJAP-PAC con relación al momento en que la lesión efectivamente se produjo, es decir, abril del año 2005. La reclamante solicita 200.000 euros sin embargo, no da razón de cuál ha sido el proceso para alcanzar dicha cantidad. Hemos de atender tanto al daño moral como al físico, a la hora de realizar una valoración la jurisprudencia se ha decantado por una valoración global –sentencias del Tribunal Supremo de 20 de octubre de 1987 (RJ 8676), 15 de abril de 1988 (RJ 3072) y 1 de diciembre de 1989 (RJ 8992)- que derive de una “*apreciación racional aunque no matemática*” – Sentencia del Tribunal Supremo de 3 de enero de 1990 (RJ 154)-, pues se carece de parámetro o módulos objetivos, debiendo ponderarse todas las circunstancias concurrentes en el caso. Por ello, se propone una indemnización por todos los conceptos, actualizada a la fecha, de 25.000 euros.

SEXTA.- La competencia para resolver el procedimiento de responsabilidad patrimonial corresponde al Consejero de Sanidad según el artículo 142.2 de la Ley 30/1992 y 55.2 de la Ley de Gobierno y

Administración de la Comunidad de Madrid 1/1983, de 13 de diciembre, cuya Orden pondrá fin a la vía administrativa según el artículo 53.1 de la misma Ley. Contra dicha orden cabrá recurso contencioso administrativo ante el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, según el artículo 10.1 j) de la Ley 29/1998, de 13 de julio, de la Jurisdicción Contencioso Administrativa.

Por todo lo expuesto el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

La reclamación de responsabilidad patrimonial debe ser estimada por concurrir los requisitos exigidos por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre y procede reconocer una indemnización, por todos los conceptos, de 25.000 euros.

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

Madrid, 10 de junio de 2009