

Dictamen nº: **574/20**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **22.12.20**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 22 de diciembre de 2020, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en relación con la reclamación formulada por Dña. (en adelante “*la reclamante*”), asistida por un abogado, por los daños y perjuicios que atribuyen a la deficiente asistencia sanitaria prestada en el Hospital Universitario de La Princesa y en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón –HGUGM– en la intervención quirúrgica y tratamiento de un adenocarcinoma de colon.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 28 de diciembre de 2018, la persona citada en el encabezamiento presenta un escrito de reclamación por responsabilidad patrimonial como consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria recibida en el Hospital Universitario de La Princesa y en el HGUGM.

Expone que en el mes de diciembre de 2016, con 32 años de edad, sufrió un episodio de rectorragia acompañado de anemia y el test de

sangre oculta en heces dio positivo, por lo que su médico de Atención Primaria le prescribió una colonoscopia que se realizó el día 26 de enero de 2017 en el Hospital Universitario de La Princesa, siendo diagnosticada una *“neoplasia maligna de colon”*.

La biopsia realizada a continuación confirmó la presencia de un *“adenocarcinoma”* y posteriormente, el TAC toraco-abdominal objetivó una *“masa de 5 cm en el colon transverso en relación con su diagnóstico de neoplasia primaria, con adenopatías significativas en el territorio de drenaje de la cólica derecha”*. Igualmente, en esta prueba de imagen, se pudo observar la presencia de unos riñones normales.

Explica que también se efectuó una resonancia magnética hepática en la que se constató una *“lesión hepática de 6-7 mm”* que inicialmente parecían metástasis hepáticas, posibilidad que se descartó posteriormente.

Subraya que con carácter previo a la cirugía tenía una función renal absolutamente normal, con un rango de creatinina dentro de la normalidad (0.77mg/dl), como se recoge en la analítica realizada en marzo de 2017 por el Servicio de Anestesia del Hospital Universitario de La Princesa cuyo informe acompaña.

Con fecha 30 de marzo de 2017 fue operada mediante *“hemicolectomía derecha ampliada”* por técnica laparoscópica para extirpar el adenocarcinoma en el Hospital Universitario de La Princesa, confirmándose en la cirugía el carácter resecable del tumor, sin invasión local ni metástasis hepáticas.

Indica no obstante, que en dicha intervención quirúrgica hubo un negligente recuento del instrumental quirúrgico por parte del equipo médico, olvidándose dentro de la cavidad clips quirúrgicos que le provocarían importantes secuelas, y añade que según le informó la

cirujana, también le extirpó un nódulo peritoneal que resultó ser benigno.

Se refiere expresamente al informe de alta junto al estudio histológico, y precisa que el estudio anatomopatológico de las piezas extirpadas confirmó un *“adenocarcinoma colorrectal moderadamente diferenciado que infiltra grasa perivisceral y no metastatiza en ninguno de los 26 ganglios linfáticos aislados”*, siendo el pronóstico muy favorable, según los propios oncólogos.

Continúa explicando que durante los días inmediatamente posteriores a la cirugía, refirió a los facultativos de forma reiterada la presencia de dolor en el costado derecho, que los propios facultativos asociaron a la postura adoptada durante la cirugía, por lo que se prescribió tratamiento analgésico (Enantyum), y añade que durante estos días, el enfermero le informó de que la analítica había arrojado datos de alteración de la creatinina por lo que no sabía si le iban a dar el alta.

Destaca que desde la hemicolectomía realizada, en las analíticas practicadas se puede constatar un empeoramiento y deterioro progresivo de la función renal y que finalmente, el médico le indicó que el dolor del costado no tenía ninguna importancia, que tomara Enantyum y se pusiera calor local, siendo dada de alta hospitalaria el día 5 de abril de 2017. Añade que tampoco se dio ninguna importancia a la alteración de la creatinina, deterioro que comenzó a raíz de la intervención quirúrgica.

De acuerdo con el relato fáctico de la reclamación, pese a la analgesia pautaada, durante las semanas posteriores al alta hospitalaria la reclamante continuaba con intenso dolor en mesogastrio y flanco derecho con sensación distérmica, por lo que en fecha 19 de abril de 2017 acudió a Urgencias del Hospital Universitario de La Princesa.

En esta asistencia, le realizaron varias pruebas (ECG, analítica con gasometría, radiografía de abdomen), y a pesar de que el valor de la creatinina continuaba alterado (1.32), los facultativos continuaron sin darle importancia alguna, siendo dada de alta hospitalaria el mismo día por “*dolor abdominal inespecífico sin datos de alarma*”.

Al continuar con un intenso dolor sin resolverse con la analgesia prescrita, a los tres días volvió al Servicio de Urgencias para consultar por su empeoramiento, y se volvió a practicar analítica en la que nuevamente se constata creatinina alterada y un empeoramiento progresivo con respecto a la analítica anterior. En esta consulta se pautó analgesia intravenosa y al observar la falta de mejoría completa del dolor, se prescribió TAC abdominal urgente. En dicha prueba se visualiza “*abundante cantidad de líquido intraabdominal*”, por lo que se concluye por los antecedentes “*carcinomatosis peritoneal*”.

Considera que al no visualizarse en esta prueba la presencia de cuerpo extraño en el riñón, por exclusión se asoció el líquido libre intraabdominal con “*extensa carcinomatosis peritoneal*”, motivo por el que los informes recogen un estadio IV, pero anticipa en su escrito que dicho diagnóstico era incorrecto.

Explica que el rango normal de creatinina es de 0.50-0.90 y que en la analítica preoperatoria de marzo de 2017 el valor era de 0.77 mg/dl, mientras que en la analítica de 19 de abril de 2017 era de 1.32 mg/dl, y en la analítica de 25 de abril de 2017, de 1.35 mg/dl.

Refiere que con fecha 25 de abril de 2017 acudió a consulta de Cirugía con una doctora a la que identifica, que prescribió analítica y drenaje de líquido ascítico que envía a microbiología y citología. Afirma que dicha doctora refirió a la reclamante que era prácticamente imposible que tuviera carcinomatosis peritoneal.

En opinión de la reclamante, con el mero hallazgo de ascitis (presencia de líquido libre intraabdominal), los médicos ya consideraron erróneamente la presencia de “*carcinomatosis peritoneal*” motivo por el que se solicitó un PET TAC, que se realizó el día 22 de mayo, cuyos resultados objetivaron la presencia de cuerpo extraño olvidado durante la cirugía de 26 de marzo, concretamente se identifica en el informe como material de sutura próximo al uréter.

Explica que dicho cuerpo extraño le había provocado una “*uropatía obstructiva*” dañando de forma severa y progresiva la función renal desde la intervención quirúrgica, como se puede constatar en las analíticas realizadas con posterioridad a la cirugía. Pese a los hallazgos detectados en esta prueba de imagen en la que ya se observaba un cuerpo extraño, los facultativos continuaron insistiendo en que la uropatía obstructiva está provocada por la carcinomatosis peritoneal; y pese a que el estudio anatomopatológico del líquido ascítico descartó la presencia de células tumorales y no existía ningún dato que orientara a pensar en una carcinomatosis peritoneal, ya que la causa de la ascitis era la insuficiencia renal, los facultativos continuaron con el diagnóstico en la carcinomatosis peritoneal.

Llegados a este punto, insiste en que pese a que presentó dolor en el costado derecho resistente a la analgesia, febrícula y sensación de infección de orina, todo ello acompañado de un deterioro progresivo de la creatinina, así como una imagen con dilatación pielouretral, no se detectó la uropatía obstructiva. Afirma que dicha disfunción renal estaba provocada por la obstrucción del uréter, y se podría haber detectado precozmente para evitar el daño renal severo e irreversible.

Continúa señalando que con fecha 26 de mayo de 2017 se volvió a realizar TAC abdominopélvico, en esta ocasión en el HGUGM a través del cual se constató que el material de sutura olvidado eran “*clips*”

quirúrgicos a correlacionar con antecedentes quirúrgicos que desconocemos”.

Para la interesada resulta evidente que el antecedente quirúrgico inmediato era la cirugía de hemicolectomía practicada en el Hospital Universitario de La Princesa el día 30 de marzo de 2017, y que esa era la razón por la que había presentado desde la intervención quirúrgica creatinina alterada y dolor en flanco derecho, porque en el transcurso de la misma los cirujanos habían olvidado retirar los clips quirúrgicos al finalizar la intervención.

Indica que debido a la disfunción renal y al daño ya irreversible en dicho riñón, se intentó colocar un catéter doble J sin éxito, y en fecha 27 de junio de 2017 se realiza una nefrostomía percutánea bajo sedación, colocándole una bolsa para orinar. Precisa que desde la colocación de la nefrostomía, desbordada anímicamente por la situación, comienza a tener problemas psicológicos siendo diagnosticada de depresión.

Tras la realización de la nefrostomía percutánea, se realizó un TAC en agosto de 2017 en el que se observó importante mejoría, prácticamente desaparición de la ascitis y del derrame pleural. Entiende que la desaparición de la ascitis con la nefrostomía unido a que el estudio anatomopatológico del propio líquido era negativo y a la inexistencia de datos de neoplasia en la prueba de imagen, claramente eran datos orientativos de que la ascitis era provocada por la insuficiencia renal.

Precisa que en este TAC lo único que se observó es una importante mejoría con desaparición de la ascitis, sin identificar nódulos ni lesiones óseas sugerentes de afectación metastásica. Además, los marcadores tumorales positivos previos a la cirugía (enero 10.3 y marzo

14.4) se normalizaron tras la intervención y los resultados de la anatomía patológica resultaron negativos para malignidad.

El día 30 de septiembre de 2017 se practicó nuevo TAC adbominopélvico en el HGUGM a través del cual se confirmó la presencia de los cambios postquirúrgicos habituales, el *“riñón derecho de menor tamaño que el contralateral”* y se descartó la presencia de *“adenopatías abdominales y pelvianas”* y de *“implantes tumorales macroscópicos”*.

El escrito de reclamación afirma que con este nuevo TAC se volvió a descartar la presencia de carcinomatosis peritoneal a todos los niveles, observándose tan solo los cambios postquirúrgicos (tejido cicatrizal, fibrosis) propios de la cirugía de hemicolectomía realizada meses antes. Explica que pese a que dichos hallazgos radiológicos habían descartado datos sugestivos de nueva afectación neoplásica, desde el Servicio de Oncología se informó de la necesidad de operar por ser la situación muy grave y por existir un compromiso vital importante, incluso le informaron de la necesidad de extirpar los órganos reproductores por afectación de los mismos. Indica que concretamente los oncólogos le informaron que sin la cirugía no le quedaría más de un año de vida, y que realizándose la intervención quirúrgica podría vivir unos cuatro años.

Precisa que incluso la interesada preguntó al cirujano por la posibilidad de realizar una laparoscopia para confirmar los hallazgos observados en el TAC a lo que el facultativo al que identifica contestó *“que el diagnóstico estaba claro y que sus imágenes las habían visto expertos”*.

Según del escrito de reclamación, no existía ningún elemento clínico ni radiológico que hiciera pensar en carcinomatosis peritoneal, tan solo existía una ascitis provocada por varios clips quirúrgicos

olvidados durante la primera intervención quirúrgica y añade que además, había desaparecido con la nefrostomía. Considera que todos los datos hasta la fecha descartaban la existencia de carcinomatosis y efectúa la siguiente relación:

- Radiológicamente no se habían observado implantes tumorales, adenopatías abdominales ni pelvianas.

- El líquido ascítico era negativo para células tumorales.

- Los marcadores tumorales eran normales.

- La presencia líquido libre (ascitis) había desaparecido con la nefrostomía, signo que orientaba de forma clara a que dicho líquido estaba provocado por la insuficiencia renal y no por una carcinomatosis peritoneal.

Explica que siguiendo indicación de los oncólogos, con fecha 17 de octubre de 2017, con gran angustia y pesadumbre, se sometió a una intervención quirúrgica mediante laparotomía media xifopúbica que se prolongó durante más de diez horas y en la que tras revisar la cavidad y constatar que no existían signos de enfermedad neoplásica, sin existir indicación quirúrgica extirparon útero, anejos y trompas, dejando a una paciente de 33 años infértil y sin poder tener descendencia biológica, ya que no había sido madre ni podrá serlo. Añade que igualmente, también suministraron quimioterapia intraoperatoria intraperitoneal, que tampoco estaba indicada.

Del extracto del protocolo quirúrgico que reproduce, deduce que durante esta cirugía también le retiran el cuerpo extraño olvidado en la cirugía del mes de marzo de 2017 (clips quirúrgicos), le retiraron la nefrostomía percutánea y le colocaron un catéter doble J.

Señala que no logra entender el motivo por el que no se realizó una biopsia intraoperatoria; y que si tenían dudas diagnósticas sobre la benignidad/malignidad, o bien para definir la extirpe tumoral se tendría que haber realizado dicha prueba. Entiende que dicha práctica permite tomar una decisión quirúrgica sobre el tratamiento a seguir, continuar con la cirugía o dar por finalizada la intervención. Considera que dada la edad reproductiva y la falta de datos que hacían sospechar de una carcinomatosis, se podría haber optado por una laparoscopia exploradora para constatar los hallazgos o bien, haber tomado biopsias intraoperatorias antes de optar por un tratamiento quirúrgico radical e irreversible.

De acuerdo con el escrito de reclamación, cuando finalizó la cirugía, los cirujanos informaron a la familia que la quimioterapia había hecho su efecto y que prácticamente no había enfermedad lo cual afirma que es profundamente incierto, como demostraron los estudios histológicos. Explica que la “*terrible noticia*” vino cuando la anatomía patológica de las piezas extirpadas reveló la inexistencia de malignidad y de afectación neoplásica de todos los órganos que habían sido extirpados y los supuestos nódulos intraperitoneales, es decir, todo lo que extirparon durante esta cirugía era fibrosis dérmica y tejido cicatrizal y los órganos reproductores estaban perfectamente sanos.

Insiste en que, como ya apuntaban las pruebas preoperatorias (el drenaje de líquido ascítico negativo, la inexistencia de afectación del TAC), no existía ningún signo de malignidad en las piezas extirpadas; y se habían extirpado órganos reproductores a una paciente sin ninguna indicación quirúrgica, habiendo sido sometida a una operación invasiva de diez horas con quimioterapia intraoperatoria.

Añade que exactamente lo mismo ocurrió con la citología de líquido peritoneal que tampoco arrojó signos de malignidad.

Explica que la recuperación de esta cirugía fue complicada. Aproximadamente a la semana, debido a la inmunosupresión (bajada de defensas) provocada por la quimioterapia precisó de transfusiones sanguíneas. Al ser una cirugía tan invasiva y haberse realizado mediante laparotomía, se provocaron adherencias importantes que posteriormente le dieron lugar a episodios oclusivos intestinales. Encontrándose la paciente en reanimación, los médicos hablaron con los padres indicándole que *“que a veces las pruebas de imagen les engañan”*, precisando que esto es absolutamente falso ya que las pruebas de imagen descartaban, en el caso que nos ocupa, la afectación neoplásica y pese a ello, se decidió operar.

Indica que la prueba de imagen (TAC) realizada el día 14 de diciembre de 2017 con posterioridad a la intervención arrojó resultados de normalidad.

Explica que con fecha 2 de enero de 2018 la interesada acudió al HGUGM con cuadro de vómitos, dolor abdominal, como tenía cita para este día, le retiraron el catéter doble J en el HGUGM que fue colocado durante la intervención quirúrgica del mes de octubre de 2017.

Con fecha 5 de enero de 2018 tuvo que ingresar nuevamente en el HGUGM por náuseas, vómitos e intolerancia oral, teniendo que colocarse sonda nasogástrica para resolver la oclusión intestinal. Tras las pruebas diagnósticas practicadas durante este ingreso hospitalario -Radiografía de abdomen y TAC de fecha 11 de enero de 2018 -se concluyó la presencia de *“obstrucción intestinal en probable relación con brida”* y *“dilatación del sistema excretor derecho de probable carácter residual”*.

Entiende que, *“dicho de otro modo, estamos ante secuelas de la mala praxis médica, claramente la obstrucción intestinal está relacionada con la cirugía invasiva que tuvieron que realizar en el mes de*

octubre sin indicación quirúrgica y el deterioro de la función renal está a todas luces relacionado con el olvido de un cuerpo extraño”.

Finalmente fue dada de alta el día 17 de enero de 2018. Considera preciso recalcar en este punto, que no tiene ni ha tenido nunca un cáncer de colon en estadio IV, toda vez que nunca existió carcinomatosis peritoneal ni metástasis a distancia.

En el mes de febrero de 2018 se realizó renograma para comprobar la severidad del daño renal provocado y la disfunción del mismo. A través de dicha prueba se comprobó la disfunción del mismo en comparación con el contralateral, constatándose mediante esta prueba una de las secuelas del olvido del material quirúrgico durante la intervención de marzo de 2017.

Con fecha 3 de julio de 2018, tuvo que volver a Urgencias del HGUGM nuevamente por dolor abdominal y vómitos diagnosticándose nuevo cuadro suboclusivo por bridas, siendo dado de alta al día siguiente por resolución del cuadro.

Explica que debido a las secuelas que presenta a consecuencia de la mala praxis médica, en el momento de formular la reclamación se encuentra en situación de incapacidad temporal, habiendo iniciado el Instituto Nacional de la Seguridad Social de oficio un expediente de incapacidad permanente total.

A juicio de la reclamante, los dos hospitales que intervinieron en el proceso descrito incurrieron en actuaciones médicas que infringen de forma clara la *lex artis ad hoc* y que tienen un nexo causal claro y directo con las secuelas que padece, en concreto:

En el Hospital Universitario de la Princesa, considera que se han observado actuaciones que indudablemente han infringido de forma importante la *lex artis ad hoc*:

- Negligencia en el recuento del instrumental quirúrgico: olvido de cuerpo extraño en el riñón derecho (clips quirúrgico).

- Alta médica hospitalaria con presencia de dolor recurrente en flanco derecho y una alteración progresiva de la creatinina en las analíticas desde la intervención quirúrgica.

- Pese a varias asistencias en Urgencias de dolor en el flanco derecho resistente a la analgesia, no se le da ninguna importancia a la alteración de la creatinina. Afirma que si se hubiera diagnosticado con premura la disfunción renal, los daños no serían tan severos.

- Deficiente interpretación de la prueba de imagen de 2017: El Tac realizado en el mes de abril de 2017 en este centro identificó erróneamente el líquido ascítico como “*carcinomatosis peritoneal*” y no observó el material quirúrgico olvidado.

Por lo que respecta al HGUGM, observa las siguientes actuaciones médicas reprochables:

- Se interpretó erróneamente el líquido ascítico como carcinomatosis peritoneal, sin que hubiera ningún signo clínico, analítico (marcadores tumorales normales y estudio anatomopatológico negativo para células tumorales) ni radiológico (dos TACs confirmaron la inexistencia de afectación) que orientara a tal diagnóstico.

- Se indicó una cirugía radical con extirpación de órganos reproductores, sin existir indicación para ello: no existiendo ningún dato que hiciera pensar en una afectación neoplásica, se llevó a cabo una laparotomía de más de diez horas, que provocaría secuelas

irreversibles: esterilidad e importantes adherencias abdominales a la paciente con episodios oclusivos intestinales. Igualmente a consecuencia de la extirpación de dichos órganos, sufre a su edad los efectos de una menopausia anticipada con los problemas hormonales asociados, sequedad vaginal y atrofia.

- Existían opciones más conservadoras que no se valoraron: se podría haber optado por llevar a cabo una laparoscopia exploradora o haberse realizado una biopsia intraoperatoria antes de llevar a cabo una intervención.

En su opinión, hay una relación de causalidad clara y directa entre la negligencia del Hospital Universitario de la Princesa y el HGUGM ya que, si en el primer centro hospitalario no se hubieran olvidado los clips quirúrgicos, no se habría provocado ascitis (líquido libre abdominal), por lo que nunca se habría sospechado – erróneamente- una carcinomatosis peritoneal, no habiéndose procedido a la intervención quirúrgica de extirpación de órganos reproductores ni al suministro de quimioterapia inatraoperatoria.

Esto le lleva a concluir que, de haber actuado conforme a la *lex artis ad hoc*, la interesada no tendría secuelas orgánicas, ya que en la cirugía de extirpación del adenocarcinoma se logró extirpar la pieza completa y no han existido metástasis de ningún tipo. Añade que a día de hoy, ella podría hacer su vida completamente normal con calidad de vida, incluso formar una familia.

Precisa que dado que se encuentra aún en situación de incapacidad temporal y pendiente de recibir una posible incapacidad permanente, aún no puede cuantificar de forma exacta la indemnización por el daño irrogado

Adjunta a su escrito diversa documentación médica; escritura de poder otorgada por la interesada al abogado cofirmante de la reclamación; y resolución del INSS de inicio de expediente de incapacidad permanente de la reclamante.

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

A la interesada, de 32 años de edad en el momento de los hechos, el día 30 de marzo de 2017 se le practica en el Hospital Universitario de La Princesa una hemicolectomía derecha ampliada laparoscópica con anastomosis íleocólica extracorpórea t-1 mecánica con ceca de 25 reforzada con sutura discontinua de biosyn 3.0. No se objetivan metástasis hepáticas ni implantes peritoneales. El diagnóstico al alta es adenocarcinoma colorrectal moderadamente diferenciado (colon transversal) que infiltra la grasa perivisceral y no metastatiza en ninguno de los 26 ganglios linfáticos aislados (pt3n0-tnm 7ª edición).

El 19 de abril de 2017 acude al Servicio de Urgencias del mismo hospital por dolor en mesogastrio y flanco derecho. Tras la realización de pruebas diagnósticas, tratamiento analgésico y mejoría de la sintomatología es dada de alta con el juicio clínico de dolor abdominal inespecífico, sin datos de alarma.

El 21 de abril de 2017 se realiza en el Servicio de Urgencias del citado hospital un TAC abdominal por dolor en mesogastrio y flanco derecho, donde se observa abundante cantidad de líquido libre intraabdominal y una trabeculación/patrón micronodular global en la grasa mesentérica y del omento mayor. Estos hallazgos se consideran compatibles con carcinomatosis peritoneal extensa dados los antecedentes de la paciente. En el riñón derecho únicamente se describe la existencia de un quiste simple.

El 25 de abril de 2017 se realiza drenaje de líquido ascítico amarillo claro. Se envía para análisis microbiológico (negativo para Gram evidenciándose solo polimorfos nucleares) y citológico (negativo para células tumorales con inflamación aguda).

El 5 de mayo de 2017 es valorada en el Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario de La Princesa; y el día 10 de mayo de 2017 se coloca reservorio.

El 22 de mayo de 2017 se realiza en el Hospital Clínico San Carlos PET-TAC utilizando como radio-fármaco fluoro-deoxi-glucosa (FDG) destacando los siguientes hallazgos: derrame pleural derecho moderado/severo; cambios postquirúrgicos en colon transversal; ascitis de localización fundamentalmente perihepática, en ambas goteras y en mayor cuantía en pelvis identificando fundamentalmente en Douglas zonas de realce peritoneal que coinciden con zonas de mayor captación de FDG siendo estos hallazgos sugerentes de carcinomatosis peritoneal; aumento del tamaño del riñón derecho con dilatación pieloureteral y retraso en el nefrograma de dicho riñón siendo estos hallazgos compatibles con uropatía obstructiva, no identificándose imágenes de litiasis en dicho uréter apreciándose material de sutura próximo al mismo; se objetiva captación de FDG en ambos anejos que pudiera ser de etiología funcional sin poder descartar otras posibilidades.

El día 24 de mayo de 2017 es derivada al Servicio de Oncología Médica del HGUGM para valoración y tratamiento, donde permanece ingresada hasta el día 30 de mayo de 2017 por deterioro de la función renal.

El 26 de mayo de 2017 se realiza TAC toracoabdominopélvico con contraste. No se dispone de estudios previos. Se describe un derrame pleural derecho; una dilatación ureteropielocalicial derecha grado 3 con restos de contraste en el sistema excretor observándose clips

quirúrgicos en uréter medio (posible ligadura) a correlacionar con antecedentes quirúrgicos; abundante cantidad de ascitis con realce difuso del peritoneo en relación a carcinomatosis observándose un nódulo peritoneal aislado de 1 cm adyacente al sigma.

El 29 de mayo de 2017 es valorada por el Servicio de Urología del HGUGM que considera que en ese momento no presenta criterios para derivación urinaria urgente decidiéndose intento de colocación de CDJ (catéter doble J) en la Unidad de Litotricia con cita para el 14 de junio de 2017.

El 7 de junio de 2017 comienza tratamiento quimioterápico (bevacizumab +folfox, según pauta de ensayo).

El 14 de junio de 2017 la paciente acude para colocación de CDJ derecho reflejándose que se encontraba clínicamente asintomática sin dolor en fosa renal, fiebre ni otros síntomas. Se realiza cateterización y pielografía derecha observándose un stop en el paso de contraste e imposibilidad del paso de la guía. Se cita para colocación de nefrostomía.

El 22 de junio de 2017 se aplica el segundo ciclo de quimioterapia.

El 25 de junio de 2017 acude al Servicio de Urgencias del HGUGM por vómitos (grado 2) y diarrea (grado 1) resueltos al alta, observándose en la analítica un leve deterioro de la función renal pero mejorada con respecto a valores previos.

El 27 de junio de 2017 se realiza nefrostomía percutánea derecha. Se realiza pielografía derecha directa apreciándose moderada dilatación pielocalicial.

El 7 de julio de 2017 se aplica el tercer ciclo de quimioterapia.

El 2 de agosto de 2017 se realiza TAC toracoabdominopélvico con contraste que concluye como mejoría radiológica con desaparición del derrame pleural y prácticamente desaparición de la ascitis y discreta mejoría subjetiva de la carcinomatosis peritoneal.

El 3 de agosto de 2017 se aplica el cuarto ciclo de quimioterapia.

El 16 de agosto de 2017 es valorada en la consulta de Oncología anotándose la respuesta parcial en TAC tras cuatro ciclos de quimioterapia y la intención de presentar el caso clínico al comité de carcinomatosis.

El 17 de agosto de 2017 se aplica el quinto ciclo de quimioterapia.

El 18 de agosto de 2017 se valora en la sesión del Comité de Tumores. Se calcula el PCI (índice de carcinomatosis peritoneal) basal de mayo de 2017 resultando un valor de 18. El plan terapéutico recomendado es administrar el sexto y último ciclo de quimioterapia sin bevacizumab a finales de agosto, realizar TAC a mediados de septiembre y programar cirugía de citorreducción + HIPEC (quimioterapia intraperitoneal hipertérmica) para octubre de 2017.

El 8 de septiembre de 2017 se aplica el sexto ciclo de quimioterapia sin bevacizumab por trombopenia.

El 20 de septiembre de 2017 se realiza TAC toracoabdominopélvico con contraste. Se describe un riñón derecho de menor tamaño que el contralateral con discreta ectasia de la pelvis renal y uréter proximal con leve realce urotelial sugerente de cambios inflamatorios-infecciosos; catéter de nefrostomía; mínima cuña de líquido libre en Douglas sin evidenciarse implantes tumorales peritoneales macroscópicos medibles.

El 17 de octubre de 2017 se realiza intervención quirúrgica de citoreducción. Se reflejan los siguientes hallazgos: líquido ascítico en volumen escaso 100 cc (se toma muestra para citología), placas (2) de 1cm c/u a nivel del espacio de Douglas y peritoneo vesical, nódulo de 0,6 cm en flanco izquierdo, lesiones cicatriciales en epiplón mayor, estenosis benigna de uréter derecho a nivel del tercio medio (clips), PCI 5=1 y 6=3 con un score de 4.

Se realiza peritonectomía anterior, puerto umbilical, ligamento redondo hepático, espacio de Douglas, omentectomía mayor con preservación de arcada y epiplón menor. Asimismo, se realiza histerectomía, doble anexectomía, resección del implante en peritoneo vertical, extirpación del nódulo en peritoneo flanco izquierdo y resección de segmento de uréter derecho de 2 cm de longitud.

Se aplica HIPEC (quimioterapia intraperitoneal hipertérmica) con mitomicina C.

El estudio anatómo-patológico de las piezas quirúrgicas no evidencia signos de malignidad histológica, describiéndose focos de fibrosis peritoneal; el segmento ureteral derecho extraído no presenta alteraciones histológicas significativas. La citología del líquido peritoneal es informada como “*extendido negativo*”.

El 14 de diciembre de 2017 se realiza TAC que se informa como sin signos de afectación tumoral ni cambios respecto a estudio previo de septiembre de 2017.

El 20 de diciembre de 2017 se prescribe tratamiento quimioterápico adyuvante.

Se aplican ocho ciclos del 26 de diciembre de 2017 al 25 de abril de 2018.

Del 5 de enero de 2018 al 17 de enero de 2018 ingresa por una obstrucción intestinal, en probable relación con brida, resuelta de manera conservadora, insuficiencia renal probablemente prerrenal secundaria, resuelta al alta e intolerancia oral secundaria.

En el informe de la radiografía de abdomen realizada el 10 de enero de 2018 se describe la presencia de suturas quirúrgicas en flanco FID.

El 11 de enero de 2018 se realiza TAC abdomino-pélvico con contraste que se informa como obstrucción intestinal en probable relación con brida y dilatación de sistema excretor derecho de probable carácter residual.

El 22 de febrero de 2018 se realiza renograma que se informa como pérdida de parénquima renal derecho con aceptable funcionalidad del riñón derecho para el parénquima renal existente, no evidenciándose patrón de obstrucción en ese momento; riñón izquierdo morfofuncionalmente normal.

El 18 de mayo de 2018, el 20 de agosto de 2018 y el 26 de noviembre de 2018 se realizan TAC dónde no se evidencian signos de recidiva tumoral local ni a distancia.

El 3 de julio de 2018 ingresa por dolor abdominal y vómitos siendo diagnosticada de cuadro pseudooclusivo probablemente por bridas e infección del tracto urinario.

El 6 de noviembre de 2018 se realiza colonoscopia que es informada como normal.

TERCERO.- A raíz de la formulación del escrito de reclamación, se ha instruido el procedimiento de responsabilidad patrimonial conforme

a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Consta en el expediente la historia clínica de la reclamante del Hospital Universitario de La Princesa y del HGUGM, así como los informes de los servicios implicados en el proceso asistencial de la paciente, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC.

Consta el informe del Servicio de Digestivo del Hospital de La Princesa, en el que se precisa que la reclamación va referida a la atención médica recibida tras el diagnóstico de adenocarcinoma de colon, e indica que la participación de ese servicio se produce en la medida en que el 26 de enero de 2017 la paciente fue diagnosticada mediante colonoscopia, biopsia y posterior TAC de abdomen, de neoplasia de colon; se valoró en Consulta de Digestivo el día 6 de febrero de 2017, y se presentó en el comité multidisciplinar.

El Servicio de Cirugía General y Digestivo del Hospital de La Princesa comienza haciendo referencia a la hemicolectomía derecha ampliada, realizada el día 30 de marzo de 2018, sin ninguna incidencia, y explica que dicha intervención lleva asociada la práctica de un anastomosis entre los extremos intestinales seccionados, en este caso, una anastomosis ileo-cólica termino-lateral mecánica con una endograpadora circular.

Indica que en la propia descripción operatoria se hace mención explícita a la meticulosa identificación y separación de los vasos godonales y del uréter derecho, al igual que los vasos ile-cólicos, que se seccionan con endograpadoras según técnica habitual.

Insiste en que tanto el grapado y sección de vasos, como la sección del colon y la anastomosis ileo-cólica se realizan con

endograpadoras cuyas grapas en ningún momento se extraen ni se plantea su extracción, dada su excelente compatibilidad con el organismo, afirmando que *“se podría decir que son cuerpos extraños que van a permanecer siempre integrados, manteniendo su función, aunque no están exentos de posibles efectos adversos secundarios en relación a las reacciones del propio organismo”*.

Precisa que las endograpadoras han venido a sustituir a los hilos de sutura empleados clásicamente, por su superior tolerancia y afirma que esas grapas de ninguna manera pueden ser consideradas instrumento quirúrgico, sino un tipo de materia protésico biocompatible.

Considera que el atrapamiento del uréter derecho de esta paciente pudo ser secundario a determinados cambios postquirúrgicos y/o a la carcinomatosis peritoneal que desarrolló.

Concluye que *“de ninguna manera”* se puede asumir que la presencia distintos materiales de sutura en los pacientes se considere material quirúrgico olvidado; que la cirugía fue practicada correctamente y la evolución del postoperatorio fue satisfactoria; y que los eventos que se sucedieron, están relacionados con el diagnóstico y tratamiento de carcinomatosis peritoneal.

El informe del Servicio de Coordinador de Urgencias del Hospital de La Princesa, describe las asistencias prestadas a la paciente en las ocasiones en que acudió a dicho servicio.

Asimismo, el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del HGUGM refiere en primer término la asistencia dispensada en términos coincidentes con el contenido de la historia clínica. A continuación explica que al quinto ciclo de quimioterapia sistémica se valora respuesta en el comité de carcinomatosis peritoneal y se compara con

el TAC que se había realizado a la paciente en mayo de 2017, precisando que se aprecia mejoría pero aún se ven unas lesiones sólidas y se calcula un índice de extensión de enfermedad peritoneal (PCI) de 18. Explica que 0 equivale a que no hay enfermedad, y 39 equivale a enfermedad máxima.

Señala que el comité multidisciplinar, compuesto por radiólogos, oncólogos, cirujanos, decide que la paciente debería recibir un último ciclo de quimioterapia sistémica y posteriormente realizar citorreducción mas quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertímica (HIPEL) por esta en respuesta radiológica en comparación con el TAC de mayo de 2017.

Explica que la Unidad de Carcinomatosis Peritoneal del HGUGM lleva más de 19 años en funcionamiento, habiendo realizado más de 630 procedimientos de citorreducción y HIPEL, realizando actualmente entre uno y dos procedimientos a la semana con esta técnica.

Indica que basan el diagnóstico de carcinomatosis peritoneal en el análisis en conjunto de información del tumor, información clínica, imágenes y biopsias percutáneas, en el caso de que las lesiones sean susceptibles de biopsar. Precisa que en el caso de este paciente, la lesión de mayor tamaño medía 10 mm y estaba localizada sobre la pared del sigma, en donde el riesgo de perforación de víscera hueca supera el beneficio de la biopsia.

Además de poner de manifiesto que la paciente fue debidamente informada y firmó el consentimiento informado, aclara que en pacientes con carcinomatosis peritoneal no se toman decisiones intraoperatorias en base a biopsias intraoperatorias porque presentan distintas limitaciones: son consideradas de baja calidad, nunca definitivas; imprecisión para establecer las características histológicas, y tener que ser informadas en pocos minutos.

Finaliza señalando que la paciente continúa en el momento de emitirse el informe el seguimiento oncológico en ese centro, mediante seguimiento clínico y radiológico, estando hasta ese momento libre de enfermedad tumoral.

Los Servicios de Oncología Médica del Hospital de La Princesa y del HGUGM describen la asistencia prestada en cada uno de ellos.

Además, el Servicio de Oncología Médica del HGUGM explica que el diagnóstico de recaída de cáncer colorrectal metastásico con afectación peritoneal, se establece por métodos radiológicos. Prosigue señalando que la indicación de tratamiento en la primera línea de enfermedad metastásica es la quimioterapia, asociada a un tratamiento biológico, y que ante la respuesta radiológica con la quimioterapia asociada a mejoría clínica, se presentó en el comité de carcinomatosis peritoneal que indicó la cirugía radical adjudicando a la enfermedad basal un PCI 18.

Precisa que la indicación de cirugía después del tratamiento de quimioterapia es una estrategia terapéutica recomendada en guías internacionales, *“incluidas las más reconocidas”* y la del propio centro, ya que prolonga la supervivencia e incluso puede obtener la curación, situación que no es posible con quimioterapia como único tratamiento.

En relación con el estudio histológico de las muestras obtenidas en la cirugía, afirma que la fibrosis es un hallazgo habitual en las respuestas patológicas completas en Oncología, y finaliza señalando que en el contexto de la carcinomatosis peritoneal de origen colorrectal, el porcentaje de respuestas patológicas completas tras neoadyuvancia se estima en torno al 10%.

Por medio de escritos de fechas 5 de marzo y 19 de junio de 2020, el abogado de la interesada solicita el envío telemático del informe de la Inspección Sanitaria.

Por oficio de la Jefa de equipo del SERMAS de fecha 9 de julio de 2020, se contesta la citada solicitud indicando que en el expediente, en esa fecha, no obra de momento el Informe de la Inspección Sanitaria, estando compuesto por el escrito de reclamación, la historia clínica y los informes preceptivos.

Finalmente, el informe de la Inspección Sanitaria, de fecha 27 de julio de 2020, tras analizar la historia clínica y la documentación obrante en el expediente, concluye que la atención que se prestó a la reclamante es conforme a *lex artis* tanto en las actuaciones diagnósticas como en los procedimientos terapéuticos que se emplearon.

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes y de la historia clínica, evacuado el oportuno trámite de audiencia, no consta que la interesada formulara alegaciones.

El viceconsejero de Asistencia Sanitaria ha formulado propuesta de resolución de 11 de noviembre de 2020 en el sentido de desestimar la reclamación por no concurrir los presupuestos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

CUARTO.- Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 19 de noviembre de 2020 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido su estudio, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Laura Cebrián Herranz, que formuló y firmó la oportuna

propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 22 de diciembre de 2020 .

La solicitud del dictamen fue acompañada de la documentación que se consideró suficiente.

A la vista de estos 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, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3 del Reglamento de Organización y funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

SEGUNDA.-La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada, según consta en los antecedentes, ha de ajustarse a lo dispuesto en LPAC.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo del artículo 4 de la LPAC en relación con el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) al haber recibido la asistencia sanitaria objeto de reproche.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria se prestó en centros sanitarios públicos de su red asistencial.

En cuanto al plazo, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, a tenor del artículo 67.1 de la LPAC, tienen un plazo de prescripción de un año desde la producción del hecho que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo, que se contará, en el caso de daños de carácter físico o psíquico, desde la curación o la fecha de determinación del alcance de las secuelas.

En el caso sometido a dictamen, el alta hospitalaria tras la hemicolectomía practicada a la interesada el día 30 de marzo de 2017, tiene lugar el día 4 de abril de 2017. No obstante, la reclamación incluye reproches no sólo referidos al pretendido olvido de material quirúrgico en dicha operación, sino también respecto de la asistencia prestada por el Hospital Universitario de La Princesa y el HGUGM durante todo el proceso posterior. Desde esta perspectiva, teniendo en cuenta que los días 18 de mayo de 2018, 20 de agosto de 2018 y 26 de noviembre de 2018 se realizaron TAC dónde no se evidencian signos de recidiva tumoral local ni a distancia; y que el 6 de noviembre de 2018 se realiza colonoscopia que es informada como normal, cabe considerar que la presentación de la reclamación el día 28 de diciembre de 2018 tuvo lugar dentro del plazo legalmente establecido.

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 preceptivos previstos en el artículo 81 LPAC.

También consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria, y se ha incorporado al procedimiento la historia clínica.

Después de la incorporación al procedimiento de los anteriores informes se ha dado audiencia a la interesada que no formuló alegaciones dentro del plazo conferido al efecto. Finalmente se ha formulado la oportuna propuesta de resolución.

TERCERA.- El instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración, que tiene su fundamento en el artículo 106.2 de la Constitución y su desarrollo en la actualidad tanto en la LPAC como en la LRJSP, exige, según una constante y reiterada jurisprudencia, una serie de requisitos, destacando la sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2014 (recurso 4160/2011) que, conforme el artículo 32 de la LRJSP, es necesario que concurra:

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) Ausencia de 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)).

CUARTA.- En la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 5ª) de 15 de marzo de 2018 (recurso de casación 1016/2016), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (recurso de casación núm. 4229/2011) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010) que *«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 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», por lo que «si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido» ya que «la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los*

avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”».

En el presente caso, la reclamante considera deficiente la asistencia sanitaria dispensada y sostiene que en la intervención quirúrgica realizada el día 30 de marzo de 2017 en el Hospital Universitario de la Princesa se olvidaron clips quirúrgicos que provocaron una uropatía obstructiva del riñón derecho que ocasionó una ascitis que fue atribuida erróneamente a la existencia de una carcinomatosis peritoneal. Considera que por este diagnóstico fue derivada al HGUGM e intervenida el 17 de octubre de 2017 mediante laparotomía media xifopubica, intervención, en la que, afirma, tras constatar que no existía enfermedad neoplásica, extirparon útero y anexos y suministraron quimioterapia intraperitoneal. Añade que los estudios posteriores determinaron que nunca tuvo cáncer de colon estadio IV, ni carcinomatosis peritoneal, ni metástasis a distancia y que el deterioro de la función renal está relacionado con el olvido de material quirúrgico.

Así las cosas, procede analizar los reproches de la reclamante partiendo 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, 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 tal sentido, conviene señalar que la reclamante no ha aportado prueba alguna de la supuesta mala praxis en la asistencia prestada en el Hospital Universitario de La Princesa ni en HGUGM, circunstancia que contrasta con el contenido de la historia clínica, los informes de los facultativos que prestaron la asistencia sanitaria, y el informe de la Inspección Sanitaria que consideran que la atención dispensada fue correcta y adecuada, desvirtuando los reproches formulados en el escrito de reclamación.

Así, respecto del pretendido error en el diagnóstico de una carcinomatosis peritoneal, la Inspección explica que se entiende por carcinomatosis peritoneal la diseminación o propagación a la cavidad peritoneal de un cáncer con origen en algún órgano o víscera abdominal, suponiendo un estadio avanzado de la neoplasia original y un mal pronóstico.

Explica que la tomografía computarizada (TAC) es la prueba de elección para la detección de una carcinomatosis peritoneal, y que en el presente caso el diagnóstico de presunción inicial de la carcinomatosis peritoneal se basó en la objetivación en el TAC abdominal realizado el 21 de abril de 2017 de un patrón micronodular global en la grasa mesentérica y del omento mayor junto a una abundante cantidad de líquido libre intraabdominal.

Afirma que en el contexto clínico (adenocarcinoma de colon) estos hallazgos radiológicos obligaban a establecer como primer diagnóstico diferencial una carcinomatosis peritoneal.

Destaca a continuación que ni los citados hallazgos ni los correspondientes al riñón derecho (se describe como única alteración la existencia de un quiste simple) orientaban en modo alguno a la existencia en ese momento de una uropatía obstructiva en el riñón derecho.

Continua indicando que para profundizar en el diagnóstico diferencial se solicitó una nueva prueba diagnóstica (PET-TAC) de gran utilidad para la adecuada caracterización de las lesiones nodulares peritoneales ya que proporciona, en una sola exploración, además de información morfológica, la información funcional de la actividad metabólica de las células en base a la captación por estas de un radiofármaco (fluorodesoxiglucosa o 18FDG) con el que se puede identificar las áreas con elevado consumo, característica fundamental de los tejidos tumorales. Precisa que esta prueba concluyó con el mismo diagnóstico de hallazgos sugerentes de carcinomatosis peritoneal.

Recuerda que se realizaron posteriormente dos nuevos TAC abdominales (26 de mayo y 2 de agosto de 2017) interpretados por radiólogos diferentes que concluyeron con el mismo diagnóstico de carcinomatosis peritoneal; y que los TAC también fueron valorados el 18 de agosto de 2017 por un Comité de Tumores , órgano colegiado formado por diferentes especialistas, que fueron interpretados en el mismo sentido, calculándose el índice de carcinomatosis peritoneal basal de mayo de 2017 resultando un valor de 18.

Añade que los hallazgos macroscópicos intraoperatorios de la intervención quirúrgica del 17 de octubre también orientaron a la presencia de una carcinomatosis peritoneal (2 placas de 1cm c/u a nivel del espacio de Douglas y peritoneo vesical y nódulo de 0,6 cm en flanco izquierdo) calculándose un índice de carcinomatosis peritoneal de 4.

Explica que entre el diagnóstico de presunción inicial por TAC y PET-TAC de la carcinomatosis peritoneal y el diagnóstico anatomopatológico de las muestras tomadas en la intervención quirúrgica del 17 de octubre de 2017 que no evidenció en ese momento

la presencia de células tumorales, se aplicó un tratamiento de quimioterapia intravenosa que podría justificar el citado resultado.

Por todo lo expuesto, en relación con el reproche analizado, la Inspección concluye que no se considera acreditado que existiera error en el diagnóstico de presunción inicial de carcinomatosis peritoneal y que, con ese diagnóstico de presunción inicial de carcinomatosis peritoneal, la asistencia sanitaria fue adecuada.

Por otro lado, respecto a la etiopatogenia de la uropatía obstructiva del riñón derecho, explica que sería una entidad patológica independiente del diagnóstico de carcinomatosis peritoneal.

Se refiere al informe del PET-TAC de 22 de mayo de 2017 en el que se describe que no se identifican imágenes de litiasis en dicho uréter y que se aprecia “*material de sutura próximo al mismo*”; y al informe del TAC de 26 de mayo de 2017 en el que se indica que se observa “*clips quirúrgicos en uréter medio (posible ligadura) a correlacionar con antecedentes quirúrgicos*”.

Indica a su vez que en los hallazgos de la intervención quirúrgica del 17 de octubre de 2017 se refleja “*estenosis benigna de uréter derecho a nivel del tercio medio (clips)*”, y que estos datos apuntan a que la estenosis del uréter derecho estaría de algún modo relacionada con la presencia de clips quirúrgicos.

Considera que la cuestión a valorar sería en qué momento se produjo la estenosis ureteral, porque si se hubiera producido en el curso de la intervención quirúrgica del 30 de marzo de 2017 podría haber sido una complicación evitable. Sin embargo, si se hubiera producido en fechas posteriores a la citada intervención, con mucha probabilidad por la reacción fibrosa del organismo a la agresión quirúrgica pudiendo englobar tanto a los clips quirúrgicos

imprescindibles para la anastomosis ileocólica como al uréter derecho por proximidad, se consideraría una complicación inevitable e independiente de la praxis quirúrgica.

Explica que con los datos que obran en el expediente no se puede determinar con certeza total la respuesta a la cuestión planteada, existiendo sin embargo datos en contra del primer planteamiento (estenosis ureteral en el curso de la intervención quirúrgica):

- En el protocolo de la intervención se describe un procedimiento quirúrgico reglado y sin incidencias.

- En el protocolo de la intervención quirúrgica se refleja que se respeta el uréter derecho.

- La anastomosis ileocólica fue extracorpórea, es decir, la unión de los dos extremos intestinales se produjo en el exterior del cuerpo, con lo cual es prácticamente imposible que se hubiera ligado el uréter derecho en ese momento.

- En el citado protocolo se refleja asimismo el contaje correcto de gases y compresas y en la extracción de los trócares bajo visión directa. Afirma en los mismos términos que el Servicio de Cirugía General y Digestivo del Hospital Universitario de La Princesa que las grapas que aparecen en los estudios realizados posteriormente corresponden a material de sutura, permanente y biocompatible.

- La estenosis en ese momento del uréter derecho hubiera provocado una uropatía obstructiva aguda postquirúrgica derecha.

Añade que en el TAC abdominal realizado el 21 de abril de 2017 no se describe ningún hallazgo compatible con uropatía obstructiva del riñón derecho -solo se refleja la existencia de un quiste simple- y afirma

que si se hubiera producido en el curso de la intervención quirúrgica la estenosis del uréter, lo esperable sería que en este momento ya existiera algún hallazgo compatible con uropatía obstructiva del riñón derecho, al haber transcurrido ya 22 días desde la intervención quirúrgica y ser la producción de orina continua y con un volumen en condiciones normales en torno a 1-1,5 litros de orina al día para ambos riñones (aproximadamente 0,5 -0,75 litros por cada riñón).

Finalmente concluye que *“en relación a la asistencia prestada a la paciente (...) se deduce que la atención que se le prestó está de acuerdo a lex artis tanto en las actuaciones diagnosticas como en los procedimientos terapéuticos que se emplearon”*.

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 22 de junio de 2017 (recurso 1405/2012):

“...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”.

Por todo lo expuesto la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente,

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación presentada al no haberse acreditado infracción de la *lex artis* en la asistencia sanitaria dispensada a la reclamante en el Hospital de La Princesa y en el HGUGM.

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 22 de diciembre de 2020

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 574/20

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid