

Dictamen nº: **545/21**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **26.10.21**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 26 de octubre de 2021, 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 adelante “*el reclamante*”), por la asistencia sanitaria que le fue dispensada el 4 de octubre de 2014, en el Hospital El Escorial.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado el día 25 de noviembre de 2019, en el registro auxiliar de la Comunidad de Madrid en Valdemorillo, el interesado formula reclamación de responsabilidad patrimonial por ciertos daños y perjuicios, que atribuye al retraso en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad que padece, *Entamoeba histolytica*, pues considera tuvo su presentación inicial el día 4 de octubre de 2014 y de haberla detectado hubiera evitado su progresión (“*si me hubieran diagnosticado correctamente en su momento, es decir antes de padecer la primera crisis convulsiva y las pérdida de conciencia, no hubiera sufrido los infartos cerebrales y no padecería grandes secuelas, tan simple como*

hacer un TAC cerebral que hubiera evidenciado las secuelas que padezco, consecuencia inevitable del error diagnóstico de mi enfermedad.” -sic-).

Relata que el día 4 de octubre de 2014 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital El Escorial con un fuerte dolor de cabeza, sensación de mareo y náuseas. Añade que también “*cambiaba una palabra por otra, sin sentido*” y presentaba pérdida de conciencia. Pese a lo expuesto, explica que recibió el alta con el diagnóstico de cefalea y la prescripción de un antinflamatorio, si continuaba con el dolor.

Manifiesta que, nada más llegar a casa perdió la conciencia y empezó a tener convulsiones, por lo que fue atendido por el SUMMA 112, que le trasladó al Hospital Universitario Puerta de Hierro, donde estuvo ingresado entre los días 5 y el 31 de octubre del mismo año, sufriendo entre tanto diversos infartos cerebrales y estando ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos hasta el 13 de octubre, fecha en que se le trasladó a planta, portando un catéter hepático.

Señala que, después de esa asistencia, fue diagnosticado de absceso hepático voluminoso por *Entamoeba histolytica*, sufriendo embolias sépticas múltiples, bihemisféricas, en contexto de Shunt derecha-izquierda, epilepsia secundaria en el contexto de cerebritis en lóbulo temporal izquierdo y leve trastorno de la memoria.

Refiere que tuvo recaídas posteriores y empeoramientos de su estado de salud, que propiciaron que tuviera que acudir nuevamente a las Urgencias del Hospital Universitario Puerta de Hierro, en fechas 19, 24, 26 y 28 de diciembre de 2014, quedando la última vez ingresado hasta el día 9 de enero de 2015.

Finalmente, manifiesta que en el momento actual continúa padeciendo crisis epilépticas con frecuencia, no tiene fluidez al hablar, no puede comunicarse con normalidad, carece de memoria a corto plazo y que sufre depresión, ansiedad y estrés (“*a veces divago y vienen a mí*

cabeza pensamientos delirantes de suicidio, siento que tendría que haber muerto con todo esto, que sería todo mejor, no tengo fuerza para enfrentarme al mundo ni ganas de salir o hablar con otra gente, ni siquiera con amigos de toda la vida, porque no puedo comunicarme con ellos. Tengo treinta años y no tengo vida"- sic-).

Por todo lo expuesto, dadas las secuelas que presenta y su imposibilidad para trabajar, que atribuye a supuestas deficiencias de la asistencia inicial, reclama una indemnización de daños y perjuicios, cuya cuantía no concreta.

Junto con su reclamación, aporta cierta documentación médica, así como la copia de su DNI.

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

El paciente, nacido el 24 de octubre de 1988, del que consta como antecedentes médicos ser consumidor de cocaína, cannabis, drogas por vía parenteral y éxtasis, acudió a las Urgencias del Hospital El Escorial el día 4 de octubre de 2014, solicitando atención médica y refiriendo cefalea de 4 días de evolución, con un vómito ocasional, sin otra sintomatología. En esa atención se le realizó exploración física en la que destacaba su buen estado general, encontrándose consciente, orientado, sin signos meníngeos, ni focalidad neurológica y con constantes vitales normales.

A la vista de todo ello, se le administró tratamiento consistente en antiinflamatorio intramuscular, oxigenoterapia y, según consta en el correspondiente informe, se apreció la remisión de los síntomas. En ese mismo informe consta que se le diagnosticó cefalea y se prescribió al reclamante antiinflamatorio oral, explicándole los signos de alarma a tomar en consideración, que efectuara el adecuado control a través de

su médico de Atención Primaria y que, si empeoraba, debía regresar a Urgencias.

El 5 de octubre de 2014, acudió a Urgencias del Hospital Puerta de Hierro, trasladado desde su casa por el SUMMA 112, que también le atendió allí, reflejando el informe clínico correspondiente que, según refirió la familia a las 06.23 horas le encontraron tirado en el suelo con movimientos clónicos generalizados y sin recuperar conciencia presentó un cuadro tónico/clónico generalizado. Por su parte, según reflejó el SUMMA: *“a nuestra llegada retroversión ocular, no respondiendo a estímulos dolorosos, sin respuesta verbal ni motora. A los 5 min. recupera conciencia con un cuadro de confusional y agitación psicomotriz, precisando de midazolam, con 15 mg. Se controla el cuadro...”*.

Según se refleja en la historia, el paciente, de 25 años de edad en ese momento, indicó en la anamnesis que había llegado dos días antes a Madrid, después de haber estado en Ibiza, indicando que había consumido cocaína, cannabis y éxtasis, según también quedó constatado en su analítica que reflejó tóxicos en orina, siendo positivo para benzodiazepinas, cocaína, THC y opiáceos. En su historia también consta que había vivido recientemente 9 meses en la India.

Tras la evidencia de haber sufrido crisis tónico-clónicas generalizadas y de tipo convulsivo -presentó dos crisis tónico -clónicas con Glasgow a su llegada de 11-; el paciente quedó ingresado en la UCI, con la sospecha de encefalitis herpética/meningitis linfocitaria, pautándose tratamiento con Aciclovir y profilaxis anticonvulsiva.

El día 7 de octubre de 2014, fue visto por el Servicio de Neurología, que solicitó TAC toracoabdominal detectando un absceso hepático voluminoso. El ecocardiograma trasesofágico reflejó el ventrículo izquierdo y el derecho normales, sin descartar pequeño trombo, sin derrame. En virtud de todo ello se decidió mantener antibioterapia de cobertura y colocar un catéter para el drenaje del absceso hepático.

El día 8 de octubre de 2014, se confirma positividad de PCR en el líquido del quiste hepático para *Entamoeba histolytica*, siendo diagnosticado de absceso hepático por *Entamoeba histolytica*, con absceso cerebral temporal izquierdo asociado a lesiones isquémicas corticocorticales sugestivas de émbolos sépticos. Se inició tratamiento con antibióticos, con notable mejoría, estando ingresado desde el día 5 al 31 de octubre de 2014.

El 24 de diciembre de 2014 acudió nuevamente a Urgencias por fiebre de 38°. Como el día anterior había sido visto por prostatitis, por lo que, le pautaron tratamiento antibiótico sin mejoría de la clínica; el diagnóstico fue de “*prostatitis y fiebre de origen a estudiar*”, se recomendó la observación hospitalaria para ver la evolución, pero el paciente decidió irse de alta voluntaria, a pesar de explicarle los riesgos.

Con fecha del 26 de diciembre de 2014, volvió a Urgencias refiriendo nuevamente fiebre de 38° vespertina, que todavía persiste, tras 6 días de antibioterapia. Se le realizó radiografía y se constató que persistía la imagen del absceso hepático, por lo que se solicitó su ingreso, aunque el paciente se negó ingresar ese día y, según consta en la historia clínica, aceptó ingresar el día 28 de diciembre con juicio clínico de “*absceso hepático amebiano sobreinfectado por *Estreptococcus oralis**”.

Estuvo ingresado hasta el 12 de enero del 2015, realizándosele entre tanto, controles del absceso hepático sobreinfectado, en consulta de Radiología Intervencionista.

El 23 de marzo de 2015, acudió a control en consulta de Radiología Vascular Intervencionista para control. Tras la revisión, se le retiró el drenaje, continuando con el tratamiento antibiótico a la espera de la resolución radiográfica para decidir la retirada del antibiótico.

El 13 de mayo de 2015 acudió nuevamente a control del absceso hepático amebiano sobreinfectado, reflejándose que se había producido *“la resolución clínica y radiográfica del absceso amebiano hepático sobreinfectado”*.

Desde mayo del 2015, hasta octubre de 2018, no constan asistencias médicas, ni en Atención Primaria, ni en especializada, aunque según reflejan anotaciones de Primaria, el paciente comentó que fue asistido en otro país (Portugal), aunque no aportó informes médicos.

El siguiente dato de la historia clínica, es de fecha 16 de octubre de 2018, cuando el paciente acudió a consulta de Neurología, en cuyas anotaciones consta que, al parecer, durante los últimos tres años había presentado dos crisis epilépticas generalizadas, indicándose como posible desencadenante la falta de sueño y ciertas evidencias previas - debilidad y sensación prodrómica de mareo-. En esa consulta señaló que dormía bien y no tenía problemas de memoria. También indicó que seguía consumiendo Cannabis a diario, aunque negó otras drogas.

Explicó que trabajaba como cocinero, con buen rendimiento, aunque en ese momento estaba sin trabajo, por decisión propia. Se hizo notar igualmente el ánimo depresivo del paciente, relacionado con el stress del trabajo, indicándose que había sido valorado por Psiquiatría y habían decidido no pautarle antidepresivos. Aportó resonancia del 2016, sin alteraciones de interés y encefalograma que reflejaba: puntas esporádicas en la región frontal derecha.

El 31 de octubre fue visto en seguimiento y se encontraba asintomático.

El 21 de noviembre 2018, se le realizó ecografía abdominal, sin alteraciones patológicas significativas.

En diciembre de 2018, acudió a revisión en Neurología y Psiquiatría, constatándose que estaba más animado y responder mejor a un cambio de medicación recientemente pautado.

En el correspondiente informe se refieren los antecedentes y su posible vinculación con la patología neurológica, señalando:

“ingresó en nuestro servicio en octubre de 2014 por fiebre y crisis epilépticas generalizadas, con sospecha de encefalitis que requirió ingreso en UCI.

Finalmente diagnosticado de embolias sépticas múltiples bihemisféricas y cerebritis en lóbulo temporal medial izquierdo, en contexto de shunt derecha-izquierda (foramen oval permeable significativo); todo ello secundario a absceso hepático por Entamoeba Histolytica; objetivado en TAC 7 de octubre de 2014 (18 x 14 x 16 cm), que fue drenado de forma percutánea. Recibió tratamiento con Metronidazol y Paramomicina. Seguimiento por radiología intervencionista, se ha intentado cerrar drenaje pero reaparece fiebre y aumenta la colección.

-Ingresó en Medicina Interna en diciembre 2014 por fiebre, precisando nuevo drenaje percutáneo del absceso. Se detectó hemocultivo positivo a S Viridans, ecocardio normal y nuevo hemocultivo negativo.

- Crisis convulsivas (2 episodios) provocadas, en el contexto de cerebritis en lóbulo temporal izquierdo. Leve trastorno de la memoria y del ánimo como secuela de lo anterior.

RM de control: clara mejoría radiológica, mínimo realce residual y secuelas crónicas consistentes en atrofia parenquimatosa y gliosis.

-Hizo seguimiento con Radiología Intervencionista, con ecografías periódicas y dos drenajes. Estuvo en tratamiento con amoxiclavulánico durante meses...por sobreinfección del quiste".

... Aporta Resonancia Magnética cerebral realizada en Ibiza (2016) donde residía: sin alteraciones de interés.

EEG: puntas esporádicas región frontal dcha.

Ecografía abdominal: en segmento hepático se observa un área nodular mal delimitada de unos 1.5 cm sin señal doppler que podría corresponder con secuelas de absceso drenado.

Plan: Realizamos cambios de Keppra por Zebinix"

Con fecha del 13 de febrero de 2019, consta una consulta en el Área de Psiquiatría, anotándose en la historia que se encuentra mejor de ánimo y que ha disminuido la sensación de angustia y agobio cuando está con otras personas.

La última cita con Psiquiatría es de fecha del 30 de junio de 2020, por intoxicación con finalidad hipnótica, siendo dado de alta en esa consulta de Psiquiatría, con previsión de seguimiento por su médico de cabecera.

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

El día 17 de febrero de 2020, el Servicio de Responsabilidad Patrimonial del SERMAS requirió al reclamante que manifestara las razones por las cuales consideraba que su reclamación no se encontraba prescrita, a la vista de su fecha.

Contestando el afectado el 22 de abril de 2020 que, no consideraba que se encontrara curado, por mantener constantes revisiones de su patología, señalando explícitamente las últimas citas en Psiquiatría.

El 16 de abril del mismo año, acusó recibo del procedimiento la aseguradora del SERMAS.

Se ha incorporado la historia clínica del paciente, comprensiva de la atención de Urgencias dispensada el día 4 de octubre de 2014, en el Hospital El Escorial, así como de las posteriores, prestadas en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. También consta el informe clínico de la asistencia prestada al paciente el día 5 de octubre de 2014, por el SUMMA 112, incluyendo la atención domiciliaria y la de traslado al Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 LPAC, se ha incorporado al expediente un informe del jefe de Servicio de Urgencias del Hospital El Escorial, destacando que los síntomas presentados por el paciente en el momento de la valoración que se cuestiona, según se recogen en el correspondiente informe de alta, no revestían ningún signo de alarma, por lo que concluye que la asistencia sanitaria dispensada al reclamante por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario El Escorial, en 2014, fue adecuada a *lex artis*.

También se ha incorporado al procedimiento el informe la Inspección Sanitaria de fecha 20 de diciembre de 2020 (folios 406 a 420) que analiza la asistencia sanitaria cuestionada y concluye que la misma fue adecuada y de acuerdo a *lex artis*.

El 25 de mayo de 2021, se dio traslado de lo actuado al reclamante, para que efectuara las alegaciones que tuviera por pertinentes y el 21 de julio se hizo uso del trámite, mediante escrito que en síntesis insiste en su planteamiento inicial.

Finalmente, el 16 de septiembre de 2021, se ha formulado propuesta de resolución, desestimatoria de la reclamación al considerar que la asistencia analizada resultó ajustada a la *lex artis ah hoc*.

CUARTO.- Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 21 de septiembre de 2021 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 503/21, a la letrada vocal Dña. Carmen Cabañas Poveda que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 26 de octubre de 2021.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación, adecuadamente numerada y foliada, que se considera suficiente.

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, con independencia de la antigüedad de los hechos cuestionados, a la vista de la fecha de la reclamación iniciadora del procedimiento; se regula en la LPAC con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 32.1 de la LRJSP, en cuanto es la persona que recibió la asistencia sanitaria que considera incorrecta.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid en cuanto que el Hospital El Escorial es un centro sanitario público integrado en su red asistencial.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 LPAC el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el presente caso, la asistencia cuestionada se produjo el día 4 de octubre de 2014 y la reclamación ha sido interpuesta el 25 de noviembre de 2021.

Interesa a estos efectos precisar que, de conformidad con las circunstancias fácticas reflejadas en los antecedentes, en el informe de la revisión del 13 de mayo de 2015, a la que acudió el paciente para el control de absceso hepático amebiano sobreinfectado, se reflejó que se

había producido “*la resolución clínica y radiográfica del absceso amebiano hepático sobreinfectado*”, sin que hasta octubre de 2018, consten asistencias médicas, ni en Atención Primaria, ni en especializada.

Por su parte, las referidas asistencias posteriores, tampoco denotan más que el correspondiente seguimiento de las secuelas neurológicas ya producidas por la Entamoeba histolytica: la cerebritis amebiana y diversos embolismos sépticos cerebrales; además de otras posibles complicaciones psicológicas/psiquiátricas derivadas de las mismas, en combinación con la adición a sustancias tóxicas del afectado.

Así las cosas, podemos considerar que nos encontramos ante daños permanentes, de conformidad con el criterio mantenido por esta Comisión en precedentes dictámenes, como el 234/21, de 18 de mayo, siguiendo en este punto la doctrina emanada de la Sentencia del Tribunal Supremo de 22 de marzo de 2005, según la cual “*... a diferencia de lo que acontece con los daños permanentes, entendiendo como tales daños aquellos que se agotan en el momento en que se produce el acto generador de los mismos, permaneciendo inalterable y estable en el tiempo el resultado lesivo, en los que el plazo empieza a computarse en el momento en que se produce la actuación o el hecho dañoso, en los daños continuados, es decir aquellos en que el daño se agrava día a día de manera prolongada en el tiempo sin solución de continuidad, el plazo de prescripción de la acción de responsabilidad no empieza a computarse, hasta que se agoten los efectos lesivos..*”.

Por todo ello, cabría entender que estamos ante un daño permanente y, en consecuencia, la reclamación habría sido formulada fuera del plazo legalmente establecido.

Al margen de lo indicado, en su desarrollo procedimental, 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 procedural y, así, se ha solicitado el informe preceptivo previsto en el artículo 81 LPAC, esto es, al Servicio de Urgencias del Hospital El Escorial, además de haber solicitado informe a la Inspección Sanitaria. Después de su incorporación al procedimiento, se ha concedido el trámite de audiencia al reclamante, que ha efectuado alegaciones finales, aun sin introducir novedad en sus planteamientos y, por último, se ha dictado propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al no concurrir la antijuridicidad del daño.

TERCERA.- En cualquier caso, aunque pudiera considerarse formulada en plazo la reclamación, no procedería el reconocimiento de la existencia de la responsabilidad patrimonial, al no concurrir los requisitos necesarios para su reconocimiento.

Así, para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron al paciente, debemos partir de lo que constituye 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 la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de junio de 2017 (recurso 909/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Es, por tanto, al reclamante a quien incumbe probar mediante medios idóneos que la asistencia que le fue prestada no fue conforme a la *lex artis*, entendiendo por medios probatorios idóneos según la Sentencia de 15 de noviembre de 2018 del Tribunal Superior de Madrid (recurso: 462/2017) “*los informes periciales e informes técnicos incorporados a los autos y al expediente administrativo, pues se está ante una cuestión eminentemente técnica y en los cuales necesariamente debe apoyarse el tribunal a la hora de resolver las cuestiones planteadas*”.

Pues bien, en este caso el reclamante no ha incorporado al procedimiento ningún tipo de acreditación de que la asistencia que le fue dispensada fuera contraria a la *lex artis*, sin que sirvan a este propósito las afirmaciones contenidas en el escrito de reclamación, sin sustento probatorio alguno. Dicha falta de esfuerzo probatorio contrasta con las explicaciones vertidas en el informe emitido por el servicio que intervino en la asistencia sanitaria cuestionada, en el que se explican las diferencias entre la sintomatología que el paciente apuntó en la asistencia en Urgencias del día 4 de octubre -que fue enteramente valorada y no revestía gravedad- y los síntomas que incluye en su reclamación, señalando que ya los presentaba y advirtió en aquel momento. Por eso, el informe precisa que: “*el paciente acudió a urgencias el 4 de octubre de 2014, refiriendo cefalea de 4 días de evolución, con un vómito ocasional, sin otros síntomas. En su relación de hechos -la de la reclamación patrimonial-, el paciente expuso qué cuando consultó en el Hospital El Escorial presentaba fuerte presión en la cabeza, náuseas, delirio y pérdida de conciencia. Ninguno de estos dos últimos síntomas están recogidos en el informe de alta del Urgencias. De hecho, en el informe de Medicina Interna intensiva del Hospital Puerta de Hierro, se puede leer en el apartado anamnesis, que con posterioridad al alta - la del Hospital El Escorial-, había presentado un cuadro de alteración del lenguaje tipo parafasia (decía “camisa” en vez de “cajero”) y desconexión del medio de unos minutos de duración. Se puede asumir entonces que, los síntomas de delirio y pérdida de conciencia ocurren después de haber sido atendido en el Hospital El Escorial*”.

Por su parte, el informe de la Inspección Sanitaria indica, en relación con la asistencia en Urgencias del día 4 de octubre de 2014 que, según la bibliografía consultada y aportada con el informe, la misma resultó enteramente correcta, no revistiendo gravedad los síntomas que el paciente refirió en ese momento, que no son los mismos que en su reclamación afirma que manifestó en esa primera asistencia. Así, se indica: “*La cefalea es un motivo frecuente de consulta en el área*

de urgencias. El objetivo principal es descartar la patología orgánica. Una anamnesis y exploración sistemática, valorando el perfil temporal nos facilitarán una aproximación diagnóstica”.

Este informe, además, concreta cuáles son las señales de alarma en un paciente con cefalea:

“1-Cefalea intensa explosiva o coincidente con ejercicio.

2-Cambios en el patrón de una cefalea o aumento importante de la frecuencia.

3-Unilateralidad estricta.

4. Síntomas neurológicos (crisis epiléptica, ataxia, papiledema, focalidad neurológica, alteración en comportamiento)

5- Irritación meníngea.

6- Cefalea de Novo en > de 50 años 7- Aura no típica.

8- Precipitada por esfuerzo físico, tos o cambio postural. 9- Mala respuesta al tratamiento correcto.

10- Enfermedad sistémica conocida (VIH, neoplasias, inmunocomprometidos...).

11-Fiebre asociada no explicada.

12- Presentación predominantemente nocturna. 13- Edades extremas de la vida”.

Contrastando esos posibles signos de alarma y los que presentaba el paciente el día 4 de octubre de 2014 o, al menos, de los que informó en el Hospital El Escorial, la Inspección establece: “*Es importante*

destacar que, a la luz de las bibliografías consultadas, los síntomas presentados por el paciente en el momento de la valoración, según relata informe de alta del Hospital El Escorial, no reflejan síntomas de alarma”.

También se analiza la enfermedad que causó todas esas complicaciones al reclamante, así como su evolución y sus procedimientos diagnósticos, explicando que:

“La amebiasis es una enfermedad endémica en muchos países subdesarrollados, siendo probablemente los más afectados India, regiones tropicales de África, México y algunas regiones de Brasil. La Entamoeba histolytica es la causante de las formas agresivas de la enfermedad, siendo el intestino grueso el órgano más predilecto. El hígado es el órgano extraintestinal más afectado, asiento de abscesos. El parásito, localizado en el intestino, a través de procesos de lisis de diferente índole, atraviesa la pared intestinal y llega a la circulación venosa mesentérica y de allí, vía vena porta, arriba al parénquima hepático, donde por necrosis y lisis forman focos que van confluyendo, habitualmente en una cavidad única, conformando el absceso hepático amebiano.

Normalmente los abscesos son únicos, presentándose en forma múltiple cuando la enfermedad hepática está avanzada. El lóbulo derecho está afectado en alrededor del 80% de los casos, lo que coincide con nuestros pacientes, al igual que la hidatidosis, la explicación radica en el volumen de sangre portal aportado a ese lóbulo y probablemente a la disposición de la vena porta derecha. Las manifestaciones clínicas son: el dolor, normalmente en hipocondrio derecho, que se irradia a región interescapular y que en nuestra serie estuvo presente en el 100% de los casos; la fiebre y los vómitos son dos síntomas que también se presentan con gran frecuencia; la diarrea estuvo presente en el 25% de los casos, lo que

al igual que los otros síntomas coincide con lo publicado por otros autores.

Dentro de los parámetros de laboratorio, la leucocitosis y en menor medida las pruebas de función hepática conjuntamente con la anemia son las más relevantes. En esto, nuestra serie coincide con lo publicado por diferentes autores. Dentro de los métodos de imágenes, la ecografía tiene un lugar privilegiado por su accesibilidad y su sensibilidad, en nuestra casuística se efectuó en el 100% de los casos y el diagnóstico de absceso amebiano fue sugerido en la totalidad de los mismos”.

Por todo lo cual, la Inspección sanitaria establece que en este caso: “*De lo anteriormente expuesto se puede concluir, que la asistencia sanitaria dispensada a..., por el servicio de Urgencias del Hospital El Escorial, en 2014 fue adecuada y de acuerdo a Lex artis*”.

Conclusión a la que debemos atenernos dado que el informe de la Inspección Sanitaria obedece a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 24 de febrero de 2020 (recurso nº 409/2017): “*...sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis, puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes, que han de informar la actuación del médico inspector, y de la coherencia y motivación de su informe*”.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada al haber prescrito el derecho a reclamar y, en cualquier caso, al no haber acreditado la existencia de *mala praxis*, ni concurrir la antijuridicidad del daño.

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 26 de octubre de 2021

La Vicepresidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 545/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid