

Dictamen nº: **396/22**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **21.06.22**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 21 de junio de 2022, 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 un abogado, en nombre y representación de Dña., por los daños y perjuicios sufridos que atribuye a la defectuosa asistencia sanitaria dispensada en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos por el retraso de diagnóstico de una obstrucción intestinal secundaria a una hernia crural derecha estrangulada.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 19 de noviembre de 2020 tuvo entrada en la Comunidad de Madrid un escrito presentado por la persona citada en el encabezamiento, representada por un abogado, en el que reprocha que ha padecido una obstrucción intestinal secundaria a una hernia crural y que dicha patología se desarrolló tras tres visitas al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, sin la aplicación de los medios diagnósticos al alcance y con un retraso excesivo en la aplicación del tratamiento de más de 6 días que derivó

en una complicación con perforación, más peritonitis fecaloidea y shock séptico (infección generalizada), ocasionando graves secuelas físicas y neurológicas en la paciente.

El escrito de reclamación detalla que la primera asistencia al Servicio de Urgencias se produjo el día 31 de marzo de 2019 cuando acudió con síntomas de diarrea, dolor abdominal, náuseas y vómitos biliosos de dos días de evolución. Destaca que la analítica realizada aportó como resultado un valor ligeramente elevado de leucocitos y de la proteína C reactiva. Subraya que se le dio el alta médica con diagnóstico de gastroenteritis aguda y reprocha que la interesada no fuera interrogada de una manera completa en cuanto a la evolución de sus síntomas o sus antecedentes personales, ni tampoco se le realizara una exploración física completa que incluyese las regiones inguinales.

Continuando con el relato fáctico de la reclamación, el escrito refiere que la segunda asistencia al Servicio de Urgencias se produjo el día 5 de abril de 2019 por síntomas de intolerancia oral, náuseas y vómitos biliares de 5 y 6 días de evolución. La paciente estaba sin diarreas desde varios días antes y su sintomatología no mejoraba, sino que, al contrario, persistía el cuadro clínico. Destaca que la nueva analítica de sangre realizada mostró una elevación evidente del número de leucocitos con neutrofilia, una leve alteración de la coagulación, y una elevación de las cifras de bilirrubina total y directa y de la proteína C reactiva. Subraya que nuevamente se le otorgó el alta médica con el juicio diagnóstico de gastroenteritis aguda con intolerancia oral y deshidratación. El escrito destaca que llama mucho la atención, que en esta nueva visita a Urgencias tampoco se recojan los antecedentes personales de la paciente, ni se realice una historia clínica completa, registrando como motivo de la consulta hipertensión arterial, cuando en realidad la paciente había acudido a Urgencias porque presentaba intolerancia oral por náuseas y vómitos. Reprocha

que no se realizara ninguna prueba de imagen y, además, se omitiera nuevamente la exploración de las regiones inguinales para descartar la presencia de una hernia en esas localizaciones como causante del cuadro digestivo que venía padeciendo desde hace varios días, así como que tampoco se realizara una reposición hídrica a pesar de los graves y evidentes signos de deshidratación.

El escrito de reclamación destaca que no es hasta la tercera asistencia al Servicio de Urgencias el día 6 de abril cuando se realizaron pruebas de imagen: una radiografía simple de abdomen y una tomografía computorizada de abdomen, mostrando esta última una obstrucción completa del intestino delgado secundaria a una hernia crural derecha con un asa de íleon herniada con signos de sufrimiento, moderada cantidad de líquido intraabdominal, con neumoperitoneo, sugerente de perforación y leve realce peritoneal en la pelvis, sugerente de peritonitis. Posteriormente, el cirujano de guardia detectó una tumoración inguinal derecha compatible con una hernia incarcerada.

La reclamación expone que la interesada tuvo que someterse una operación quirúrgica de urgencia, donde se evidenció una peritonitis fecaloidea de cuatro cuadrantes y una hernia crural incarcerada con íleon atrapado en el saco herniario y perforación de este último. Añade que tras la cirugía la interesada entró en estado de shock séptico, fracaso multiorgánico y coagulación intravascular diseminada, ingresando en la UCI, donde permaneció 51 días entubada y donde recibió diálisis precoz. Además, incide en que sufrió otras complicaciones: miopatía grave con necesidad de traqueotomía percutánea, gran dependencia de la ventilación artificial, infección de herida quirúrgica por hongos y bacterias multirresistentes y sus necesarias curas con terapias con vacío (VAC) en el quirófano, además de diversos tratamientos antibióticos y días después, una fistula

enterocutánea que se limpió en el quirófano y una gastroenteritis por Clostridium difficile. Asimismo, posteriormente y debido a la trombosis de un pseudoaneurisma en la arteria femoral izquierda, tuvieron que colocarle una endoprótesis y, a continuación, padeció una trombosis del miembro superior derecho, tratada con anticoagulación subcutánea. El día 25 de junio de 2019, la reclamante fue trasladada al Hospital Virgen de la Poveda, donde fue incluida en el programa de rehabilitación funcional para ser tratada de tetraparesia con mayor afectación del hemicuerpo izquierdo, disfagia con alteración severa del equilibrio tanto estático como dinámico con tendencia al desequilibrio posterior y déficit leve de atención y labilidad emocional, entre otras secuelas graves, recibiendo el alta el día 20 de septiembre de 2019.

En virtud de lo expuesto, el escrito de reclamación considera que el diagnóstico precoz de la obstrucción intestinal secundaria a una hernia crural derecha estrangulada habría evitado con toda seguridad que la hernia se hubiera complicado tanto hasta el punto de perforarse y ocasionar una peritonitis fecaloidea, con las implicaciones negativas que tiene en el pronóstico posterior y la alta tasa de morbimortalidad. Subraya que desde que la paciente consultó por primera vez en el Servicio de Urgencias con el inicio de sus síntomas (31 de marzo), hasta ser diagnosticada de una hernia crural complicada con una perforación intestinal y peritonitis fecaloidea, se produjo un retraso excesivo de hasta 6 días en alcanzar un diagnóstico correcto y poder tratarle adecuadamente. Por ello reclama una indemnización en cuantía que no concreta.

El escrito de reclamación se acompaña con copia de la escritura de poder otorgado a favor del abogado firmante de dicho escrito; diversa documentación médica relativa a la asistencia sanitaria reprochada y un informe pericial emitido por un médico especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo (folios 1 a 100 del expediente).

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

La reclamante, de 63 años de edad en la fecha de los hechos objeto de reclamación, acudió el día 31 de marzo de 2019 al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos por presentar desde dos días antes diarrea sin productos patológicos junto con dolor abdominal, sensación nauseosa y vómitos. Se encontraba afebril. Refería como antecedentes epidemiológicos que su nieto e hija habían estado igual. Además, refería dolor en la rodilla derecha tras caída casual, que no le había impedido la deambulación.

En la exploración general, la tensión arterial era de 183/110, se encontraba bien hidratada y perfundida, normocoloreada y eupneica en reposo. Mostraba buen estado general. En la exploración abdominal: murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin masas o megalías, ni irritación peritoneal. Ruidos hidroaéreos presentes aumentados.

Se pautó analítica de sangre con hemograma y bioquímica, en la que se objetiva leucocitosis leve de 11.210 (límite superior de normalidad 11.000) con una cifra de hemoglobina aumentada de 18.5 (límite superior de normalidad, 15), sin alteración de la función renal ni de los parámetros de bilirrubina, tampoco de las enzimas hepáticas ni pancreáticas, con una proteína C reactiva (PCR) discretamente elevada de 1.33.

El juicio diagnóstico fue de gastroenteritis aguda sin datos de alarma analíticos y se pautó como tratamiento la observación domiciliaria, mantener una correcta ingesta hídrica, paracetamol 1 g un comprimido cada 8 horas en caso de dolor, metoclopramida un comprimido cada 8 horas si tuviera náuseas y ranitidina 150 mg un

comprimido cada 24 horas durante 7 días, así como control por su médico de Atención Primaria.

El día 5 de abril de 2019 la reclamante acudió de nuevo a Urgencias a las 19.53 horas. En el cribado de urgencias se registró una tensión arterial elevada. Se anotó que la paciente presentaba una clínica compatible con gastroenteritis desde hace 5-6 días con intolerancia oral por náuseas y vómitos de características biliares. Ese día había vomitado solo 1 vez. No presentaba fiebre, ni diarrea desde hacía varios días. En la exploración física se hizo constar aceptable estado, mucosa oral seca, deshidratada y auscultación cardiopulmonar normal. En la exploración abdominal consta abdomen blando, depresible, no doloroso. Ruidos hidroaéreos disminuidos.

Se realizó analítica con el resultado de leucocitosis de 15.900 con elevación de PCR a 1.72, persiste cifra similar de hemoglobina de 18,5 y una bioquímica con datos incipientes de deshidratación (urea alta) con función renal y iones normales. El perfil hepático también era normal.

Con el juicio clínico de gastroenteritis aguda con intolerancia oral y deshidratación, se dio el alta pautándose como tratamiento beber al menos 2,5 litros de líquidos o sueros de farmacia al día y dieta blanda, domperidona y dexametasona y se recomendó volver a Urgencias en caso de empeoramiento.

La reclamante volvió al Servicio de Urgencias el 6 de abril de 2019. Se anotaron las recientes visitas a ese servicio y se rehistórió a la interesada. Así, consta que refería malestar abdominal desde el martes 26 (hace 12 días), cuando tras comer una hamburguesa, presentó malestar abdominal y deposición diarreica; el día 30 tuvo otra deposición diarreica y comenzó entonces con vómitos. Desde entonces había mantenido vómitos de repetición, sin realizar nuevas deposiciones. Refería dolor abdominal epigástrico como único síntoma

acompañante. Interrogada por clínica constitucional, manifestó pérdida de peso no cuantificada desde septiembre de 2018.

En la exploración física: mostraba mal estado general, deshidratada, sudorosa y nauseosa. Consciente, orientada e inatenta. En la exploración abdominal: distensión de predominio epigástrico, ausencia de ruidos hidroaereos, timpánico y doloroso a la palpación profunda en epigastrio.

Se realizó Rx de abdomen que mostró marcada dilatación de cámara gástrica y leve de asas de intestino delgado proximal; gas y heces en ampolla rectal.

A las 21:37 horas se realizó interconsulta al Servicio de Cirugía General. Se realiza TC en el que se evidencia hernia inguinal derecha incarcerada con líquido libre y burbujas de neumoperitoneo, en posible relación con hernia complicada. Se anota que se ha colocado sonda nasogástrica con débito de aspecto intestinal en torno a 400 cc. A la exploración el abdomen distendido, doloroso a la palpación de forma difusa y se palpa tumoración en región inguinal derecha compatible con hernia incarcerada. Se comenta con radiólogo de guardia que observa hernia inguinal derecha con íleon distal en su interior, líquido libre y burbujas de neumoperitoneo.

Se explica a la paciente la necesidad de realizar cirugía urgente (laparotomía exploradora con riesgo de resección intestinal), se explican riesgos asociados y se entrega el documento de consentimiento informado, que firma. Se revisa tratamiento y se cursa ingreso, iniciándose antibioterapia con piperacilina/tazobactam.

Ese mismo se realiza laparotomía exploradora, más resección intestinal y reparación de hernia crural. Se evidencia peritonitis fecaloidea de cuatro cuadrantes. Hernia crural incarcerada con íleon

atrapado en saco herniario, que se reduce desde el interior de cavidad abdominal, evidenciándose perforación del asa. Se realiza resección de segmento de íleon afecto y se realiza anastomosis laterolateral mecánica. Se revisa todo el intestino y resto de órganos abdominales, que presentan buen aspecto. Se realiza incisión en región inguinal derecha. Se diseña y libera saco herniario crural derecho, que se reseca, cerrando el mismo con polysorb 2.0 y reduciéndolo. Se coloca plug de polipropileno en orificio crural. La reclamante permanece inestable durante la intervención, precisando fluidoterapia y vasopresores.

Tras la cirugía, la interesada es trasladada a la UCI con el juicio clínico de shock séptico y fracaso multiorgánico, en relación con hernia incarcerada perforada evolucionada y peritonitis fecaloidea de 4 cuadrantes asociada. Se procede a intubación e inicio de resucitación agresiva, comenzando con diálisis precoz. Presenta primeras 48 horas críticas con elevado riesgo vital con progresiva resolución de los fracasos orgánicos en los 4-5 días siguientes.

Durante el ingreso en la UCI presentó las siguientes complicaciones: miopatía grave que condicionó un destete muy lento, con necesidad de traqueostomía percutánea el 24 de abril; gran dependencia de ventilación artificial a pesar de la fisioterapia respiratoria precoz, para finalmente poder decanular a la paciente el 23 de mayo; el 23 de abril se realizó TC de control con el resultado de: hematoma subcapsular esplénico 10x10 cm, pseudoaneurisma 1,8 cm de arteria femoral superficial izquierda no complicado, colitis focal en ángulo esplénico, escaso líquido libre y en zona inguinal intervenida. Se mantuvo antibioterapia. Presentó anemia, con transfusión frecuente sin causa aparente en dos ocasiones. El pseudoaneurisma estuvo en seguimiento y control por Cirugía Vascular.

Durante su estancia en planta fue valorada conjuntamente por servicios de Endocrinología, Medicina Interna, Rehabilitación, Otorrinolaringología y Unidad de Disfagia, Cirugía Vascular y Cirugía General. Comenzó tolerancia con dieta de absorción proximal, que progresó a dieta de disfagia y suplementos nutricionales orales una vez resuelta la fistula enterocutánea. Tras evidenciar mejoría radiológica en último TC de 7 de junio de 2019, la paciente continúa con curas diarias de su herida quirúrgica por parte de Enfermería, con buena evolución. Además, realizó rehabilitación de su disfagia y baja diariamente al gimnasio para rehabilitación de su miopatía, progresando adecuadamente. Como complicación durante su estancia en planta presenta trombosis de miembro superior derecho en relación con PICC (inserción periférica de catéter central), por lo que se inicia anticoagulación con heparina de bajo peso molecular. La paciente presentó además amenización sin evidenciar sangrado. Fue valorada por Cirugía Vascular, que realiza ecodoppler de miembros inferiores y se suspendió clopidogrel tras haber cumplido un mes de antiagregación tras la colocación de stent.

El 25 de junio de 2019, la reclamante fue dada de alta para traslado al Hospital Virgen de la Poveda, centro de cuidados intermedios, para continuar con rehabilitación. Al alta se encontraba afebril, hemodinámicamente estable, ya sin antibioterapia. Presentaba buen estado general. Buena tolerancia a dieta según recomendaciones de disfagia. Tránsito conservado, deposiciones sin productos patológicos. Los diagnósticos al alta son: hernia crural incarcerada con asa de intestino delgado perforada y peritonitis fecaloidea asociada; hipertensión arterial; coagulopatía. Disfunción respiratoria. Acidosis metabólica con acidosis láctica. Insuficiencia renal aguda prerrenal. Disfunción multiorgánica; fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida; estado de dependencia de respirador; miopatía de estado crítico; desnutrición proteico-calórica grave; colitis

por Clostridium difficile; pseudoaneurisma arteria femoral superficial izquierda; infección de herida quirúrgica; fistula enterocutánea y trombosis venosa de miembro superior derecho.

Ingresó en el Hospital Virgen de la Poveda para recuperación funcional por síndrome de desacondicionamiento físico por ingreso hospitalario prolongado más polineuromiopatía de paciente crítico tras ingreso en UCI durante 51 días. Durante su estancia en el centro se realizó rehabilitación con técnicas de fisioterapia, terapia ocupacional y logoterapia con lenta mejoría. En el momento del alta el 20 de septiembre de 2019, el balance muscular es 5/5 salvo tibial anterior derecho 4/5, sin disfagia, con alteración del equilibrio, leve déficit de atención y labilidad emocional.

El 12 de noviembre de 2019 recibió el alta en la consulta de Cirugía General al encontrarse clínicamente bien, con ingesta y tránsito intestinal normales, buen aspecto de las heridas quirúrgicas y sin evidencia de eventración abdominal.

El 23 de diciembre de 2019 recibió el alta en el Servicio de Rehabilitación, constatando que aún le quedaban dificultades físicas necesitando un andador para deambular.

En la revisión en el Servicio de Endocrinología el 5 de febrero de 2020 fue citada para nueva revisión en dos años, encontrándose recuperada de la desnutrición mixta sufrida durante el ingreso hospitalario, así como por encontrarse asintomática respecto al bocio multinodular diagnosticado tras el alta del Hospital Virgen de la Poveda.

El 4 de mayo de 2020 recibió el alta en la consulta de Neurología, donde había estado en seguimiento por presentar alteración de la marcha secundaria a una miopatía del enfermo crítico y microangiopatía hipertensiva.

El 3 de agosto de 2020 acudió a revisión al Servicio de Cardiología, siendo citada para nueva revisión en 1 año por presentar una miocardiopatía hipertrófica apical, además de haber sufrido un episodio de fibrilación auricular paroxística durante el ingreso en la UCI.

La última revisión en el Servicio de Cirugía Vascular se produjo el 21 de septiembre de 2020, donde se encontraba en seguimiento por haber presentado durante el ingreso hospitalario de 2019 un pseudoaneurisma de la arteria femoral superficial izquierda, tratado con una endoprótesis. La evolución era favorable y se pautó un control anual.

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 (en adelante, LPAC).

Consta que se requirió a la reclamante para que concretase la cuantía indemnizatoria solicitada o al menos los criterios para su determinación, lo que fue contestado el 3 de diciembre de 2020 mediante escrito en el que se indica que la cuantía de la indemnización se establece como indeterminada al no poder definir el alcance de las secuelas y la incapacidad de la reclamante hasta la finalización de su periodo de rehabilitación. No obstante, indica que, si de la prueba que se practicará en este procedimiento, quedase acreditada la mala praxis, aplicarán a título orientativo y de forma muy ponderada Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, por la que se da publicidad a las cuantías de las indemnizaciones básicas por lesiones permanentes en accidente de tráfico.

Asimismo, se dio traslado de la reclamación al Hospital Universitario Rey Juan Carlos, en cuanto centro concertado con la Comunidad de Madrid. Dicho centro hospitalario remitió la historia clínica de la reclamante y el informe del Servicio de Urgencias, implicado en el proceso asistencial reprochado por la interesada (folios 109 a 2.779 del expediente). También se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del Hospital Virgen de la Poveda (folios 2.784 a 2.801 del expediente).

El informe de 14 de diciembre de 2020 del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario del Rey Juan Carlos, tras detallar los datos extraídos de la historia clínica, señala que en la primera valoración el 31 de marzo del 2019, la paciente presentaba un cuadro de corta evolución (2 días) de síntomas gastrointestinales (diarrea, dolor abdominal, sensación nauseosa y vómitos) junto con un antecedente epidemiológico de síntomas similares en la familia. En la exploración física, la paciente presentaba buen estado general, estaba bien hidratada y perfundida, y presentaba una exploración abdominal sin ningún dato de alerta que hiciera sospechar dato alguno de patología obstructiva abdominal. Se realizó además una analítica que tampoco presentaba dato alguno de alarma. Por todo ello, los datos eran compatibles con el juicio diagnóstico emitido y no se consideró necesaria la solicitud de otras pruebas complementarias.

En cuanto a la segunda valoración, el informe indica que la paciente presentaba una exploración abdominal sin dolor y con un abdomen blando y depresible que no sugería la existencia de un cuadro obstructivo y que la reclamante no conocía la existencia de ninguna hernia previa ni percibió la existencia de ningún bulto en esa semana en que se fue desarrollando la enfermedad y que por tanto dicha hernia no fue evidenciada en la exploración del abdomen, (en las 3 visitas se exploró el abdomen y en ninguna se objetivó, siendo esta diagnosticada por TAC). Aclara que la hernia no generó clínica

específica de dolor local como hubiera sido de esperar (en las 3 visitas fue interrogada por dolor abdominal y sólo en la última se especifica que dicho dolor estaba localizado en epigastrio, nunca en la ingle donde estaba la hernia) y que además, el hecho de existir un antecedente epidemiológico con 2 familiares afectos con los mismos síntomas, recogido en la primera visita y corroborado en la tercera visita a Urgencias, apoyó la teoría inicial de la gastroenteritis infecciosa como la más estimable y solo la evolución desfavorable y el empeoramiento analítico en pocas horas, orientó el diagnóstico en otra dirección.

Por último, el informe destaca que no puede hacerse una valoración de la asistencia en función del diagnóstico final y añade que los responsables del Servicio de Urgencias mantuvieron una reunión con los familiares de la interesada el 26 de abril de 2019 para tratar de aclarar sus dudas y ofrecerles toda su colaboración en el futuro.

Consta también en el expediente el informe de 23 de septiembre de 2021 de la Inspección Sanitaria que, tras analizar la historia clínica de la interesada y el informe emitido en el curso del procedimiento, considera que se puede entender que en la primera asistencia en Urgencias se orientase el cuadro hacia una gastroenteritis aguda, a pesar de que únicamente había tenido 2 deposiciones en dos días, lo que no se corresponde con la definición de diarrea, pero como recogen algunos estudios publicados, aunque es infrecuente, puede existir gastroenteritis sin diarrea. Si bien, la Inspección entiende que, en la atención del día 5, la historia registra una anamnesis mínima a pesar de que la paciente acudía por segunda vez por persistir la sintomatología durante 7 días. Se mantiene el diagnóstico previo sin que se recojan las características del dolor, o de los demás síntomas. La exploración no encuentra dolor a la palpación ni masas, sin

precisar si incluye región inguinal, y sin constar percusión abdominal. Los ruidos hidroaéreos están disminuidos. Se recogen en la exploración signos de deshidratación. En la analítica existe leucocitosis con desviación izquierda, aumento de PCR y alteraciones en la gasometría.

La Inspección Sanitaria considera que la persistencia del cuadro clínico durante al menos 7 días, con vómitos que dificultan la ingesta de líquidos, la persistencia del dolor, ausencia de deposición durante ese periodo, unidos a los signos de deshidratación en la exploración física, la edad de la paciente y las alteraciones analíticas justificarían que se cuestionase el diagnóstico inicial de gastroenteritis e indicarían la realización de pruebas de imagen para completar el diagnóstico, la valoración por el Servicio de Cirugía General, y la administración de fluidoterapia para rehidratar a la paciente, incluso su hospitalización para observar la evolución.

Por todo lo expuesto, la Inspección Sanitaria concluye que en la segunda visita a Urgencias no se realizó una historia clínica completa, que permitiera valorar otras posibilidades diagnósticas distintas a la gastroenteritis. Tampoco se valoraron adecuadamente las alteraciones analíticas y no se solicitaron otras pruebas, que podrían haber conducido al diagnóstico. Por ello, entiende que ha existido un retraso en el diagnóstico y tratamiento de hernia crural incarcerada que ha ocasionado una perforación de intestino delgado y peritonitis fecaloidea, que ha condicionado la gravedad del cuadro clínico en el momento del diagnóstico, complicando el tratamiento y que probablemente ha alargado la recuperación de la paciente.

Consta en el expediente que la compañía aseguradora del Servicio Madrileño de Salud remitió el 10 de enero de 2022 un informe de valoración del daño por importe de 132.753,20 euros y comunicó el

fracaso de las negociaciones con la interesada para llegar a un acuerdo indemnizatorio.

Una vez instruido el procedimiento se confirió trámite de audiencia a la reclamante y al Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Consta que el centro hospitalario formuló alegaciones el 14 de febrero de 2022 en las que reconoció que la actuación en el Servicio de Urgencias no fue conforme a la *lex artis*, si bien solicitó que se tuvieran en cuenta las consideraciones del informe del servicio en cuanto a los motivos por lo que no se solicitó la radiografía de abdomen. No figura en el expediente que la interesada formulara alegaciones dentro del trámite conferido al efecto.

Finalmente, el 4 de mayo de 2022 se formuló propuesta de resolución en la que se estima la reclamación de responsabilidad patrimonial al considerar que se ha acreditado la infracción de la *lex artis* en la asistencia sanitaria prestada por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos y se propone una indemnización por importe de 132.753,20 euros en base a la valoración realizada por la compañía aseguradora del Servicio Madrileño de Salud.

Consta que la interesada ha interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de su reclamación que se sigue en el Tribunal Superior de Justicia de Madrid (Procedimiento ordinario 26/2022).

CUARTO.- El 10 de mayo de 2022 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 311/22 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 21 de junio de 2022.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

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

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, 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.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, conforme a lo dispuesto en el artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, al haber recibido la asistencia sanitaria reprochada.

La legitimación pasiva resulta indiscutible que corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria reprochada se prestó por el Hospital Universitario Rey Juan Carlos, en virtud del concurso suscrito con la Comunidad de Madrid. En este punto cabe indicar que es imputable a la Administración sanitaria la responsabilidad por el funcionamiento de los servicios públicos en el seno de las prestaciones propias del Sistema Nacional de Salud, sea cual fuere la relación jurídica que la une al personal o establecimientos que directamente prestan esos servicios, sin perjuicio de la facultad de repetición que pudiera corresponder. En este sentido se ha manifestado esta Comisión Jurídica Asesora (dictámenes 112/16, de 19 de mayo, 193/17, de 18 de mayo y 107/18, de 8 de marzo, entre otros muchos) asumiendo la reiterada doctrina del Tribunal Superior de Justicia de Madrid expresada, entre otras, en las sentencias de 30 de enero (recurso 1324/2004, Sala de lo contencioso-Administrativo, Sección 8^a) y de 6 de julio de 2010 (recurso 201/2006, Sala de lo Contencioso- Administrativo, Sección 9^a).

En esta misma línea se sitúa la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de las Islas Canarias (Santa Cruz de Tenerife) de 22 de mayo de 2019 (rec. 68/2019) que, tras destacar que la LPAC no recoge una previsión similar a la disposición adicional duodécima de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), considera que, en los casos en los que la asistencia sanitaria a usuarios del Sistema Nacional de Salud es prestada por

entidades concertadas con la Administración (como era el caso), se trata de sujetos privados con funciones administrativas integrados en los servicios públicos sanitarios, por lo que no es posible que se les demande ante la jurisdicción civil ya que actual en funciones de servicio público.

En cuanto al 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 presente caso, en el que se reclama por el retraso de diagnóstico y tratamiento de una obstrucción intestinal secundaria a una hernia crural derecha estrangulada, teniendo en cuenta que la cirugía tuvo lugar el 6 de abril de 2019, y que la reclamante permaneció ingresada hasta el 25 de junio de ese año para posteriormente ser internada en un centro de rehabilitación donde permaneció hasta el 20 de septiembre de 2019, debe reputarse formulada en plazo la reclamación presentada el 19 de noviembre de 2020, considerando la suspensión de los plazos de prescripción desde el 14 de marzo de 2020 al 4 de junio de 2020 conforme la disposición adicional 4^a del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, y sin perjuicio de la fecha de curación o de determinación de las secuelas.

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 por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos. También se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la reclamante y se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen. Tras ello, se confirió trámite de audiencia a la interesada y al centro hospitalario concertado y se redactó la propuesta de resolución en sentido

desestimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

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

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

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

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

- c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.
- d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005) y otras 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”*.

En concreto, cuando se trata de daños derivados de la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público porque el criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios.

Así, el Tribunal Supremo, en doctrina reiterada en numerosas ocasiones (por todas, la Sentencia de 15 de marzo de 2018, recurso núm. 1016/2016) ha señalado 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”.

CUARTA.- En este caso, como hemos visto en los antecedentes, la interesada alega la existencia de un error en el diagnóstico y tratamiento, pues considera que acudió en tres ocasiones al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos sin que fuera interrogada de una manera completa en cuanto a la evolución de sus síntomas o sus antecedentes personales, ni tampoco se le realizara una exploración física completa que incluyese las regiones inguinales ni una prueba de imagen hasta la tercera visita que evidenció que lo que había sido diagnosticado como una gastroenteritis aguda en realidad se trataba de una hernia inguinal derecha incarcerada que precisó una cirugía urgente con graves complicaciones para la interesada.

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.

Centrado así el objeto de la reclamación, vamos a analizar los reproches de la interesada, partiendo de lo que constituye la regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019), 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 este caso, la reclamante ha aportado un informe pericial suscrito por un médico especialista en Cirugía General y Aparato Digestivo que ha considera que en el caso de la interesada ha existido una infracción de la *lex artis* al no realizar adecuadamente la historia clínica en las visitas a Urgencias los días 31 de marzo y 5 de abril de 2019, ya que el interrogatorio efectuado a la paciente fue insuficiente como para extraer la información esencial que podría haber orientado a establecer un diagnóstico diferencial y un correcto juicio diagnóstico. A ello añade que la exploración física fue incompleta, obviando la importancia que tiene la inspección y palpación de las regiones inguinales cuando el cuadro que cuenta el paciente implica al aparato digestivo, ya que el hallazgo de una tumoración inguinal puede ser determinante en la orientación diagnóstica. Además, incide en que en la consulta a Urgencias del 5 de abril, a pesar de referir intolerancia oral, mostrar signos de deshidratación en la exploración física y datos analíticos que reforzaban el diagnóstico de deshidratación, la paciente fue dada de alta a su domicilio para rehidratarse por vía oral, cuando las guías clínicas indican que ante un caso de estas características

(deshidratación en un paciente que no tolera por vía oral), el paciente afectado deberá permanecer hospitalizado para poder ser repuesto hídricamente por vía intravenosa. El informe pericial aportado por la interesada, sostiene, además, que se podría haber llegado al diagnóstico correcto, sobre todo el día 5 de abril, mediante la realización de una prueba radiológica, empezando por una radiografía simple de abdomen, que es una prueba disponible en cualquier Servicio de Urgencias, rápida de realizar y de obtener un resultado, y sencilla de interpretar. Para la especialista que ha informado en el procedimiento a instancias de la reclamante, el diagnóstico precoz de la obstrucción intestinal secundaria a una hernia crural derecha estrangulada habría evitado con toda seguridad que la hernia se hubiera complicado tanto hasta el punto de perforarse y ocasionar una peritonitis fecaloidea, con las implicaciones negativas que tiene en el pronóstico posterior y la alta tasa de morbimortalidad.

Por su parte, la Inspección Sanitaria ha informado en el procedimiento que en la primera consulta del día 31, se valoró la clínica poco específica, analítica también poco específica y exploración física sin hallazgos, junto con los antecedentes de un cuadro similar en otros familiares, por lo que se puede entender que se orientase el cuadro hacia una gastroenteritis aguda, a pesar de que únicamente había tenido 2 deposiciones en dos días, lo que no se corresponde con la definición de diarrea, pero como recogen algunos estudios publicados, aunque es infrecuente, puede existir gastroenteritis sin diarrea. No obstante, coincide con el informe pericial de parte en que, en la atención del día 5, la historia registra una anamnesis mínima a pesar de que la paciente acudía por segunda vez por persistir la sintomatología durante 7 días. Se mantiene el diagnóstico previo sin que se recojan las características del dolor, o de los demás síntomas. La exploración no encuentra dolor a la palpación ni masas, sin precisar si incluye región inguinal, y sin constar percusión abdominal.

Los ruidos hidroaéreos están disminuidos. Se recogen en la exploración signos de deshidratación. En la analítica existe leucocitosis con desviación izquierda, aumento de PCR y alteraciones en la gasometría. Por ello entiende que la persistencia del cuadro clínico durante al menos 7 días, con vómitos que dificultan la ingesta de líquidos, la persistencia del dolor, ausencia de deposición durante ese periodo, unidos a los signos de deshidratación en la exploración física, la edad de la paciente y las alteraciones analíticas justificarían que se cuestionase el diagnóstico inicial de gastroenteritis e indicarían la realización de pruebas de imagen para completar el diagnóstico, la valoración por el Servicio de Cirugía General, y la administración de fluidoterapia para rehidratar a la paciente, incluso su hospitalización para observar la evolución. Por ello concluye que ha existido un retraso en el diagnóstico y tratamiento de hernia crural incarcerada que ha ocasionado una perforación de intestino delgado y peritonitis fecaloidea, que ha condicionado la gravedad del cuadro clínico en el momento del diagnóstico, complicando el tratamiento y que probablemente ha alargado la recuperación de la paciente.

Como hemos visto en los antecedentes, el Hospital Universitario Rey Juan Carlos ha reconocido en el trámite de audiencia la infracción de la *lex artis* reprochada por la interesada, si bien ha solicitado que se tuvieran en cuenta las consideraciones del Servicio de Urgencias sobre los motivos por lo que no se solicitó una radiografía de abdomen. En el citado informe que obra en el procedimiento no aparece una justificación concreta sobre esa cuestión, sino que se hacen consideraciones generales sobre la asistencia sanitaria indicando que en la primera consulta la paciente presentaba un cuadro de corta evolución (2 días) de síntomas gastrointestinales (diarrea, dolor abdominal, sensación nauseosa y vómitos) junto con un antecedente epidemiológico de síntomas similares en la familia, y que los datos clínicos, los datos exploratorios y los datos analíticos, todos ellos en su conjunto podrían ser compatibles con el juicio diagnóstico

emitido y no se consideró necesaria la solicitud de otras pruebas complementarias. En cuanto a la segunda consulta, indica que está descrita una exploración abdominal sin dolor y con un abdomen blando y depresible que no sugerían la existencia de un cuadro obstructivo. Además, dice que la paciente no conocía la existencia de ninguna hernia previa ni percibió la existencia de ningún bulto en esa semana en que se fue desarrollando la enfermedad, ni tampoco manifestó dolor local y por tanto dicha hernia no fue evidenciada en la exploración. El hecho de existir un antecedente epidemiológico con 2 familiares afectos con los mismos síntomas, recogido en la primera visita y corroborado en la tercera visita a Urgencias, apoyó la teoría inicial de la gastroenteritis infecciosa como la más plausible y todo ello contribuyó a que la hipótesis diagnóstica de la complicación de una hernia no fuera tenida en cuenta entre las hipótesis iniciales. Sólo la evolución desfavorable y el empeoramiento analítico en pocas horas, orientó el diagnóstico en otra dirección.

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

En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de febrero de 2016 (rec. 1002/2013) manifiesta que “*las pruebas periciales no acreditan irrefutablemente un hecho, sino que expresan el juicio o convicción del perito con arreglo a los antecedentes que se le han facilitado (...)*” y “*no existen reglas generales pre establecidas para valorarlas, salvo la vinculación a las reglas de la sana crítica en el marco de la valoración conjunta de los medios probatorios traídos al proceso (...)*”.

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

En este caso, como hemos visto, tanto el informe de la Inspección Sanitaria como el informe pericial aportado por la reclamante coinciden en afirmar el retraso de diagnóstico producido si bien discrepan en cuanto al momento en que debe situarse dicho error. Mientras que el informe pericial de parte considera que ya en la primera asistencia en Urgencias existió mala praxis, por no realizar una anamnesis completa y no palpar las zonas inguinales, la Inspección Sanitaria considera que puede justificarse el diagnóstico alcanzado en dicha asistencia teniendo en cuenta ciertos datos que el informe pericial de parte omite, como es el antecedente de dos familiares con patología digestiva. En este caso, en una valoración conjunta de la prueba conforme a las reglas de la sana crítica, hemos de decantarnos por la mayor fuerza probatoria del informe de la Inspección Sanitaria y no solo por la objetividad que se presume del ejercicio de sus funciones sino por su mayor rigor argumental, en el

que se tienen en cuenta todas las circunstancias que pudieron influir en el diagnóstico, sin obviar como hace el informe pericial de parte los elementos que no favorecen su postura. Por ello hemos de situar el retraso diagnóstico en la segunda visita al Servicio de Urgencias el día 5 de abril, punto en el que los dos informes coinciden y que en modo alguno resulta desvirtuado por las parcas explicaciones dadas por el Servicio de Urgencias, a quién, según constante jurisprudencia *“probada la irregularidad”*, le corresponde *“justificar que, en realidad, actuó como le era exigible”*. Así lo demanda el principio de la *“facilidad de la prueba”*, que recuerda, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León de 6 de febrero de 2019 (recurso 538/2017) con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo, (así la Sentencia de 16 de febrero de 2012).

Por tanto, según los informes médicos citados, el 5 de abril de 2019, en la segunda visita a Urgencias, el cuadro que presentaba la reclamante debía haber hecho que los médicos se hubieran cuestionado el diagnóstico inicial y se hubieran planteado otro posible diagnóstico, pautando la realización de pruebas de imagen e incluso ingresando a la interesada para valorar la evolución, lo que no consta que se hiciera sino que al contrario se pautó el alta hospitalaria con el diagnóstico alcanzado en la primera asistencia de gastroenteritis aguda, lo que nos lleva a considerar que se produjo una infracción de la *lex artis* y que el daño sufrido por la reclamante deba ser considerado antijurídico, generando en la interesada el derecho a su indemnización.

QUINTA.- Procede emitir dictamen sobre la concreta valoración de los daños solicitados.

A estos efectos se ha de tener en cuenta, con carácter orientativo, el baremo establecido en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios

causados a las personas en accidentes de circulación (en adelante, Ley 35/2015), de conformidad con lo establecido en el apartado 10 de su disposición transitoria, de aplicación al presente caso al haber ocurridos los hechos con posterioridad a la entrada en vigor de dicha ley.

Como hemos visto, la interesada no fijó el importe de la indemnización solicitada en su escrito de reclamación inicial, ni tampoco lo ha concretado a lo largo del procedimiento aun siendo requerida para ello, limitándose a referirse a los criterios valorativos establecidos en la citada Ley 35/2015, pero sin concretar los conceptos indemnizatorios.

Así las cosas, para valorar el daño sufrido contamos únicamente con el informe elaborado por la compañía aseguradora del Servicio Madrileño de Salud, que es el que tiene en cuenta la propuesta de resolución para estimar la reclamación formulada en un importe de 132.753,20 euros y es al que debe atenerse esta Comisión Jurídica Asesora, a falta de otro criterio técnico, una vez contrastado con los datos que figuran en documentación examinada.

El citado informe considera indemnizables los siguientes conceptos:

1) LESIONES TEMPORALES:

- Días con pérdida de calidad de vida muy grave: los que permaneció en UCI del 6 de abril de 2019 al 27 de mayo de 2019. Total 51 días por 103,48 euros, lo que hace un importe 5.277,48 euros.

- Días con pérdida de calidad de vida grave: los que permaneció ingresada en el hospital, del 27 de mayo de 2019 al 20 de septiembre

de 2019. Total 116 días por 77,61 euros, lo que suma una cifra de 9.002,76 euros.

- Días con pérdida de calidad de vida moderada: el día previo al ingreso, el 5 de abril de 2019, lo que implica 53,81 euros.

2) INTERVENCIONES:

- Grupo quirúrgico 4 laparotomía- 983,09 euros.

- Grupo quirúrgico 5 aneurisma periférico revascularización- 1.138,32 euros.

- Grupo quirúrgico 3 traqueotomía- 827,87 euros.

- Grupo quirúrgico 0 desbridamiento- 413,94 euros

Total, intervenciones quirúrgicas (4): 3.363,22 euros.

3) SECUELAS

- Perjuicio psicofísico:

3.1. Ilectomía sin trastorno funcional (5 puntos).

3.2. Polineuropatía del paciente crítico, se le da el valor mínimo de la horquilla debido al balance muscular final al alta hospitalaria, camina con bastón (5 puntos).

3.3. Distimia: se le da un valor medio de la horquilla por la labilidad emocional (2 puntos).

3.4. Stent en AFS de miembro inferior izquierdo. Se le da el valor inferior de la horquilla (8 puntos).

3.5. Eventración (10 puntos).

Total 29 puntos de perjuicio psicofísico, 39.044,11 euros.

- Perjuicio estético medio: por las cicatrices de laparotomía media y la eventración, 20 puntos 22.200,31 euros.

- Perjuicio por pérdida de calidad de vida ocasionada por las secuelas. Actividades esenciales, limitadas: asearse, desplazarse y realizar tareas domésticas. Actividades específicas, afectadas: vida de relación, y muy afectadas: disfrute o placer y práctica de deportes. Total, 53.811,51 euros.

La suma de todos los conceptos expuestos arroja la indicada cifra de 132.753,20 euros, cantidad que deberá ser actualizada a la fecha que se ponga fin al procedimiento, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 34.3 de la LRJSP.

Por todo cuanto antecede, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede estimar la reclamación de responsabilidad patrimonial reconociendo a la interesada una indemnización de 132.753,20 euros, cantidad que deberá actualizarse a la fecha que se ponga fin al procedimiento.

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 21 de junio de 2022

La Vicepresidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 396/22

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid