

Dictamen nº: **663/22**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **25.10.22**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 25 de octubre de 2022, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña. por retraso en el diagnóstico de una trombosis portal en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón y en el Hospital Universitario Infanta Elena.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 23 de diciembre de 2019, la persona citada en el encabezamiento presenta en una oficina de registro municipal una reclamación de responsabilidad patrimonial en la que expone que, diagnosticada de enfermedad de Crohn desde el año 2010, fue intervenida quirúrgicamente en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón el 26 de diciembre de 2018 por presentar estenosis severa en la válvula ileocecal que conecta el intestino delgado con el grueso a nivel de íleon con el ciego, sin que en los estudios previos se hallara ningún indicio de trombosis previa portal, recibiendo alta quirúrgica el 31 de diciembre de 2018 previo TC urgente abdominopélvico para descartar complicación intraabdominal.

Prosigue su relato señalando que el 7 de enero de 2019 acudió por posible infección de la herida quirúrgica procediéndose a su desinfección y también acude a Urgencias del Hospital Universitario Infanta Elena el 21 de enero de 2019 por dolor abdominal, el 8 de febrero de 2019 acude nuevamente a Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón por un cuadro de 4 días de evolución de dolor epigástrico con molestias hipogástricas y en región lumbar bilateral y el 10 de febrero de 2019 acude al Hospital Universitario Infanta Elena con sintomatología similar a la anterior de más de 15 días de evolución y se solicita una analítica que vuelve a poner de manifiesto coagulopatía y un TAC que informa de :

“Hígado tamaño normal, de densidad algo heterogénea segmento VI. Se objetiva defecto de repleción en la totalidad de la porta, así como su rama derecha e izquierda e intrahepáticas, además de la vena mesentérica superior, así como las venas más distales a esta todo ello en relación con trombosis venosa. En hilio pulmonar se objetiva desarrollo de colaterales probablemente en relación con cavernomatosis incipiente portal. Se objetiva aumento de la vasculación a nivel periuterino, perirrectal, en hilio esplénico en relación con desarrollo de colaterales portosistémicas”.

Considera que hubo retraso en el diagnóstico de la trombosis portal y mesentérica con cavernomatosis.

Solicita una indemnización *“provisional”* de 67.268 euros.

La reclamación se acompaña de diversa documentación médica, informe médico pericial e informe de valoración del daño corporal.

SEGUNDO.- Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos, de interés para la emisión del presente Dictamen:

La paciente, de 36 años de edad en el momento de los hechos, diagnosticada de enfermedad de Crohn en el año 2010 con afectación al íleon terminal con datos de actividad inflamatoria severa y componente estenosante, con dilatación de las asas de íleon proximales, que había precisado tratamiento, previa colonoscopia y resonancia magnética, el 26 de diciembre de 2018 ingresa en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón donde se realiza ileocequectomía laparoscópica con anastomosis ileocolica latero-lateral mecánica, sin complicaciones.

El 30 de diciembre se realiza TAC abdominopélvico que descarta complicaciones relacionadas con la cirugía y sin signos de dehiscencia.

Recibe alta el 31 de diciembre de 2018 con indicación de continuar tratamiento antibiótico, profilaxis tromboembólica con clexane 40 mg cada 24 h. durante cuatro semanas, metronidazol oral durante 14 días como profilaxis de la recidiva de la enfermedad inflamatoria intestinal y colestiramina como control de las deposiciones.

El 7 de enero de 2019 acude a Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón por induración y dolor de una semana de evolución en heridas de laparoscopia, sin fiebre y sin cambios inflamatorios locales. Se evidencia a nivel de herida de extracción de pieza quirúrgica en línea media, bulto fluctuante doloroso a la palpación con escasa secreción en borde inferior, herida de flanco izquierdo abultada, fluctuante, dolorosa, con ligero eritema local. Sin otras alteraciones, se realiza lavado de la herida con suero y betadine y se realiza incisión en zonas fluctuantes de las heridas afectadas, con salida de material serohemático moderada cantidad, sin pus, sin dehiscencias de planos profundos. Se lava cavidad con suero y betadine, se cubre con gasa y apósito estéril. Con diagnóstico

principal de seroma sin sobreinfección en sitio quirúrgico, tras la cura recibe alta con indicación de acudir a diario a consulta de Enfermería de su centro de salud para continuar las curas.

El 16 de enero de 2019 acude a la primera consulta, tras la intervención, a Medicina de Aparato Digestivo del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. La paciente refiere realizar 6 y 7 deposiciones diarias y pérdida de peso. No refiere dolor abdominal aunque si ocasionales pinchazos leves. No refiere otros síntomas y se le insiste en la conveniencia de dejar de fumar. Se aumenta la dosis de colestiramina y se indica tratamiento con vedolizumab, en sustitución del metronidazol.

El 21 de enero de 2019 acude a Urgencias del Hospital Universitario Infanta Elena por dolor en epigastrio sin irradiación, tipo pinchazo, que se exacerba con la ingestión de alimentos, náuseas sin vómitos, sin fiebre. Abdomen doloroso a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio. La Rx de abdomen informa de asas intestinales no dilatadas, no edema de pared, no niveles hidroaéreos. Tras la administración de analgesia presenta mejoría importante del dolor y recibe alta a domicilio con diagnóstico de probable cólico biliar no complicado. Se instaura tratamiento.

El 25 de enero de 2019 se administra la primera dosis intravenosa de vedolizumab, en el hospital de día.

El 8 de febrero de 2019 es atendida en consulta de Medicina de Aparato Digestivo del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, sin cita previa, al referir un cuadro de 5 días de evolución de epigastralgia por el que fue vista en el Hospital Universitario Infanta Elena. La paciente refiere fumar algo más. Se revisan los análisis de sangre y heces realizados el 25 de enero en los que se objetivaba una leve alteración del perfil hepático y elevación de PCR.

La analítica de orina no presenta alteraciones y se realiza una ecografía abdominal ante la sospecha de colelitiasis.

El 10 de febrero de 2019 acude a Urgencias del Hospital Universitario Infanta Elena por la aparición de dolor en piso abdominal inferior, cólico que empeora con las deposiciones, aumento del número de deposiciones desde hace cuatro días, sin náuseas, ni vómitos. Se realiza análisis de sangre y radiografía de abdomen y tórax y se comenta el caso con Digestivo que decide ingreso en dicho servicio dada la aparición de nueva clínica compatible con brote y aumento de PCR con respecto a la analítica de hace 14 días. Ingresa con juicio clínico de dispepsia, brote de enfermedad de Crohn y se pauta corticoides, analítica y se informa a la familia.

El mismo día 10 de febrero de 2019 se realiza TAC abdominopélvico en el que se objetiva defecto de repleción en la totalidad de la porta así como en sus ramas derecha e izquierda e intrahepáticas, además de la vena mesentérica superior así como las venas más distales a esta, todo ello en relación con trombosis venosa. En el hilio pulmonar se objetiva desarrollo de colaterales probablemente en relación con cavernomatosis portal incipiente. Se objetiva aumento de la vasculatura a nivel periuterino, perirrectal, en el hilio esplénico con relación de desarrollo de colaterales portosistémicas.

Durante el ingreso se realiza rectoscopia que demuestra mucosa normal, se interconsulta al Servicio de Hematología y se inicia anticoagulación a una sola dosis al día. La paciente reconoce haber hecho profilaxis con heparina de bajo peso molecular (HBPM) sólo durante 15 días tras la cirugía y comienza tratamiento con HBPM.

A lo largo del ingreso, se logra adecuado control del dolor y tolerancia progresiva a la dieta, se pautan suplementos nutricionales

por parte de Endocrinología y ante la buena evolución clínica y estabilidad del cuadro se decide alta el 26 de febrero de 2019 con diagnóstico principal de trombosis portal extensa y enfermedad de Crohn ileocecal con patrón estenosante. Resección ileocecal reciente.

El 6 de marzo de 2019 fue atendida en consulta de Digestivo del Hospital General Universitario Gregorio Marañón donde la paciente informa del diagnóstico realizado en el Hospital Universitario Infanta Elena y comunica por primera vez que había suspendido la enoxaparina quince días después de la intervención.

En la consulta de Digestivo del Hospital Universitario Infanta Elena del día 26 de marzo de 2019 la paciente ha decidido iniciar seguimiento en este hospital. Presenta buen estado general, se solicita gastroscopia y TAC y se realiza rectoscopia. En el TC abdominal se objetiva defecto de repleción en la totalidad de la porta que es tratada con enoxaparina 100 mg en una única dosis diaria.

El 8 de mayo de 2019 acude a consulta refiriendo mejoría de los síntomas.

El 4 de septiembre de 2019 Medicina Interna informa que en la entero RMN realizada no se observan engrosamientos de la pared de asas intestinales, ni se evidencian imágenes que sugieran fistulas. Hallazgos compatibles con cavernomatosis portal, trombofilia: anticoagulantes naturales normales, pendiente las alteraciones genéticas. Evolución natural de la trombosis portal, en forma de cavernomatosis, sin alteraciones en el estudio de trombofilia. Se trata de una trombosis portal provocada, con buena evolución (mejoría de TC de mayo y cavernomatosis portal actualmente), únicamente con esplenomegalia como signo de hipertensión pulmonar.

El 30 de septiembre de 2019 Hematología suspende HBPM y la paciente recibe alta para control por Digestivo.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la paciente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y del Hospital Universitario Infanta Elena.

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81.1 de la LPAC, se ha unido al expediente un informe elaborado por el jefe de Servicio de Medicina del Aparato Digestivo del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de 30 de enero de 2020 que relata la asistencia dispensada a la reclamante desde el 26 de diciembre de 2018 que se realiza, de manera reglada y por enfermedad refractaria a tratamiento médico, una ileocequectomía laparoscópica con anastomosis ileocolica latero-lateral mecánica, hasta el 6 de marzo de 2019 que fue atendida en consultas externas de forma programada coincidiendo con la administración intravenosa de vedolizumab en el hospital de día y son informados del diagnóstico realizado en el Hospital de Valdemoro de trombosis portal extensa con signos de cavernomatosis y circulación colateral en hipogastrio y *“la paciente nos trasmite, por primera vez, que había suspendido la enoxaparina quince días después de la ileocequectomía, en lugar del mes pautado en el informe de alta”*.

También ha emitido informe el jefe de Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de 20 de febrero de 2020 que informa que la paciente diagnosticada de Enfermedad de Crohn de larga evolución fue intervenida quirúrgicamente realizándose ileocequectomía laparoscópica con anastomosis mecánica y durante el ingreso se detectó elevación de reactantes de fase agua (PCR) por lo que, según protocolo, se solicitó un TAC abdominal *“descartándose*

complicaciones postquirúrgicas (tampoco se informa de complicaciones trombóticas o cavernomatosis portal, ni otras complicaciones relacionadas". Explica el informe que con buena evolución y sin incidencias recibió alta médica el 31 de diciembre de 2018 indicándose profilaxis troboembólica con enoxaparina durante un mes, metronidazol oral durante 14 días como profilaxis de la recidiva de la enfermedad inflamatoria intestinal y colestiramina como control de las deposiciones secundario a la resección intestinal. La paciente acudió a Urgencias por dolor e inflamación de la herida quirúrgica y se realizó drenaje de seroma sin datos de sobreinfección.

Prosigue el informe señalando que "la paciente debería haber acudido a la consulta de revisión en Cirugía General al mes siguiente del alta médica (como consta en informe médico de alta}, sin embargo, por motivos que desconocemos, no acude a ninguna revisión de Cirugía General. Según consta en el historial médico realiza varias visitas médicas en el Servicio de Digestivo del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. En una revisión que realiza el día 6/03/2019, en la consulta del Dr. (...), se lee el siguiente comentario de evolución: Ingresada en el Hospital de Valdemoro el 26/2 por trombosis portal extensa con signos de cavernomatosis y circulación colateral en hipogastrio. Había suspendido la HBPM quince días después de la ileocequectomía, en lugar del mes pautado. Actualmente, en tratamiento con 100 mg de enoxaparina..."

El 30 de enero de 2020 la directora médica del Hospital Universitario Infanta Elena informa que pese a no ser objeto de reproche la asistencia sanitaria dispensada en dicho centro hospitalario, remite la historia clínica de la paciente (folios 486 a 1097).

Con fecha 5 de abril de 2021 emite informe la Inspección Sanitaria que después de fijar los antecedentes del caso y establecer las consideraciones medicas oportunas, concluye:

“1. La atención médica, a D^a(...), fue correcta y acorde a la bibliografía médica consultada, desde la intervención quirúrgica y en el seguimiento de la sintomatología posterior, si bien: 1º) con la puntualización de que una mejor anamnesis (interrogatorio) en la historia clínica podría haber evidenciado que la paciente había dejado de tomar el tratamiento anticoagulante por su cuenta, cuestión esta que englobo en mi opinión en una posible mejor práctica médica y no en un incumplimiento de la lex artis; y 2º) que considero que sí existió dicho incumplimiento de la lex artis en la falta de realización de una ecografía, en la atención a urgencias del 21 de enero de 2019, con diagnóstico de posible cólico biliar.

2. Que la realización de dicha ecografía, en esa fecha, podría haber adelantado el diagnóstico de una trombosis portal 22 días antes de la fecha en la que se hizo dicho diagnóstico, subrayando ese “podría” puesto que sólo puedo conjeturar o suponer posibilidades médicas, en este caso referidas a la posibilidad de que una técnica de imagen como la ecografía pudiera haber evidenciado la existencia de este diagnóstico de trombosis portal en ese momento, diagnóstico que la propia literatura médica califica como difícil y que suele pasar desapercibido”.

El 14 de diciembre de 2021 la jefa de Área de Responsabilidad Patrimonial solicita con carácter de urgencia el informe preceptivo del servicio afectado del Hospital Universitario Infanta Elena.

Con posterioridad, el 30 de diciembre de 2021 se incorpora al expediente el informe del jefe de Servicio de Aparato Digestivo del

Hospital Universitario Infanta Elena en el que da cuenta de la asistencia sanitaria dispensada a la paciente.

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes, la Inspección Sanitaria emite el 10 de marzo de 2022 un nuevo informe en el que pone de manifiesto que el inspector que emitió el informe anterior ya no formaba parte de la plantilla de la Subdirección General de Inspección Médica y Evaluación y revisada la documentación se ratifica en el informe inicialmente emitido.

El 25 de marzo de 2022 el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Elena informa que el manejo en el Servicio de Urgencias fue correcto en la realización de las pruebas complementarias, en las interconsultas y en los diagnósticos, actuaciones que considera fueron conformes a la *lex artis* sin que las complicaciones que padeció la paciente sean atribuibles a la actuación médica, ni al tratamiento pautado.

El 3 de mayo de 2022 la Inspección Sanitaria en una segunda ampliación del informe emitido se ratifica en las conclusiones recogidas en los informes previos.

A instancia del SERMAS, se incorpora al procedimiento un informe pericial de un especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo en el que se recoge la siguiente conclusión final: *“Los Servicio de Digestivo tanto del "Hospital Gregorio Marañón" como el "Hospital Infanta Elena" de Valdemoro aplicaron en todo momento los protocolos establecidos habituales publicados en las guías clínicas con respecto al seguimiento de la Enfermedad de Crohn que presentaba la paciente en el momento de su valoración en dichos hospitales. Es por ello que concluimos no hallamos indicios de conducta negligente ni incumplimiento del lex artis por parte del personal asistencial”*.

Instruido el procedimiento se otorga audiencia a los interesados.

El 2 de junio de 2022 el gerente del Hospital Universitario presenta alegaciones para reiterar que resulta acreditado en el expediente que la asistencia dispensada a la paciente había sido conforme a la *lex artis*.

No figura en el expediente la presentación de alegaciones por la interesada.

Finalmente, el 9 de septiembre de 2022 se ha formulado propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación patrimonial, al considerar que no concurren los presupuestos necesarios para la declaración de responsabilidad patrimonial al faltar la antijuridicidad del daño que reclama y la relación de causalidad con la Administración Sanitaria.

Figura en los folios 1.192 a 1.265 que se sigue un procedimiento ordinario en el Tribunal Superior de Justicia de Madrid tras el recurso contencioso administrativo formulado por la reclamante contra la desestimación presunta por silencio administrativo de la reclamación que nos ocupa.

CUARTO.- El consejero de Sanidad formula preceptiva consulta con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 16 de septiembre de 2022.

Ha correspondido su estudio, por reparto de asuntos, y registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 595/22, a la letrada vocal Dña. Rosario López Ródenas que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 25 de octubre de 2022.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f.a) de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada y a solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, conforme a lo dispuesto en el artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), en cuanto es la persona que recibió la asistencia sanitaria objeto de reproche.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid toda vez que la asistencia sanitaria ha sido dispensada en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, centro sanitario perteneciente a la red sanitaria pública madrileña, y en el Hospital

Universitario Infanta Elena en virtud del concierto suscrito por dicho centro con la Comunidad de Madrid.

En este punto cabe indicar, que es imputable a la Administración sanitaria la responsabilidad por el funcionamiento de los servicios públicos en el seno de las prestaciones propias del Sistema Nacional de Salud, sea cual fuere la relación jurídica que la une al personal o establecimientos que directamente prestan esos servicios, sin perjuicio de la facultad de repetición que pudiera corresponder.

En este sentido se ha manifestado esta Comisión Jurídica Asesora (Dictámenes 112/16, de 19 de mayo, 193/17, de 18 de mayo y 107/18, de 8 de marzo, entre otros muchos) asumiendo la reiterada doctrina del Tribunal Superior de Justicia de Madrid expresada, entre otras, en las sentencias de 30 de enero (recurso 1324/2004), y de 6 de julio de 2010 (recurso 201/2006). En esta misma línea se sitúa la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de las Islas Canarias (Santa Cruz de Tenerife) de 22 de mayo de 2019 (recurso 68/2019) que, tras destacar que la LPAC no recoge una previsión similar a la disposición adicional duodécima de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), considera que, en los casos en los que la asistencia sanitaria a usuarios del Sistema Nacional de Salud es prestada por entidades concertadas con la Administración (como era el caso), se trata de sujetos privados con funciones administrativas integrados en los servicios públicos sanitarios, por lo que no es posible que se les demande ante la jurisdicción civil ya que actúan en funciones de servicio público.

En lo relativo al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, que se contará, en caso de daños de carácter físico o psíquico,

desde que el hecho aconteció o desde la curación o determinación del alcance de las secuelas (artículo 67.1 de la LPAC).

En el caso sujeto a examen, la reclamante dirige sus reproches a la Administración sanitaria por la asistencia sanitaria dispensada tras la intervención quirúrgica realizada el 26 de diciembre de 2018 por lo que la reclamación presentada el 23 de diciembre de 2019 se ha formulado dentro del plazo legal, con independencia de la fecha de curación o de estabilización de las secuelas.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se han solicitado los informes del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y del Servicio de Urgencias y del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario Infanta Elena. El instructor ha solicitado informe de la Inspección Sanitaria, se ha otorgado audiencia a la interesada que no ha formulado alegaciones y al centro concertado que ha formulado alegaciones y por último, se ha formulado la correspondiente propuesta de resolución, remitida, junto con el resto del expediente, a la Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española y garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos como consecuencia del

funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada de la que es exponente la Sentencia del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2018 (recurso 5006/2016), requiere la concurrencia de varios requisitos:

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

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta.

Igualmente exige la jurisprudencia el requisito de la antijuridicidad del daño que consiste, no en que la actuación de la Administración sea contraria a derecho, sino que el particular no tenga una obligación de soportar dicho daño [así sentencias de 1 de julio de 2009 (recurso 1515/2005) y de 31 de marzo de 2014 (recurso 3021/2011)].

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio

público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de septiembre de 2017 (recurso 787/2015), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, *“en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis, que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha lex artis respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado”*.

CUARTA.- En este caso, la reclamante reprocha retraso en el diagnóstico de una trombosis portal.

Centrado así el objeto de la reclamación, vamos a analizar el reproche formulado partiendo de lo que constituye la regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019), cuando señala que *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica”*.

En este caso, la interesada ha aportado al procedimiento un informe firmado por un licenciado en Medicina y Cirugía, perito judicial en valoración del daño corporal en el que tras el relato de la asistencia sanitaria dispensada concluye que la reclamante presentaba un patrón tromboembólico analítico durante los diferentes ingresos en Urgencias y ante los síntomas que presentaba, que podían hacer sospechar una complicación intestinal, no se realizaron pruebas diagnósticas por imagen ni se realizó una anamnesis adecuada.

Por el contrario, el informe de la Inspección Médica descarta el patrón tromboembólico y no encuentra mala praxis clínica en la falta de detección de toma de anticoagulantes, sin embargo, respecto a la falta de realización de pruebas de imagen con anterioridad a la trombosis portal considera que cuando el 21 de enero de 2019 el Hospital Universitario Infanta Elena consideró que se trataba de posible cólico biliar no complicado la bibliografía recomienda la realización de una ecografía que no se hizo y que podría haber detectado la existencia de trombosis portal 22 días antes de lo que se detectó, en el contexto de abandono del tratamiento profiláctico con heparina “*clave tras la cirugía*”, sin informar a nadie.

Por su parte, el informe de la aseguradora del SERMAS califica como adecuada a la *lex artis* la asistencia sanitaria dispensada.

Ante la concurrencia de informes periciales de sentido diverso e incluso contradictorio en sus conclusiones, la valoración conjunta de la prueba pericial ha de hacerse, según las reglas de la sana crítica, con análisis de la coherencia interna, argumentación y lógica de las conclusiones a que cada uno de ellos llega.

En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de febrero de 2016 (recurso 1002/2013) manifiesta que

“las pruebas periciales no acreditan irrefutablemente un hecho, sino que expresan el juicio o convicción del perito con arreglo a los antecedentes que se le han facilitado (...)” y “no existen reglas generales preestablecidas para valorarlas, salvo la vinculación a las reglas de la sana crítica en el marco de la valoración conjunta de los medios probatorios traídos al proceso (...)”.

La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 17 de febrero de 2022 (recurso núm. 77/2019) señala que, *“en estos casos es procedente un análisis crítico de los mismos, dándose preponderancia a aquellos informes valorativos de la praxis médica que, describiendo correctamente los hechos, los datos y fuentes de la información, están revestidos de mayor imparcialidad, objetividad e independencia y cuyas afirmaciones o conclusiones vengan dotadas de una mayor explicación racional y coherencia interna, asumiendo parámetros de calidad asentados por la comunidad científica, con referencia a protocolos que sean de aplicación al caso y estadísticas médicas relacionadas con el mismo. También se acostumbra a dar preferencia a aquellos dictámenes emitidos por facultativos especialistas en la materia, o bien con mayor experiencia práctica en la misma. Y en determinados asuntos, a aquéllos elaborados por funcionarios públicos u organismos oficiales en el ejercicio de su cargo y a los emitidos por sociedades científicas que gozan de prestigio en la materia sobre la que versa el dictamen”.*

En este caso, deviene necesario precisar que los informes de los servicio implicados en el proceso asistencial de la paciente, de la Inspección Sanitaria y de la aseguradora del SERMAS son concluyentes cuando explican la dificultad de diagnóstico de una trombosis portal, que las manifestaciones clínicas en el momento del diagnóstico dependen del momento evolutivo en el que se encuentre pudiendo ocurrir que el episodio inicial pase desapercibido y la trombosis portal se diagnostique en fase crónica, puesto que un gran

porcentaje de pacientes que cursan con trombosis portal no presentan síntomas específicos que permitan realizar el diagnóstico basado en una sospecha clínica (exploración física o pruebas de laboratorio) como ocurrió en el caso de la paciente.

En cuanto a los medios para su diagnóstico, el informe pericial de la aseguradora del SERMAS apunta que la ecografía Doppler abdominal, el TAC y la RM pueden ayudar a establecer la extensión y a identificar el momento evolutivo de la trombosis, si bien, en ocasiones será imposible diferenciar si nos encontramos ante una TVP aguda o ante un fenómeno de retrombosis en un paciente con cavernomatosis portal, también denominada trombosis portal crónica, ahora bien, dicho informe, al igual que la Inspección Sanitaria y los servicios sanitarios implicados en el proceso asistencial de la paciente coinciden en destacar la predisposición de los pacientes sometidos a una cirugía abdominal de presentar eventos tromboembólicos, aunque *“raros y de difícil diagnóstico diferencial”* y recalcan la importancia de su prevención con profilaxis antitrombótica.

En este caso, a la vista de la historia clínica nos encontramos con que la paciente el 7 de enero acude a Urgencias por un seroma de herida quirúrgica que requirió curas locales, en la consulta de Digestivo del día 16 de enero no hay dolor abdominal aunque si ocasionales pinchazos leves, clínica que según el informe de la aseguradora del SERMAS es concordante con su enfermedad de Crohn y no con otras posibles complicaciones, el 21 de enero cuando acude a Urgencias del Hospital Universitario Infanta Elena la paciente presenta dolor abdominal en epigastrio tipo pinchazo que se exagera con la ingesta de alimentos se realiza exploración sin signos de irritación peritoneal, analítica y rx de abdomen y ante la clínica inespecífica y leve, con dolor que cede con analgesia y que sugiere un cólico biliar no se considera necesario realizar prueba de imagen en

ese momento sino una ecografía ambulatoria, el 8 de febrero cuando acude a Urgencias se revisan los análisis de sangre y heces y según los informes obrantes en el expediente las alteraciones de transaminasas y de coagulación eran totalmente inespecíficas para accidente tromboembólico afirmándose *“que en todo momento comprobamos que la clínica era sugestiva de una complicación referente a una reagudización de su enfermedad de Crohn y nada hacía pensar en una posible complicación tromboembólico como luego sucedió”*. Cuando el TAC informa el 11 de febrero de trombosis portal extensa con signos de cavernomatosis portal incipiente y circulación colateral en hipogastrio, la paciente reconoce haber hecho profilaxis con HBPM solo durante 15 días tras la cirugía, cuando la indicación era de un mes. Una vez diagnosticada la trombosis portal extensa, la paciente inicia tratamiento con tromboembolismo presentando una evolución favorable.

Descartado en el informe de la Inspección Sanitaria y en los informes de los servicios implicados en el proceso asistencial de la paciente, el patrón tromboembólico apuntado en el informe pericial aportado por la reclamante, resta por examinar si una prueba de imagen podría haber detectado la existencia de trombosis portal 22 días antes, que reprocha la reclamante y apunta la Inspección Sanitaria.

Al respecto el informe de la aseguradora del SERMAS explica que cuando la paciente acudió a consultas de Urgencia no existían signos clínicos ni analíticos concluyentes para decir que eran obligatorias las pruebas de imagen, que la clínica con la que acude la paciente era más acorde con reagudización de su brote de enfermedad inflamatoria intestinal que con complicaciones de tipo tromboembólico, a lo que añade que *“en el caso del TAC abdominal, recordar que no es una prueba inocua, la cual requiere una irradiación importante para su*

realización y que debe estar perfectamente justificada antes de indicarla”.

A lo anterior resta por añadir que, tanto la Inspección Sanitaria como los servicios implicados en el proceso asistencial de la paciente y el informe pericial de la aseguradora del SERMAS consideran que la complicación acontecida puede atribuirse a una no adherencia de la paciente a las recomendaciones de profilaxis dadas al alta tras la cirugía, sin que en ningún momento informara de la suspensión de la anticoagulación.

Así pues, en este caso, en una valoración conjunta de la prueba conforme a las reglas de la sana crítica, y de los datos recabados de la historia clínica, hemos de coincidir con el informe pericial de la aseguradora del SERMAS, elaborado por un especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo, por su mayor rigor argumental, complementario de las explicaciones facilitadas por la Inspección Sanitaria, y rechazar que se produjera retraso en el diagnóstico de trombosis portal, pues el informe pericial aportado por la reclamante, que además no ha sido elaborado por un especialista en la materia sino por un licenciado en medicina perito en valoración de daño corporal, carece de la necesaria fuerza de convicción exigida por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en su Sentencia de 6 de octubre de 2016 (núm. de recurso 258/2013), convicción que reside, en gran medida, en la fundamentación y coherencia interna de los informes, en la cualificación técnica de sus autores y en su independencia o lejanía respecto a los intereses de las partes.

En mérito a cuanto antecede, esta Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado vulneración de la *lex artis* en la asistencia sanitaria prestada a la interesada.

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 esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 25 de octubre de 2022

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 663/22

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid