

Dictamen nº: **249/20**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **30.06.20**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 30 de junio de 2020, 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 D., en nombre y representación de Dña., por los daños y perjuicios sufridos que atribuye al retraso de diagnóstico de una apendicitis en el Hospital Universitario Infanta Cristina.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado el 6 de marzo de 2018 el abogado mencionado en el encabezamiento, formula reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos por la persona antes citada.

El escrito de reclamación detalla que la interesada acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Cristina el 3 de agosto de 2016 aquejada de dolor abdominal. Refiere que encontrándose en Urgencias también mencionó dolor en la pierna derecha, al que no se hizo caso hasta el 5 de agosto cuando fue vista por un traumatólogo que sin embargo diagnosticó un posible pinzamiento. Añade que por fin le

realizaron pruebas el 6 de agosto con las que se alcanzó el juicio clínico de apendicitis aguda con infección y se procedió a intervenirla quirúrgicamente.

Continuando con el relato fáctico, el escrito de reclamación expone que la infección se extendió por la pierna, necrosando el muslo derecho, por lo que la interesada tuvo que someterse a varias intervenciones hasta el 15 de agosto, fecha en la que se apreció la presencia de un trombo y la reclamante fue remitida al Hospital Universitario de Getafe, donde fue operada de urgencia. Detalla que, tras varias intervenciones, el 4 de enero de 2017 le tuvieron que amputar el pie derecho. Con posterioridad presentó una úlcera en el muñón y sacra, que precisó desbridamiento y colgajos, así como posterior rehabilitación en el Hospital Virgen de la Poveda y tratamiento por el Servicio de Cirugía Plástica y de Traumatología del Hospital Universitario de Getafe.

El escrito de reclamación refiere que la interesada recibió el alta hospitalaria en junio de 2017 pendiente de curas en casa y rehabilitación en el Hospital Universitario Infanta Cristina, precisando posteriormente nuevos ingresos hospitalarios, en agosto y septiembre.

Por lo expuesto, se reprocha que se ha producido error y retraso diagnóstico, falta de agotamiento de las medidas al alcance de los servicios sanitarios y falta de información y consentimiento.

Por último, el escrito de reclamación señala que aún no se puede determinar el importe de la indemnización solicitada al estar pendiente del alta definitiva y de la elaboración de un informe pericial.

El escrito de reclamación no se acompaña con documentación si bien consta en el procedimiento que, a requerimiento del instructor del expediente, el abogado firmante del escrito de reclamación aportó el poder otorgado a su favor por la interesada.

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

La reclamante, de 56 años en la fecha de los hechos, con antecedentes personales de miomectomía en 2008; resección de tumor vesical por neoplasia maligna de vejiga en 2013; cistectomía radical laparoscópica en 2014 por carcinoma vesical infiltrante y suboclusión intestinal en 2015, acudió a Urgencias del Hospital Universitario Infanta Cristina el 3 de agosto de 2016, presentando dolor abdominal y sensación de distensión acompañado de náuseas y vómitos, con intolerancia digestiva, de 4 días de evolución. En la exploración física se encontraba consciente, con buen estado general, eupneica y afebril. El abdomen estaba distendido, depresible, doloroso a la palpación profunda generalizada, de predominio en fosa ilíaca derecha. Blumberg (-), Murphy (-), puñopercusión renal (-) sin edemas en miembros inferiores ni signos de trombosis venosa profunda.

Se realizó analítica, con elevación de reactantes de fase aguda y radiografía simple de abdomen en la que se apreció distensión de asas de intestino delgado. El juicio diagnóstico fue de suboclusión intestinal en paciente con cistectomía radical. La reclamante fue revisada por el Servicio de Cirugía General y quedó ingresada a cargo de dicho servicio.

Se solicitó TAC de abdomen, que se realizó el 4 de agosto en el que se apreció dilatación generalizada de asas de intestino delgado y grueso. Cortes axiales a largo de abdomen tras administración de contraste intravenoso, en fase venosa portal. Dilatación generalizada de asas de intestino delgado y grueso, identificando un posible cambio de calibre a nivel de asa intestinal de íleon distal, que probablemente fuera secundario la presencia de bridas, dados los antecedentes quirúrgicos de la paciente. No se apreció líquido libre intraabdominal de cuantía significativa ni neumoperitoneo. Lesiones focales hipodensas hepáticas, sugerentes de

quistes. Lesión hipodensa focal en polo inferior esplénico sugerente de quiste. Colelitiasis.

Con el diagnóstico de suboclusión intestinal en probable relación con adherencias postquirúrgicas dados sus antecedentes, sin datos de complicación aguda, se instauraron medidas conservadoras, con sonda nasogástrica, reposo digestivo y sueroterapia. También se inició tratamiento antibiótico empírico por vía parenteral (amoxicilina/clavulánico).

El 4 de agosto la reclamante presentaba buen estado general, abdomen blando, distendido con dolor leve y habiendo realizado deposición escasa. En la analítica no había cambios respecto a la extraída en Urgencias. Se decidió administrar gastrografín por sonda nasogástrica para realizar radiografía de abdomen en la que se evidenció paso del contraste a marco cólico. Se mantuvo actitud conservadora.

El 5 de agosto la reclamante se encontraba afebril con escaso débito de aspecto bilio-gástrico. La paciente refirió encontrarse mejor con menos distensión abdominal. Se procedió a pinzar sonda nasogástrica.

Al día siguiente la paciente estaba afebril y no presentaba náuseas ni vómitos. Se quejaba de dolor en raíz del muslo derecho que venía desde la ingle, con impotencia funcional. En la exploración física el abdomen estaba blando y depresible con dolor a la palpación en la fosa iliaca derecha menor que en días previos, sin apreciarse hernia inguinal. También había dolor a la palpación en la raíz del muslo, cara anterior, con Lassegue negativo y dolor con la flexión de la cadera sin dolor en abducción ni aducción y flexo-extensión de la rodilla normal.

Se realizó analítica completa, que mostró leucocitosis en aumento, la Proteína C reactiva (PCR) se mantenía elevada y deterioro progresivo de la coagulación, y radiografía de abdomen de control, con resultados similares

a las previas con dilatación de asas de intestino delgado y gas en colon. Se decidió aumentar cobertura antibiótica.

En la tarde del 6 de agosto se avisó al médico de guardia por dolor intenso en la región inguinal derecha irradiado a la cara anterior del muslo, que producía impotencia funcional para la flexión de la cadera.

A la exploración, el abdomen había mejorado la distensión, aunque la reclamante no había tenido tránsito ni peritonismo. No se palpaban hernias en región inguino-crural. Se observó discreto aumento de volumen en el muslo derecho, sin edemas distales ni signos de trombosis venosa profunda. Bien perfundido. Pulsos distales presentes y simétricos sin frialdad.

Se solicitó TAC abdómino-pélvico de control para descartar complicación intraabdominal a nivel pélvico concluyéndose en la presencia de extenso absceso de fosa iliaca derecha con muy probable origen en apendicitis aguda evolucionada con extensión del proceso inflamatorio – infeccioso a compartimento de psoas- iliaco y raíz del muslo. Se amplió el estudio con TAC de miembros inferiores en el que se apreció extensión de proceso infeccioso de pelvis a miembro inferior derecho disecando planos musculares hasta región supracondílea.

Se informó a la reclamante y a su familia del probable diagnóstico y de la necesidad de cirugía urgente, así como de la necesidad de drenar la infección en el muslo. La interesada firmó el consentimiento informado para la intervención (folio 85 del expediente).

Ese mismo día, 6 de agosto, bajo anestesia general y profilaxis antibiótica se llevó a cabo la intervención por el Servicio de Cirugía y el de Traumatología. Se objetivó abundante material purulento de gran colección alojada en fosa iliaca derecha que bajaba hacia pelvis, así como apendicitis aguda gangrenosa con pared desestructurada y perforación en

varios puntos. Se realizó apendicectomía y lavado abundante de cavidad del absceso. Por parte del Servicio de Traumatología se observó secreción maloliente con crepitación a nivel de músculo vasto interno. Se realizó lavado y colocación de drenajes.

Tras la cirugía la interesada ingresó en la UCI ampliándose la cobertura antibiótica. Se remitieron las muestras a Anatomía Patológica que informó de apendicitis aguda flemonosa con signos de perforación.

La evolución en la UCI mostró el día 8 de agosto abdomen blando con dolor difuso a la palpación. Sin anemia significativa. Herida quirúrgica con buen aspecto. Buen control de tensión arterial sin necesidad de drogas vasoactivas. La respiración sin incidencias. Estaba afebril con leucocitos y PCR en descenso. Discreta coagulopatía y sin trombopenia. Función renal normal.

El 9 de agosto se realizó TAC abdominopélvico y de miembros inferiores que mostró cambios postquirúrgicos a nivel abdominal con dilatación generalizada de asas intestinales. Mejoría en los hallazgos visibles en extremidad inferior derecha con respecto al TAC del 6 de agosto con persistencia, aunque con disminución significativa del número de burbujas aéreas sin observarse colecciones conformadas.

La interesada presentó buena evolución con mejoría clínica, diuresis adecuada y sin inestabilidad hemodinámica por lo que el día 10 de agosto pasó a planta de hospitalización. En la noche del 10 de agosto la reclamante presentó disnea brusca. A la mañana siguiente se encontraba taquipneica con trabajo respiratorio y en la auscultación pulmonar se apreciaron crepitantes en ambos campos pulmonares. Las extremidades inferiores presentaban leves edemas bimaleolares. En la analítica se observó descenso de hemoglobina y de la actividad de la protombina. Se realizó electrocardiograma, radiografía de tórax y ecografía, tras lo cual se decide reingreso en la UCI por insuficiencia respiratoria y se amplió la cobertura antibiótica.

El 12 de agosto se acordó mantener perfusión de furosemida, aporte de iones y control analítico. Desde el punto de vista respiratorio se mantuvieron las gafas nasales y apoyo con ventilación no invasiva según necesidades.

Al día siguiente la reclamante fue valorada por el Servicio de Traumatología que no apreció empastamiento y sí mejoría de edema superficial en la zona glútea declive y lateral; pero persistencia de drenaje seroso leve por orificio de drenaje distal y más abundante y purulento por orificio proximal, por lo que se pautó TAC para el día siguiente.

El TAC realizado el 14 de agosto mostró marcado empeoramiento radiológico con respecto al TAC del día 9 con franca asimetría entre los haces musculares de ambas extremidades inferiores con pérdida de los planos grasos de separación y pequeñas colecciones intra e interfasciculares que afectaban desde la región inguinal hasta tercio medio del muslo principalmente en las estructuras musculares de la porción anteromedial. Imagen compatible con eventración del íleon a nivel de las suturas de la región de la fosa ilíaca derecha. Extensa ocupación alveolar compatible con proceso inflamatorio versus edema con engrosamiento septal asociado.

Dados los hallazgos radiológicos pulmonares, con la insuficiencia respiratoria hipoxémica sin mejoría desde el ingreso con progresión de los infiltrados, se decidió intubación orotraqueal y se cambió cobertura antibiótica.

La reclamante fue examinada por el Servicio de Traumatología y de Cirugía General y Digestiva, que decidieron revisión en quirófano. Se informó a la familia. En la cirugía realizada bajo anestesia general se halló evisceración completa de la herida. Se realizaron lavados abundantes con suero fisiológico y betadine. Se intentó disecar planos aponeuróticos sanos, para cerrar nuevamente la herida, pero apenas cedió en el lado

externo por proximidad a pala iliaca y fragilidad de los tejidos. Por parte de Traumatología se apreciaron colecciones múltiples seropurulentas "*achocolatadas*". Se realizó limpieza.

El 15 de agosto se realiza reintervención urgente por fascitis necrotizante del muslo derecho. Ante la sospecha de isquemia arterial aguda, se informó al Servicio de Cirugía Vascular del Hospital Universitario de Getafe que aceptó el traslado para valoración y actitud terapéutica correspondiente. Se informó a la familia y se acordó el traslado.

El 15 de agosto, la reclamante ingresó en el Hospital Universitario de Getafe, por sospecha de isquemia aguda de miembro derecho, para tratamiento quirúrgico urgente. Bajo anestesia general, se realizó trombectomía de miembro inferior derecho. Desde esta cirugía la interesada desarrolló una pérdida de sustancia a nivel del muslo derecho por lo que el Servicio de Cirugía Plástica realizó diversas intervenciones de desbridamiento del tejido muscular y cutáneo necrosado en el muslo derecho; cobertura de vasos femorales derechos con colgajo miocutáneo pediculado y desbridamiento de úlcera sacra y cobertura con colgajos, entre otras.

El 4 de enero de 2017, con el diagnóstico de isquemia irreversible se llevó a cabo la amputación infracondílea del miembro inferior derecho.

La reclamante permaneció en la UCI hasta el 7 de febrero de 2017, cuando, durante la estancia en planta, se llevó a cabo por parte del Servicio de Cirugía Plástica desbridamiento de úlcera dolorosa en muñón de amputación derecho, úlceras trocántereas, úlcera sacra y úlcera de rodilla derecha.

El 5 de mayo de 2017 fue trasladada al Hospital Virgen de la Poveda para la recuperación funcional donde permaneció hasta el 19 de mayo.

Constan diversas hospitalizaciones posteriores en el año 2017. En marzo de 2018, el Servicio de Traumatología del Hospital Universitario de Getafe apreció rigidez de muñón y pautó valorar por la Unidad de Artroscopia la amputación supracondílea.

En el año 2019 se constató infección del muñón de amputación, realizándose en el mes de abril intervención programada de extirpación de trayecto fistuloso en el muñón de la pierna derecha, subiendo el nivel de la amputación.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del procedimiento de responsabilidad patrimonial de acuerdo con la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la reclamante del Hospital Universitario Infanta Cristina, del Hospital Universitario de Getafe y del Hospital Virgen de la Poveda (folios 56 a 392 del expediente).

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 LPAC, se ha incorporado al expediente el informe firmado conjuntamente por el jefe del Servicio de Cirugía General y Digestivo, por el jefe del Servicio de Traumatología, por el jefe de la Sección de la UCI y por el coordinador de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Cristina en el que se realiza un extenso análisis de la asistencia sanitaria dispensada a la reclamante y, tras realizar la correspondiente discusión crítica sobre la fascitis necrotizante, señala a modo de conclusiones que se trata de un caso realmente infrecuente e imprevisible, apenas descrito en la literatura médica por su extrañeza. El surgimiento de estas patologías es tan poco frecuente y de una evolución tan explosiva que deja muy poco margen de reacción al cuadro médico para abordarlo. Sólo se conocen documentados 14 casos a nivel mundial y la mortalidad asociada es de un 25% a un

75%. Añade que pese a la dificultad, o precisamente por ella, los servicios médicos del Hospital Universitario Infanta Cristina colaboraron estrechamente para tratar a la paciente con un control exhaustivo de su evolución, llegando a realizar 4 TACs y 3 intervenciones quirúrgicas de control y lavado en apenas 12 días y, en el momento en que se observó afectación vascular, tuvo que ser derivada al Hospital Universitario de Getafe, donde se continúa su tratamiento logrando mantener a la paciente con vida y procediendo a la amputación del miembro afectado. Subraya que, pese a la grandísima dificultad para el diagnóstico y tratamiento de la patología, gracias al gran trabajo y colaboración de cuatro servicios médicos, se logró un resultado altamente satisfactorio: evitar el fallecimiento de la paciente pese a la gravedad de su evolución inesperable, infrecuente, imprevisible y altamente mortal.

Posteriormente emitió informe la Inspección Sanitaria que tras analizar la historia clínica de la reclamante y los informes médicos emitidos en el curso del procedimiento, así como realizar las consideraciones médicas oportunas concluyó que del estudio de la documentación clínica disponible, así como de la bibliografía médica consultada y del resto de documentación recibida se colige que la actuación de los servicios de Urgencias, Cirugía General, Traumatología y UCI, del Hospital Universitario Infanta Cristina, fue acorde a una práctica clínica correcta de acuerdo a los signos y síntomas que presentó la paciente así como que constan, en la historia Clínica de la reclamante, menciones a información tanto a ella como a sus familiares, respecto de la evolución de su proceso y las opciones terapéuticas necesarias y apropiadas.

Consta en los folios 425 y siguientes nueva documentación médica aportada por la reclamante.

Tras la incorporación al procedimiento de los informes evacuados y de la historia clínica de la interesada, se confirió el oportuno trámite de

audiencia a la reclamante. No consta en el expediente que se formularan alegaciones en el trámite conferido al efecto.

Finalmente se formuló la propuesta de resolución en la que se acordó desestimar la reclamación presentada al considerar que la asistencia sanitaria prestada fue correcta y ajustada a la *lex artis*.

CUARTO.- El día 9 junio de 2020 tuvo entrada en esta Comisión Jurídica Asesora la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada contra la Comunidad de Madrid.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada con el nº 245/20, a la letrada vocal Dña. Ana Sofía Sánchez San Millán, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 30 de junio de 2020.

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 por 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 la interesada, según consta en los antecedentes, se regula en la LPAC, al haberse iniciado con posterioridad a la entrada en vigor de dicha norma.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al haber recibido la atención sanitaria objeto de reproche, 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). Actúa debidamente representada por un abogado, habiendo quedado acreditado en el expediente el poder de representación que ostenta el firmante del escrito de reclamación.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por el personal médico del Hospital Universitario Infanta Cristina, centro hospitalario integrado dentro de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

El plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año, contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (cfr. artículo 67.1 de la LPAC). En el caso sujeto a examen, la interesada reclama por un retraso de diagnóstico de la apendicitis que padecía al que imputa la amputación que sufrió en su miembro inferior derecho, lo que según la historia clínica examinada tuvo lugar el día 4 de enero de 2017. Con posterioridad tuvo que permanecer ingresada en un centro hospitalario para la recuperación funcional y consta que en marzo de 2018 se planteó ampliar la amputación a nivel supracondíleo, lo que se realizó en el mes abril de 2019, por lo que debe reputarse formulada en plazo la reclamación presentada el día 6 de marzo de 2018.

En cuanto al procedimiento seguido en la tramitación de la

reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC se ha emitido informe conjuntamente por el jefe del Servicio de Cirugía General y Digestivo, por el jefe del Servicio de Traumatología, por el jefe de la Sección de la UCI y por el coordinador de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Cristina. Consta la historia clínica de la reclamante del mencionado hospital, así como del Hospital Universitario de Getafe y del Hospital Virgen de la Poveda. También se ha incorporado al procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen. Asimismo, se ha conferido trámite de audiencia a la reclamante y se ha redactado la propuesta de resolución, remitida junto con el resto del expediente a esta Comisión Jurídica Asesora para su dictamen preceptivo.

En suma de lo anterior cabe concluir que el procedimiento se ha tramitado de forma completa sin que se haya omitido ningún trámite que resulte esencial para resolver.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española, que 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. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere conforme a lo establecido en el artículo 32 de la LRJSP:

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. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que *“es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo , 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996 , 16 de noviembre de 1998 , 20 de febrero , 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)”*.

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. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”*.

CUARTA.- Como se ha visto en los antecedentes de hecho, la reclamante denuncia que hubo un retraso en el diagnóstico de la apendicitis que padecía y de la complicación que sufrió en su pierna

derecha, sobre la que dice haber alertado en la primera asistencia al Servicio de Urgencias el día 3 de agosto de 2016, pero que no fue tomada en cuenta hasta el 6 de agosto, fecha en la que tuvo que someterse a una intervención quirúrgica urgente por una apendicitis aguda con infección. Subraya que como consecuencia de ese retraso ha sufrido una amputación en el miembro inferior derecho y un proceso muy doloroso con múltiples intervenciones quirúrgicas. Además, alega de modo genérico que, en su caso, se ha producido una falta de información y consentimiento.

En este caso, de acuerdo con las alegaciones efectuadas por la reclamante, lo relevante a la hora de enjuiciar la responsabilidad patrimonial es si se produjo la omisión de medios denunciada, pues como hemos señalado reiteradamente en nuestros dictámenes, en la medicina curativa nos encontramos ante obligaciones de medios y no de resultado, de tal forma que se cumple la *lex artis* cuando se utilizan todos los medios (de diagnóstico, de tratamiento, etc.) de los que se dispone. También hemos dicho con frecuencia que esta obligación de medios debe entenderse ceñida al contexto del momento y las circunstancias en que se efectúa la asistencia, es decir, a los síntomas que presenta el paciente y a las probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología. En este sentido, con cita de la jurisprudencia, hemos recordado que lo que procede es un empleo de medios ordinarios y diligencia para cerciorarse de los diagnósticos que se sospechen, sin que se pueda cuestionar el diagnóstico inicial por la evolución posterior de los acontecimientos.

Así las cosas, procede analizar los reproches de la reclamante hacia la actuación del Hospital Universitario Infanta Cristina, que es el centro hospitalario contra el que dirige su reclamación, partiendo de lo que constituye regla general, esto es, que la carga de la prueba en los procedimientos de responsabilidad patrimonial corresponde a quien reclama sin perjuicio de que se pueda modular dicha carga en virtud del

principio de facilidad probatoria. En este sentido se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 12 de noviembre de 2018 (recurso 309/2017), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, como añade la citada sentencia, *“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 el caso examinado, consta en la historia clínica que el día 3 de agosto de 2016 la interesada fue atendida en Urgencias del Hospital Universitario Infanta Cristina por un cuadro de dolor abdominal y distensión gástrica, acompañado de náuseas y vómitos, así como ausencia de tránsito. No hay constancia de que adujera dolor en la pierna derecha como afirma en su escrito de reclamación. Se realizó analítica que mostró cifras normales de leucocitos, ausencia de fiebre, y tan solo cifra de PCR aumentada. La Rx simple de abdomen realizada mostró imagen compatible con suboclusión intestinal en paciente con cirugía abdominal previa y cuadro, el año anterior, también de suboclusión intestinal. La reclamante ingresó a cargo del Servicio de Cirugía General y Digestivo que el día 4 de agosto realizó un TAC que confirmó una imagen compatible con el cuadro de suboclusión intestinal probablemente secundario a la presencia de bridas por la cirugía abdominal previa. Se instauró sonda nasogástrica, reposición hidroelectrolítica y cobertura con antibióticos. Tal y como señala el informe de los servicios implicados en el proceso asistencial de la reclamante, en ese momento no había ninguna sospecha de proceso inflamatorio agudo que pudiera prever la evolución posterior de la paciente.

Según consta en la historia clínica, en base a la elevación de la PCR y a pesar de la ausencia de datos de complicación en el TAC, los servicios médicos decidieron comenzar tratamiento antibiótico empírico, con una evolución posterior de la reclamante favorable, afebril, con sonda nasogástrica con escaso débito y menor distensión abdominal. En

palabras de la Inspección Sanitaria, hasta ese momento, el cuadro no sugiere diagnóstico de apendicitis aguda, sino que los datos clínicos (poco expresivos) y el apoyo de pruebas de imagen, son compatibles con una suboclusión intestinal.

La historia clínica revela que no es hasta el día 6 de agosto cuando la interesada refiere dolor en la raíz de muslo derecho desde la ingle, con impotencia funcional. Según el informe de los servicios implicados en el proceso asistencial de la reclamante, en la fecha citada aparece un nuevo hallazgo, como es la aparición de dolor en raíz de muslo derecho, así como dolor a la flexión de la cadera, lo que supuso una modificación de la sintomatología de la clínica previa, por lo que se realizó control analítico y repetición de TAC de abdomen y miembro inferior, objetivándose una clara modificación de las condiciones con respecto al TAC realizado el 4 de agosto, en el que no constaba ningún dato ni indicio que pudiera hacer sospechar la existencia de apendicitis ni peritonitis. Al apreciarse en el TAC de 6 de agosto un extenso absceso de fosa iliaca derecha con muy probable origen en apendicitis aguda evolucionada con extensión del proceso inflamatorio-infeccioso a compartimento de psoas-iliaco y raíz de muslo, se decidió cirugía urgente, que es la medida apropiada, en palabras de la Inspección Sanitaria.

La evolución posterior que muestra la historia clínica es muy desfavorable hacia una isquemia arterial aguda, que precisó diversas intervenciones de trombectomía y desbridamiento y que finalmente terminó en amputación por isquemia irreversible y gangrena, si bien, según se infiere de los informes médicos que obran en el expediente, dicha evolución no tuvo por causa un supuesto déficit asistencial en la atención a la interesada, sino que tuvo su razón de ser en el cuadro clínico de extrema gravedad que presentaba.

En este sentido, cabe destacar que el criterio expuesto en el informe de los servicios médicos implicados en el proceso asistencial de la

reclamante, resulta corroborado por la Inspección Sanitaria que explica en su informe que la fascitis necrotizante secundaria a apendicitis perforada es una entidad poco frecuente, con muy pocos casos descritos en la literatura médica y datos elevados de mortalidad global (20-75%) debido a complicaciones sépticas, y tasas de amputación de entre un 10-46% y que precisa un abordaje multidisciplinar, con atención a la cavidad abdominal así como apertura, lavado y desbridamiento de tejidos afectados, precisándose con frecuencia de varias revisiones quirúrgicas. Subraya que, en este caso, ya desde un primer momento, consta la atención a la reclamante, en conjunto, por los Servicios de Cirugía General, Traumatología y UCI, todo ello dentro de un cuadro súbito y explosivo con altas tasas de mortalidad y complicaciones. Se hicieron diversos TACs e intervenciones quirúrgicas en apenas 12 días, con un resultado satisfactorio por cuanto se evitó el fallecimiento de la reclamante pese a la gravedad de su situación clínica.

Por tanto, en este caso, a pesar de la desafortunada evolución del proceso de la reclamante, cabe rechazar, en base a los informes médicos que obran en el expediente, que se produjera la omisión de medios denunciada y el retraso diagnóstico reprochado, pues como explica la Inspección Sanitaria, a nivel evolutivo, desde la primera asistencia de la interesada en Urgencias, el cuadro clínico (y las pruebas de imagen solicitadas y los antecedentes de la propia paciente) presentado era compatible con adherencias que estaban causando una situación de obstrucción intestinal, sin que hubiera una sospecha fundamentada de otro tipo de cuadro que precisara tratamiento quirúrgico urgente, tal y como es una apendicitis perforada (no había fiebre, ni signos de peritonismo, ni leucocitosis), aunque finalmente fuera una apendicitis de localización posterior y perforada, en su evolución, la que estuviera causando ese proceso de obstrucción y posterior infección extendida (situación clínica infrecuente y que se encuentra raramente publicada en la literatura quirúrgica). Subraya que, en medicina, la actitud no puede ser otra que la de atender a los signos y síntomas y, de acuerdo a ellos,

tomar la actitud diagnóstica y terapéutica que exige la ciencia médica, algo que considera que sí se realizó en el presente caso.

En este sentido cabe recordar que no deben enjuiciarse las actuaciones médicas *ex post facto*, sino *ex ante*, dados los síntomas y la clínica que presente el paciente en cada momento, lo que conecta con la doctrina sobre la “*prohibición de regreso*” en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración, de la que nos hemos hecho eco en nuestros dictámenes, sirva como ejemplo nuestro Dictamen 416/18, de 20 de septiembre y los que en él se citan, con apoyo en la doctrina jurisprudencial del Tribunal Supremo puesta de manifiesto, entre otras, en la Sentencia de 11 de julio de 2017 (Recurso de Casación para la unificación de doctrina nº 1406/2015), que:

“... impide sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, sólo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente, ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias concurrentes en el momento en que tuvieron lugar; en definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada valorando si conforme a los síntomas del paciente se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido, pues, que a partir del diagnóstico final se considere las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban”.

Por último, respecto a la falta de información y consentimiento que invoca de manera genérica la reclamante, sin mayor concreción, resulta desmentida por la historia clínica examinada que muestra, en palabras de la Inspección Sanitaria, menciones a información tanto a la interesada como a sus familiares, respecto de la evolución de su proceso y las opciones terapéuticas necesarias y apropiadas. Además, consta que el 6 de agosto de 2016 la interesada firmó el documento de consentimiento

informado para cirugía de urgencia en el que figura como diagnóstico probable el de apendicitis aguda perforada con absceso pélvico y en psoas ilíaco, con fascitis de muslo derecho, el procedimiento quirúrgico que se va a realizar, la ausencia de alternativas y los riesgos, entre los que figuran, infección, flebitis, dehiscencia de la laparotomía, sangrado o infección intraabdominal y que pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y pueden producir la muerte. Respecto a las reintervenciones urgentes que se realizaron posteriormente (14 y 15 de agosto) consta documentada la información a la familia, dado que la reclamante se encontraba intubada, lo que resulta conforme con lo dispuesto en el artículo 9.2 b) de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que permite a los facultativos llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no sea posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

En definitiva, a la luz de los informes incorporados al procedimiento, en particular el informe de la Inspección Sanitaria, no es posible concluir que se haya producido la omisión de medios y el retraso diagnóstico denunciados por la interesada, pues si bien es cierto que no resulta controvertido que la paciente sufrió graves complicaciones que culminaron en una amputación del miembro inferior derecho, no puede concluirse que ello sea consecuencia de una mala praxis en la atención dispensada a la reclamante. De igual modo, a la luz de la historia clínica examinada, cabe concluir que no ha quedado acreditada la falta de información y consentimiento aducida por la interesada.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación al no haber acreditado la existencia de mala praxis en la atención dispensada a la reclamante, ni la falta de información alegada.

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 30 de junio de 2020

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 249/20

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid