

Dictamen nº: **110/23**

Consulta: **Consejero de Sanidad**

Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**

Aprobación: **09.03.23**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 9 de marzo de 2023, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por D., por los daños y perjuicios sufridos que atribuye al retraso de diagnóstico de una trombosis mesentérica en el Hospital Universitario del Sureste.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El reclamante, representado por un abogado, presentó un escrito en la Comunidad de Madrid, el 11 de octubre de 2021, en el que denunciaba la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario del Sureste, al que acudió el 24 de enero de 2021, aquejado de dolor abdominal.

A continuación, el interesado detallaba que, el día indicado, fue visto en el Servicio de Urgencias del referido centro hospitalario por dolor abdominal tipo intermitente de 5 días de evolución, que empeoraba con la ingestión, sin vómitos y deposiciones muy escasas. Refería que se cursó el alta con el juicio clínico de “*estreñimiento sin datos de obstrucción en el*

momento actual". Se pautó tratamiento con Duphalac, 1 cada 24 horas y, si persistía el estreñimiento, "valorar realización de colonoscopia".

Continuando con el relato fáctico de la reclamación, el interesado exponía que, con fecha 27 de enero de 2021 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, siendo ingresado inmediatamente para intervención quirúrgica urgente, pues tras la exploración física se observó abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en fosa ilíaca derecha y Bloomberg positivo, que impresionaba de irritación peritoneal. Se realizó TAC abdominopélvico en el que se apreció "*trombosis con estenosis crítica en el origen de la mesentérica superior*". Detallaba que fue intervenido mediante laparoscopia con Hasson umbilical, que se reconvirtió a laparotomía supra e infra umbilical. Recibió el alta hospitalaria el 3 de febrero de 2021 con seguimiento en consulta hospitalaria

Según el reclamante, existió una importante negligencia por parte del Hospital Universitario del Sureste, pues no se agotaron todos los medios a su alcance, antes de darle el alta del Servicio de Urgencias ante un paciente que acudía con dolor abdominal; no se tuvo en cuenta una analítica con 15.900 leucocitos y una PCR de 37, dato demostrable de una infección y no se completó con al menos una ecografía o TAC. Refería que el cuadro que se diagnostica posteriormente en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón fue de una trombosis mesentérica con una mortalidad elevadísima, que se resolvió mediante laparotomía exploradora y la actuación de Radiología Intervencionista para retirar el trombo que existía en el nacimiento de la arteria mesentérica superior, que de no actuar hubiera supuesto la necrosis de todo el intestino tanto delgado como grueso.

En virtud de lo expuesto, el interesado reclamaba una indemnización de 89.972,41 euros en atención a 30 puntos de secuelas (intestino delgado y grueso: necesita un seguimiento médico frecuente, tratamiento casi permanente, limitación dietética estricta y presenta

repercusión del estado general); 31 puntos de perjuicio estético [por cicatriz de laparotomía con posibilidad de desarrollar una hernia incisional (eventración)]; 7 días de perjuicio grave y 98 días de perjuicio moderado.

El escrito de reclamación se acompañaba con la escritura de poder otorgada a favor del abogado firmante del escrito de reclamación; diversa documentación médica relativa al interesado; fotografías de la cicatriz producida por la laparotomía realizada al reclamante y el informe pericial de un médico especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo (folios 1 a 59).

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

El reclamante, de 56 años de edad en el momento de los hechos, contaba con antecedentes de VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) desde 1987 en seguimiento en el Hospital Universitario La Paz, hepatitis crónica C, y diabetes mellitus tipo 2, en tratamiento habitual con Enalapril, Januvia y Forxiga.

El día 24 de enero de 2021, el interesado acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario del Sureste por dolor abdominal. En la anamnesis se hizo constar que el paciente refería dolor abdominal tipo intermitente de 5 días de evolución, que empeoraba con la ingesta, sin vómitos, con empeoramiento del ritmo intestinal y deposiciones muy escasas.

En la exploración física se anotó: “*Abdomen blando y depresible. No dolor a la palpación. No impresiona de distensión abdominal. Tacto rectal (exploración mala por poca colaboración del paciente). Ampolla rectal con restos fecales normales. Nada anormal en recto*”.

Se realizó analítica que mostró, como datos destacables, leucocitos 15.94 (3.9 – 10.2); GPT (transaminasa glutámico pirúvica) 58 U/L (10.0 – 49.0) y proteína C reactiva 37.3 mg/L (0.0 – 5.0). Asimismo, se efectuó Rx abdomen, sin datos de obstrucción intestinal.

Mientras el reclamante se encontraba en el Servicio de Urgencias, realizó una deposición con mejoría clínica.

Recibió el alta ese mismo día, 24 de enero, con el juicio clínico de estreñimiento sin datos de obstrucción en ese momento. Se pautó tratamiento con Duplicalac 1/24 h y se indicó, si persistía estreñimiento, “*valorar realizar colonoscopia*”.

El 26 de enero de 2021, el reclamante acudió al Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Se anotó que consultaba por cuadro de 10 días de evolución de estreñimiento, 5 días de evolución de vómitos sin tolerancia oral, y, desde hace 3 días, rectorrágia. Asociaba cuadro constitucional con pérdida de aproximadamente 10 kg (no sabía precisar en cuanto tiempo). No había presentado fiebre, ni otra sintomatología.

En la exploración física se mostró consciente y orientado, con regular estado general. Auscultación cardiaca: rítmico, taquicárdico, no se auscultaron soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha. Bloomberg positivo, impresionaba de irritación peritoneal. Miembros inferiores: sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

En la analítica, mostró parámetros de infección con coagulopatía que junto con irritación peritoneal sugería la presencia de sepsis de origen abdominal. Se pautó la realización de TC abdominopélvico con el resultado de “*engrosamiento parietal difuso leve de las asas de yeyuno*,

íleon y algún segmento de colon de aspecto edematoso/inflamatorio, y adelgazamiento y disminución de contraste en un segmento del ángulo hepático del colon. Trombosis con estenosis crítica en el origen de la mesentérica superior. Considerar la posibilidad de patología intestinal de origen isquémico, y valorar con datos clínicos y analíticos para descartar proceso infeccioso”.

Se pautó cirugía urgente el 27 de enero de 2021. En un principio se intervino mediante laparoscopia con Hasson umbilical. Ante la imposibilidad de visualizar adecuadamente intestino delgado (ID) e intestino grueso (IG), se reconvirtió realizando laparotomía supra e infra umbilical. Durante la intervención se produjeron los siguientes hallazgos: “*Revisamos ID desde Treitz a íleon terminal, visualizamos congestión de pared a nivel de todo el íleon, colon derecho y transverso sin alteraciones. Abordaje inframesocólico de AMS sin apreciar latido. Hablamos con Rx de vascular, que acude a intentar fibrinólisis de trombo. Realizamos laparoscopia, con una compresa dentro*”.

La evolución postquirúrgica fue favorable, con dolor controlado con analgesia pautada. Toleró dieta normal durante ingreso, con escasa ingesta hídrica, tránsito para gases y heces positivo, sin fiebre, complicaciones agudas de la herida quirúrgica ni otras incidencias durante el postoperatorio inmediato. Analíticas seriadas con reactantes de fase aguda dentro de los límites esperables, sin alteración hematológica, renal, hidroeléctrica ni hepática.

El 3 de febrero de 2021, se pautó el alta hospitalaria con el diagnóstico principal de trombosis de la arteria mesentérica superior. Se indicó seguimiento en consulta hospitalaria.

El reclamante fue visto en consultas externas de Cirugía el 12 de marzo de 2021. Se anotó que el reclamante se encontraba bien, con

heridas perfectas y cicatriz bien, y que tenía cita en Cirugía Vascular en abril. Se pautó el alta por parte de dicho servicio.

La última consulta que figura en la historia clínica examinada es la de 19 de mayo de 2021 en el Servicio de Angiología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Se indicó que presentaba claudicación intermitente a largas distancias y que no presentaba clínica de angor mesentérico. Se pautó mantener doble antiagregación hasta completar seis meses y Adiro de forma crónica. Se insistió en que dejara de fumar y se pautó revisión en 12 meses.

TERCERO.- A raíz de la formulación del escrito de reclamación, se ha instruido el correspondiente procedimiento de responsabilidad patrimonial con arreglo a la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del reclamante del Hospital Universitario del Sureste y del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (folios 62 a 198 del expediente).

Asimismo, se ha emitido el informe de 29 de octubre de 2021 del responsable del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario del Sureste que explica que la presentación clínica de la oclusión de la arteria mesentérica superior es bastante inespecífica, haciendo que la sospecha diagnóstica sea difícil. La triada de síntomas que pueden hacer sospechar una isquemia intestinal aguda es intenso dolor periumbilical, vómitos o diarrea, antecedente previo de embolismo o situaciones embolígenas. Asimismo, los hallazgos en la exploración física son imprecisos y difíciles de interpretar. Los hallazgos en la exploración abdominal son la base para el tratamiento urgente, pudiéndose encontrar signos de peritonitis. En la mayoría de los casos, la triada diagnóstica no es completa y en muchas ocasiones hay que realizar una laparotomía exploradora. Las exploraciones complementarias indicadas

son una radiografía abdominal que descarte la presencia de neumoperitoneo, y un angio-TC (prueba de elección).

El informe detalla que la proteína C reactiva (PCR) se eleva por causas muy diversas como procesos infecciosos, enfermedades reumatológicas y autoinmunes, quemaduras, procesos isquémicos agudos, enfermedades inflamatorias crónicas intestinales, neoplasias, enfermedades neurológicas y después de traumatismos o cirugía. Señala que también aumenta en la obesidad, observándose una relación lineal entre el índice de masa corporal y los niveles de PCR, disminuyendo después de la cirugía bariátrica.

El informe continúa señalando que, tanto la leucocitosis con neutrofilia como la elevación de la PCR son datos analíticos que sirven en la práctica para la orientación diagnóstica de muchos procesos, pero, siempre, teniendo en cuenta su inespecificidad, y analizándolos en conjunto con la clínica y resto de parámetros/exploraciones complementarias realizadas. Añade que llama la atención que en el hemograma realizado en el Hospital Universitario del Sureste se detectaran 15.940 leucocitos/microlitro y en la analítica realizada días después en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón la cifra disminuyera a 10.250. Señala que recuentos de leucocitos (con predominio de neutrófilos) por debajo de 20.000 por microlitro se encuentran con frecuencia en pacientes que acuden a Urgencias, de causa reactiva, en ausencia de patología significativa. Asimismo, los niveles de PCR detectados en la analítica realizada en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón habían disminuido respecto a los hallados en la analítica realizada en el Hospital Universitario del Sureste, pasando de 37.3 mg/dL a 16.7 mg/dL.

Tras analizar los datos de la historia clínica, el informe concluye que, cuando el reclamante fue atendido en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario del Sureste el día 24 de enero de 2021, los

síntomas no orientaban hacia un cuadro de isquemia intestinal aguda en ese momento, ni de un proceso grave que obligara a la realización de otras pruebas de imagen. Asimismo, considera razonable el diagnóstico de estreñimiento, recomendando un estudio endoscópico en caso de persistencia de ese proceso.

El 8 de noviembre de 2022 emitió informe la Inspección Sanitaria en el que concluyó que los resultados de las exploraciones físicas realizadas los días 24 y 27 de enero de 2021 fueron totalmente distintos, por lo que, a la vista además de lo que se indica en la Guía clínica de actuación en Urgencias, en la que se constata que: “*...la leucocitosis con neutrofilia no es específica, aparece en multitud de procesos infecciosos e inflamatorios...*”, considera que la actuación facultativa fue correcta, acorde con la *lex artis ad hoc*.

Incorporados los anteriores informes al procedimiento, se concedió trámite de audiencia al reclamante.

El 13 de enero de 2023, el interesado formuló alegaciones en las que señaló que, a la vista del informe de la Inspección Sanitaria, era evidente que la realización de un TAC abdómino-pélvico era imprescindible y definitivo para el diagnóstico, prueba que no se realizó hasta el 27 de enero de 2021. Incidió en que existían datos analíticos y signos clínicos de dolor abdominal de cinco días de evolución que empeoraba con la ingesta que debieron hacer sospechar de algún tipo de patología y ampliar las pruebas diagnósticas protocolizadas. Subraya que es incongruente que en el Hospital Universitario del Suroeste el día 24 de enero de 2021 no tuviera dolor a la palpación abdominal puesto que consta en la historia clínica que acude por dicho motivo: “*dolor abdominal*”. Por lo tanto, concluye que, ante la sintomatología constatada de cinco días de dolor abdominal, la PCR muy elevada, la leucocitosis y la existencia de una radiografía abdominal inespecífica, se tendrían que haber ineludiblemente ampliado las pruebas diagnósticas mediante la realización de ECO más TAC abdominal que hubieran

ratificado la existencia de la trombosis de la arteria mesentérica superior, patología grave y de abordaje urgente por su elevada mortalidad.

Finalmente, se formuló propuesta de resolución el 20 de enero de 2023, en el sentido de desestimar la reclamación formulada al entender no acreditada la infracción de la *lex artis ad hoc*.

Consta que el reclamante ha interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la desestimación presunta de su reclamación que se sigue ante el Tribunal Superior de Justicia de Madrid (Procedimiento ordinario 462/2022).

CUARTO.- El consejero de Sanidad formula preceptiva consulta que tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el día 23 de enero de 2023, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Ana Sofía Sánchez San Millán que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberada y aprobada, en el Pleno de este órgano consultivo celebrado el día 9 de marzo de 2023.

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, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros 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, 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.

El 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 LRJSP en cuanto que recibió la asistencia sanitaria denunciada.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, ya que la atención médica reprochada se prestó por el Hospital Universitario del Sureste, centro sanitario de la red asistencia pública de su titularidad.

Por lo que se refiere al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, a tenor del artículo 67.1 de la LPAC que se contará desde que se haya producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

En este caso, se reclama por la asistencia sanitaria dispensada en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario del Sureste el 24 de enero de 2021, por lo que la reclamación presentada el 11 de octubre de ese mismo año debe considerarse formulada en plazo legal, con

independencia de la fecha de curación o de estabilización 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 del Sureste, implicado en el proceso asistencial del reclamante. También se ha incorporado la historia clínica del interesado 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 al reclamante 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.

Según constante y reiterada jurisprudencia, el sistema de responsabilidad patrimonial presenta las siguientes características: a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una

eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral.

Para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con 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 de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor, y d) que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo,

«el hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una

responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar", debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc".

En consecuencia lo único que resulta exigible a la Administración Sanitaria "... es la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en este tipo de responsabilidad es una indebida aplicación de medios para la obtención de resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente" (STS Sección 6^a Sala C-A, de 7 marzo 2007).

En la mayoría de las ocasiones, la naturaleza jurídica de la obligación de los profesionales de la medicina no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo, obligación del resultado, sino una obligación de medios, es decir, se obligan no a curar al enfermo, sino únicamente a dispensarle las atenciones requeridas, según el estado de la ciencia (SSTS de 4 de febrero y 10 de julio de 2002 y de 10 de abril de 2003).

En definitiva, el título de imputación de la responsabilidad patrimonial por los daños o perjuicios generados por el funcionamiento normal o anormal de los servicios de asistencia sanitaria, no consiste sólo en la actividad generadora del riesgo, sino

que radica singularmente en el carácter inadecuado de la prestación médica llevada a cabo, que puede producirse por el incumplimiento de la lex artis o por defecto, insuficiencia o falta del servicio.

A lo anterior hay que añadir que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido evitar o prever según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento que se producen aquéllos, de suerte que si la técnica empleada fue correcta de acuerdo con el estado del saber, el daño producido no sería indemnizable por no tratarse de una lesión antijurídica sino de un riesgo que el paciente tiene el deber de soportar y ello aunque existiera un nexo causal.

En la asistencia sanitaria el empleo de la técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido ya que cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si a pesar de ello causó el daño o más bien pudiera obedecer a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente».

CUARTA.- En este caso, como hemos visto en los antecedentes de este dictamen, el reclamante reprocha que existió una importante negligencia por parte de Hospital Universitario del Sureste, pues no se agotaron todos los medios a su alcance, antes de darle el alta del Servicio de Urgencias con el juicio clínico de estreñimiento, ante un paciente que acudía con dolor abdominal; no se tuvo en cuenta una analítica con 15.900 leucocitos y una PCR de 37, dato demostrable de una infección y no se completó con, al menos, una ecografía o TAC.

Centrado así el objeto de la reclamación, vamos a analizar los reproches del interesado, partiendo de lo que constituye la regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien

formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019), cuando señala que “*las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica*”.

En este caso, el reclamante ha aportado al procedimiento el informe de un médico especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo en el que se sostiene que el término “*estreñimiento*”, con su amplio concepto, comprende solo la ausencia de defecación en el hábito habitual de efectuar la deposición de características normales con un espacio de 24-48 horas y que, ante ese síntoma, se deben analizar minuciosamente todos los antecedentes personales del paciente porque puede estar motivado por una variedad notable de patologías. Señala que no es discutible la práctica de una analítica estándar y una Rx. de abdomen como primera medida con la amplia anamnesis previa y si el análisis sanguíneo demuestra alguna alteración, esta debe ser analizada para incluir o excluir posibles posibilidades diagnósticas. Defiende que, en el caso analizado, la manifiesta leucocitosis (15.000 y desviación izquierda por el aumento de neutrófilos) y sobre todo la elevación de la PCR 37,3 demostraban signos evidentes de infección a tener en cuenta. Entiende que, ante las dudas diagnósticas dado el cuadro clínico y las alteraciones analíticas no debieron excluir la práctica de una ecografía abdominal o ante las dudas una TAC abdominal. Por ello, sostiene que se produjo una pérdida de oportunidad en la primera comparecencia a la Urgencia del Hospital de Sureste ante un cuadro donde el diagnóstico precoz es básico y fundamental para tratar el cuadro de isquemia mesentérica aguda.

Por el contrario, el informe del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario del Sureste, implicado en el proceso asistencial del interesado, manifiesta que los datos aportados por la clínica y las

exploraciones realizadas en Urgencias, no orientaban hacia un cuadro de isquemia intestinal aguda en ese momento, ni de un proceso grave que obligara a la realización de otras pruebas de imagen. Asimismo, considera razonable el diagnóstico de estreñimiento, recomendando un estudio endoscópico en caso de persistencia de este proceso.

Este mismo criterio ha sido defendido por la Inspección Sanitaria, que, tras analizar las conclusiones de ambos informes, explica que, según las guías clínicas de actuación en Urgencias, el dolor abdominal es un cuadro clínico cuya incidencia oscila entre un 5-10 % de las urgencias hospitalarias, no siempre llegando a un diagnóstico etiológico exacto, pero que debe ser abordado con respeto, ya que en ocasiones representa una urgencia vital que puede requerir tratamiento quirúrgico.

La Inspección Sanitaria señala que es importante recoger las características del dolor y que, en el caso de la isquemia mesentérica, suele presentarse en pacientes de edad avanzada, con antecedentes de arterioesclerosis y bajo gasto cardíaco y se caracteriza por “*un dolor periumbilical desproporcionado*”. Destaca que, en la exploración física, los hallazgos clínicos que sugieren gravedad son distensión abdominal con silencio abdominal; peritonitis difusa (abdomen en tabla) y posición antiálgica, agitación. Respecto a las exploraciones complementarias, señala que, según las guías de actuación, han de solicitarse en función de la clínica del paciente y la sospecha, pero nunca de rutina. Subraya, en cuanto a las pruebas de laboratorio, que la leucocitosis con neutrofilia no es específica, aparece en multitud de procesos infecciosos e inflamatorios.

La Inspección Sanitaria destaca que los resultados de las exploraciones físicas realizadas en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario del Sureste (24 de enero) y el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (27 de enero) son totalmente distintas: en la primera, abdomen blando y depresible, sin dolor a la palpación y no impresionaba de distensión abdominal. En la segunda, abdomen blando, depresible,

doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha, Bloomberg positivo e impresionaba de irritación peritoneal. Esas diferencias, unidas a lo expuesto de las guías de actuación en Urgencias, le lleva a concluir que la asistencia sanitaria fue conforme a la *lex artis ad hoc*.

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 preestablecidas para valorarlas, salvo la vinculación a las reglas de la sana crítica en el marco de la valoración conjunta de los medios probatorios traídos al proceso (...)*”.

La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 17 de febrero de 2022 (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, en una valoración conjunta de la prueba conforme a las reglas de la sana crítica, hemos de coincidir con el informe de la Inspección Sanitaria, no solo por la objetividad, profesionalidad e imparcialidad que se presume del ejercicio de sus funciones [así Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 24 de mayo de 2022 (recurso 786/2020), entre otras], sino por su mayor rigor argumental, complementario de las explicaciones facilitadas por el informe del Servicio de Urgencias y los datos recabados de la historia clínica, y considerar que los síntomas que presentaba el paciente el día 24 de enero no eran indicativos de una isquemia mesentérica aguda como sostiene el reclamante .

El informe pericial aportado por el interesado, carece de la necesaria fuerza de convicción exigida por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, entre otras, en su Sentencia de 6 de octubre de 2016 (núm. de rec.: 258/2013), convicción que reside, en gran medida, en la fundamentación y coherencia interna de los informes, en la cualificación técnica de sus autores y en su independencia o lejanía respecto a los intereses de las partes. Así, recoge en sus consideraciones que, en la isquemia mesentérica aguda, la clínica de presentación se caracteriza por dolor abdominal, acompañado de náuseas, vómitos y distensión abdominal, síntomas que, como hemos visto, no presentaba el reclamante según los datos de la historia clínica. El informe pericial cuestiona dichos datos, subrayando que “*llama la atención la normalidad de la exploración física. Sin signos de irritación peritoneal*”. Sin embargo, en este punto, como hemos recordado reiteradamente, habrá que estar a lo que en la historia clínica se recoge, pues, como han reconocido los tribunales de justicia, nos encontramos con un documento administrativo en el que los hechos, actos o estados de cosas que

consten el mismo se han de tener por ciertos, salvo que otros medios de prueba desvirtúen la certeza de lo documentado (así Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-León de 16 de noviembre de 2007 con cita de la Sentencia del Tribunal Supremo de 14 de febrero de 2006).

En cuanto a los resultados de la analítica, que para el informe pericial de parte debían haber orientado a la realización de una ecografía o un TC, los otros dos informes explican de manera convincente que dichos datos son inespecíficos y que deben ser evaluados en el contexto de la exploración física y los datos de la radiografía de abdomen, que es una de las pruebas de elección y que no reflejó datos de obstrucción intestinal. Esta visión de conjunto no la realiza el informe pericial de parte que analiza la asistencia únicamente en función de los resultados de la analítica. No tiene en cuenta además un dato relevante expuesto por el Servicio de Urgencias y que revela la falta de especificidad de los resultados analíticos en relación con la enfermedad del interesado, y que consiste en que, en el hemograma realizado en el Hospital Universitario del Sureste se detectaran 15.940 leucocitos/microlitro y en la analítica realizada días después en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, la cifra disminuyó a 10.250. Asimismo, los niveles de PCR detectados en la analítica realizada en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, habían disminuido respecto a los hallados en la analítica realizada en el Hospital de Universitario del Sureste, pasando de 37.3 mg/dL a 16.7 mg/dL.

En relación con lo expresado, cabe recordar que la actuación médica se basa en los hallazgos clínicos y en la evidencia científica disponible en ese momento, y, como hemos visto, en un primer momento la sintomatología no apuntaba la presencia de una isquemia mesentérica.

Como ya indicamos, entre otros, en los dictámenes 171/19, de 22 de abril y 87/20, de 27 de febrero, es evidente que el diagnóstico clínico es un proceso sumamente complejo, que se realiza en función de los síntomas que presenta cada paciente y de la manifestación de los mismos, que permiten al facultativo decidir la realización de pruebas diagnósticas que, a su vez, perfilan el diagnóstico final.

En este sentido, como destaca la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 13 de enero de 2022 (procedimiento 640/2018):

“La fase de diagnóstico es una de las más importantes y difíciles de la práctica médica a la que se llega después de un proceso de aproximaciones sucesivas que requiere del examen de la historia clínica, la exploración física y las pruebas complementarias pertinentes al caso y que se efectúan progresivamente para llegar al diagnóstico concreto. Se trata de un proceso complejo en el que intervienen muchos factores y en sus primeras fases resulta difícil poder hablar de un error, dado que determinadas sintomatologías pueden sugerir diversas patologías que deben ser, o no, descartadas. No obstante, lo anterior, respecto al error de diagnóstico es importante advertir que para que éste sea generador de responsabilidad es necesario que atendidas las circunstancias del caso y en particular el estado de conocimiento de la ciencia en el momento de producirse el evento lesivo, pueda afirmarse que resultaba factible para el servicio sanitario realizar dicho diagnóstico y que el mismo, de haberse realizado, posibilitara alguna oportunidad de curación. En definitiva, es necesario que la falta de diagnóstico, o bien su error o su retraso sea imputable a la Administración y por ello sea determinante de la lesión del derecho del paciente a un diagnóstico correcto en tiempo oportuno”.

Por otro lado, ha de recordarse que la asistencia sanitaria que se analiza, en relación con estas actuaciones, es la de un Servicio de Urgencias. El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que

se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización establece en su anexo IV que la atención en los servicios de Urgencias es aquella “*(...) que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata*” de tal forma que “*una vez atendida la situación de urgencia, se procederá al alta de los pacientes o a su derivación al nivel asistencial más adecuado y, cuando la gravedad de la situación así lo requiera, al internamiento hospitalario, con los informes clínicos pertinentes para garantizar la continuidad asistencial*”. En este caso, como hemos visto, los datos clínicos no orientaban a una patología urgente y además se indicó la posibilidad de realizar otra prueba diagnóstica, en el supuesto de persistencia de los síntomas.

En definitiva, a la luz de los informes del Servicio de Urgencias y de la Inspección Sanitaria, que no han sido desvirtuados, conforme a lo expuesto, por el informe pericial aportado por el interesado, cabe considerar que no se ha acreditado que concurriría mala praxis en la asistencia sanitaria dispensada al reclamante en el Hospital Universitario del Sureste.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la presente reclamación al no haberse acreditado infracción de la *lex artis ad hoc* en la asistencia sanitaria dispensada al interesado.

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 9 de marzo de 2023

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 110/23

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid