Dictamen nº: **60/23**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **09.02.23**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 9 de febrero 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. …… (en adelante, *"el reclamante"*), por los daños y perjuicios sufridos, originados por el retraso en el diagnóstico de una trombosis intestinal en el Hospital Universitario 12 de Octubre.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado en el registro electrónico de la Comunidad de Madrid el día 14 de junio de 2021, la persona citada en el encabezamiento de este Dictamen, con dirección letrada, dice formular una reclamación de responsabilidad patrimonial en relación con la asistencia sanitaria recibida en el Hospital Universitario 12 de Octubre, tras acudir a Urgencias el 30 de mayo de 2020.

El reclamante refiere en su escrito que tenía 31 años en el momento de los hechos y antecedentes de litiasis renal. Refiere que, a los 15 años, por sus antecedentes paternos, fue sometido a estudio por el Servicio de Hematología del Hospital Universitario 12 de Octubre,

concluyendo que era portador de la mutación G20210 A del gen de la protrombina en homocigosis y del Factor V Leiden en heterocigosis.

El escrito expone que estas alteraciones se asocian con trombofilia, por lo que en pacientes como el reclamante es indispensable realizar profilaxis ante cualquier situación de riesgo de trombosis, cirugía, traumatismos, escayola, reposos prolongados, etc.

La reclamación recoge que el 30 de mayo de 2020 el paciente acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre por dolor en la fosa renal izquierda, acompañado de náuseas pues, dado que el dolor se asemejaba al que había padecido años antes con motivo de un cólico renouretral, decidió acudir al hospital. El reclamante señala que se realizó analítica, cuyos resultados se encontraban dentro de la normalidad, una radiografía de abdomen, que mostró *"litiasis radioopaca en conducto teórico de uréter izquierdo*", mientras que el sedimento urinario no mostró alteraciones. Indica que se administró analgesia y, con diagnóstico de cólico renouretral, fue dado de alta, con la indicación de volver al hospital en caso de dolor intenso que no cediera, fiebre o imposibilidad de micción.

El interesado continúa relatando que el 7 de junio de 2020 volvió al Servicio de Urgencias del citado centro sanitario, por mal control del dolor. Afirma que se realizó una radiografía de abdomen, que mostró un cálculo de 6 x 2.5 mm, y una ecografía renal, con hallazgos compatibles con urolitiasis localizada en el uréter izquierdo. Señala que, con diagnóstico de cólico renouretral complicado y dilatación pielocalicial grado I-II, fue dado de alta, con la indicación de pedir cita con el urólogo de zona y acudir de nuevo a Urgencias, en caso de mal control del dolor.

La reclamación detalla que el 28 de junio de 2020 el paciente volvió de nuevo al Servicio de Urgencias del hospital por dolor epigástrico, con elevación de PCR y febrícula. Indica que el paciente fue

ingresado en observación hasta el 30 de junio y, posteriormente, le dieron el alta bajo tratamiento analgésico.

El relato prosigue señalando que el 5 de julio del mismo año volvió a ingresar en el hospital, con fiebre y elevación de la creatinina, por lo que se decidió intervenirle para la colocación de un catéter en el uréter izquierdo, pero la colocación resultó dificultosa y tuvo que ser reintervenido un día más tarde, de modo que el 7 de julio le dieron el alta al domicilio.

El reclamante reprocha que, *"teniendo en cuenta la combinación de mutaciones favorecedoras de trombosis de este paciente y las intervenciones realizadas, se debió pautar profilaxis antitrombótica pero, inexplicablemente, no se hizo…No cabe justificar la falta de profilaxis por el desconocimiento de los facultativos de esa condición genética. La prueba con la que se diagnosticó la mutación se realizó por el Servicio de Hematología de ese mismo hospital y, por tanto, formaba parte de su historia clínica".* Refiere que, además, informó en todo momento de su circunstancia a los facultativos, pero estos le restaron importancia y consideraron que no era necesaria la profilaxis, *"infravalorando sus factores de riesgo de desarrollar una trombosis tras un tratamiento quirúrgico que, además, había resultado dificultoso".*

El escrito expone que el 9 de julio de 2020 el paciente ingresó de nuevo con fiebre, elevación de PCR, INR y leucocitos, de modo que le diagnosticaron sepsis urológica y le dieron el alta con tratamiento antibiótico en el hospital de día. Según el reclamante, "*el diagnóstico de sepsis precisa un diagnostico específico claro y por ello se debería haber realizado un TAC abdominal en busca del origen de la infección, en lugar de darle el alta hospitalaria sin conocer ni controlar el foco de la sepsis".*

La reclamación indica que el día 13 julio de 2020 el paciente acudió en dos ocasiones al Servicio de Urgencias por dolor abdominal,

la primera de ellas a las 03:06 horas, y la segunda a las 13:18 horas, y reprocha que, sin realizar prueba diagnóstica alguna, se limitaron a pautar analgesia y dar el alta. Además, continúa exponiendo, el día 14 de julio, ante la persistencia del dolor abdominal localizado en el mesogastrio, acudió de nuevo a Urgencias y, en esta ocasión, fue valorado por Cirugía que, *"por fin, solicitó un TAC abdominal, y fue entonces cuando se apreciaron signos de isquemia intestinal venosa".*

El reclamante afirma que tuvo que ser intervenido de urgencia la madrugada del 15 de julio de 2020, por trombosis venosa mesentérica aguda, practicándose resección de asa de yeyuno por necrosis intestinal. Indica que, de haberse pautado la profilaxis antitrombótica tras la colocación del catéter, como estaba indicado, se hubiera evitado la isquemia intestinal. Además, según reprocha, una vez producida la isquemia, si se hubiera practicado el TAC abdominal el 9 de julio, en lugar de darle el alta con un diagnóstico de sepsis inespecífico, se hubiera detectado en ese momento la isquemia intestinal y se hubiera evitado la resección intestinal. De igual modo, señala que presenta una antiestética cicatriz abdominal, debe llevar tratamiento anticoagulante de por vida y *"por si esto fuera poco, perdió un empleo al que no pudo llegar a incorporarse por encontrarse de baja a consecuencia de estos hechos".*

La reclamación expone que, posteriormente, el 20 de octubre de 2020, el paciente tuvo que someterse a otra intervención quirúrgica, a fin de extraer la litiasis uretral y retirar el catéter, para lo cual, "*dada la mala experiencia vivida"* recurrió a la sanidad privada.

En definitiva, se consideran actos médicos reprochables:

1.- Ausencia de profilaxis antitrómbotica en paciente con riesgo de trombofilia, por ser portador de la mutación G20210 A del gen de la protrombina en homocigosis y del Factor V Leiden en heterocigosis.

El reclamante afirma que la colocación del catéter en el uréter izquierdo era una situación de riesgo de trombosis, por lo que se debió aplicar profilaxis antitrombótica, pero no se hizo, conociendo la historia clínica del paciente, pues las pruebas se realizaron en el mismo hospital y así lo informó también el propio paciente.

2.- El 9 de julio de 2020 se dio el alta al paciente, con diagnóstico de sepsis urológica, sin realizar las pruebas diagnósticas, en este caso un TAC abdominal, que estaban indicadas para conocer el origen de la infección y poder controlar su foco. Tampoco se realizó ninguna prueba diagnóstica cuando el paciente acudió a Urgencias, hasta en dos ocasiones, el 13 de julio de 2020.

El reclamante señala que el TAC abdominal realizado el 14 de julio de 2020 mostró la isquemia intestinal venosa que sufría en realidad, y que se produjo como consecuencia de la falta de profilaxis en un paciente con factores de riesgo de trombosis y el retraso en el diagnóstico por la omisión de pruebas, obligando a una intervención quirúrgica de urgencia, con una resección que *"se hubiera podido evitar con un diagnóstico y tratamiento precoz de la sepsis"*.

Se solicita una indemnización de 48.960,56 euros, y la reclamación se acompaña de diversa documentación médica acreditativa de la atención sanitaria recibida y los partes de baja y alta por incapacidad temporal (folios 1 a 97 del expediente).

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

Se trata de una paciente que acudió al Servicio de Hematología, Sección de Hemostasia, del Hospital Universitario 12 de Octubre por historia familiar de trombofilia. Padre portador de la mutación G 20210

de la protrombina en heterocigosis y de la mutación Factor V Leiden en homocigosis.

En estudio realizado el 26 de enero de 2005, a los 15 años de edad, se detecta Factor V Leiden, positivo en heterocigosis, y Factor II G 20210 A, positivo en homocigosis.

Se determina que el paciente es portador de la mutación G 20210 A del gen de la protrombina en homocigosis y del Factor V Leiden en heterocigosis. Se hace constar que estas alteraciones se asocian con trombofilia, por lo que realizará profilaxis antitrombótica en situaciones de riesgo de trombosis, cirugía, traumatismos, escayola, reposo prolongado, etc., y que se pondrá en contacto con el servicio para ser citado para realizar historia trombótica y estudio completo de trombofilia.

El paciente no refiere historia personal de trombosis. Nunca ha sido intervenido quirúrgicamente.

En estudio realizado el 16 de mayo de 2005 en el mismo servicio, se confirma el Factor V Leiden positivo en heterocigosis y el Factor II G20210 A positivo en homocigosis.

El paciente acude el 23 de mayo de 2006 al Servicio de Hematología, Sección de Hemostasia, del Hospital Universitario 12 de Octubre para un estudio de alargamiento de tromboplastina parcial activada y descenso leve de fibrinógeno. El estudio es compatible con la enfermedad de Von Willebrand leve, ligera hipofibrinogenia y déficit discreto de factor XII. Factor V Leiden en heterocigosis y factor II G 20210 A en homocigosis diagnosticados anteriormente.

En situaciones de riesgo hemorrágico y/o trombótico como extracciones dentarias, inmovilizaciones, viajes largos en posición de sentado o cirugías y en caso de presentar algún tipo de clínica

hemorrágica o trombótica habrá que repetir el estudio y valorar el tratamiento.

El paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre el 30 de mayo de 2020 por dolor en fosa renal izquierda de unas 4-5 horas de evolución, que no se irradia hacia ningún lado. Refiere como síntoma acompañante náuseas aisladas, sin llegar a vomitar. Niega fiebre. Niega dolor torácico, disnea, tos o expectoración, diarrea y síntomas de síndrome miccional. Entre sus antecedentes personales destaca la alteración Factor V Leiden.

En la exploración física de abdomen, está blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. Sin masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Puño percusión negativa. En la radiografía abdominal, se aprecia litiasis radiopaca en conducto teórico de uréter izquierdo. La analítica sanguínea se encuentra dentro de los rangos de normalidad. En el sedimento urinario, no se objetivan alteraciones.

Durante su estancia en Urgencias, el paciente se mantiene clínica y hemodinámicamente estable con tratamiento analgésico, por lo que se decide alta domiciliaria, explicando los síntomas por los que debería volver a Urgencias. Se establece el juicio clínico de cólico renoureteral.

Con fecha 7 de junio de 2020, el paciente vuelve al Servicio de Urgencias por dolor en la fosa renal izquierda. Refiere que no ha tenido fiebre durante la semana, refiere buena diuresis, no refiere disuria. Sin disnea ni dolor torácico. Sin cefalea ni otra sintomatología acompañante. Entre sus antecedentes personales, destaca alteración Factor V Leiden.

En la exploración física de abdomen presenta ruidos hidroaéreos presentes. Dolor en flanco/fosa ilíaca derecha, sin signos de irritación

peritoneal. Puño percusión bilateral negativa. Extremidades inferiores sin edemas, ni signos de trombosis venosa profunda. En la radiografía de abdomen se objetiva cálculo de 6 x 2,5 mm. En la ecografía renal, hallazgos ecográficos sugestivos de urolitiasis, localizada en uréter izquierdo, que condiciona dilatación pielocalicial grado III de riñón.

Tras la administración de tratamiento analgésico, de acuerdo con el urólogo de guardia, se decide manejo conservador.

Se emite el juicio clínico de cólico renoureteral complicado (mal control del dolor) y dilatación pielocalicial grado I-II. Se le indica que pida cita en el urólogo de zona.

Con fecha 28 de junio de 2020, acude de nuevo al Servicio de Urgencias por dolor epigástrico de 4 días, continuo, a veces ascendente, sin sensación de acidez en la boca, con sensación de emisión mayor de gases y eructos, le despierta por las noches. Ha presentado cólico renoureteral con mal control del dolor, pautándose al alta dexketoprofeno, nolotil y omeprazol. Abandonó la analgesia hace una semana. Ha tomado los 3 últimos días omeprazol y un antiácido sin mejoría del dolor.

En la exploración física presenta un abdomen con ruidos hidroaéreos +, blando, depresible, dolor a la palpación profunda en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal; no se palpan masas ni megalias. Murphy negativo. PPR negativa. En las extremidades inferiores, sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Tras la realización de analítica, presenta mareo que impresiona vagal por dolor, con tensión arterial 118/70 mm Hg, frecuencia cardíaca 81 lpm, recuperando tensiones iniciales de 130/70 mm de Hg, tras tumbarse durante 10 minutos. A la exploración epigastralgia, sin otros datos de focalidad abdominal y puño percusión bilateral negativa.

En la analítica se observa aumento de PCR a 9 mg/dl y leucocitosis de 13.000/mm^3.

Se decide, dados los antecedentes de cólico renoureteral con litiasis no resuelta, pendiente de revisión por Urología, y febrícula en domicilio con alteraciones inflamatorias en analítica, observación con dieta absoluta y sueroterapia, analgesia y pantoprazol. Se establece el juicio clínico de gastritis aguda y cólico renoureteral.

Se traslada al paciente al Área de Observación, con vigilancia (especialmente temperatura). Se pauta sueroterapia, pantoprazol y metoclopramida si hay náuseas.

El 29 de junio de 2020 presenta buen estado general y persiste con dolor epigástrico irradiado a ambos costados, sin otros síntomas. Sensación distérmica. En la exploración física, presenta un abdomen blando, doloroso a la palpación en epigastrio sin masas ni megalias. Murphy -. Sin peritonismo.

Se establece el juicio clínico de dolor epigástrico y elevación de los reactantes de fase aguda, pendiente de ecografía para descartar afectación de vía biliar/colecistitis.

Se realiza ecografía abdominal, en la que se observa que persiste uropatía obstructiva renal izquierda secundaria a litiasis ureteral lumbar con dilatación retrógrada grado I-II/IV. Compatible con esteatosis hepática parcheada. Pequeños pólipos vesiculares. Sin signos ecográficos de colecistitis aguda. Se comenta con Urología, que no considera necesaria valoración por su parte. Dado que persiste con febrícula y elevación de los reactantes de fase aguda, se decide mantener en observación, con analítica de control.

Se establece el juicio clínico de dolor epigástrico inespecífico y cólico renoureteral izquierdo, con uropatía obstructiva secundaria.

Con fecha 30 de junio de 2020, el paciente presenta muy buen estado general, no ha tenido fiebre y no presenta dolor abdominal. En la exploración física, el abdomen está blando, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias. Murphy negativo. Blumberg -, PPR -, RHA + de características normales. En analítica PCR de 10 (previa de 11), y resto sin alteraciones. Dado el buen estado general del paciente y la normalidad de la exploración física, se decide alta con tratamiento sintomático.

El paciente acude el 3 de julio de 2020 a primera consulta de Urología en el Centro de Especialidades Orcasitas, presentando cólico renoureteral izquierdo, de modo que ha acudido 3 veces a Urgencias. Sigue muy dolorido, a pesar de la analgesia pautada. En una radiografía, se objetiva litiasis 6 mm izquierda, a la altura de apófisis transversa de L3. En ecografía realizada el 19 de junio anterior, persiste uropatía obstructiva renal izquierda secundaria a litiasis ureteral lumbar, con dilatación retrógrada grado I-II/IV. Plan: se remite a la Unidad de Litiasis, con cita preferente. En caso de fiebre, debe acudir a Urgencias.

Con fecha 5 de julio de 2020, acude a Urgencias por persistencia de dolor lumbar izquierdo tipo cólico desde hace 3 días. Actualmente asocia fiebre de hasta 38 ºC. Sin clínica miccional. Tiene náuseas con vómitos. Ante la presencia de fiebre y deterioro de la función renal, se decide la colocación de catéter doble J izquierdo urgente.

En la exploración física, se aprecia fiebre de 38 ºC, puño percusión bilateral negativa, abdomen blando depresible, sin dolor, sin globo vesical ni irritación peritoneal.

En la radiografía, se objetiva litiasis de 5 mm en el uréter distal izquierdo. En la ecografía de aparato urinario urgente de 5 de julio de 2020, se aprecian riñones de tamaño y morfología normal y simétricos, con grosor parenquimatoso conservado. Riñón derecho sin dilatación pielocalicial. Ectasia pielocalicial izquierda, sin clara dilatación de la vía excretora, a valorar evolutivamente. Vejiga moderadamente distendida, sin alteraciones.

En la misma fecha, se procede a paso de guía sensor hasta las cavidades renales con pielografía retrógrada, objetivando dilatación de cavidades renales. Catéter doble J que no puede ascenderse coaxial a guía sensor. Se deja catéter ureteral coaxial a guía sensor. Se mantiene en dieta absoluta para intentar la colocación de catéter doble J izquierdo con cistoscopio compacto.

El 6 de julio de 2020 el paciente firma el documento de consentimiento informado del Servicio de Anestesiología para anestesia loco-regional. El mismo día, de forma coaxial, se pasa guía sensor hasta el riñón izquierdo y se retira catéter ureteral. Se pasa catéter doble J 6/30 abierto sin incidencias. El paciente permanece hemodinámicamente estable durante el ingreso, con pico aislado de 38 ºC de fiebre, sin otra sintomatología y sin apenas repercusiones analíticas. Se decide alta sin sonda vesical, con micción espontánea, sin dolor ni otra clínica, el 7 de julio de 2020.

Acude a Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre el 8 de julio de 2020 por fiebre termometrada de hasta 38,2 ºC y leve dolor abdominal hipogástrico. Leve disuria, sin polaquiuria ni tenesmo. Visto por Urología por fiebre en portador de catéter doble J izquierdo.

En la exploración física se objetiva fiebre de 39 ºC. Hemodinámicamante estable. Abdomen sin alteraciones. Puño

percusión bilateral negativa, próstata II/IV fibroelástica, congestiva y dolorosa al tacto, sugestiva de prostatitis.

Se establece el juicio clínico de prostatitis aguda tras manipulación de vía urinaria inferior para derivación vía urinaria superior. Descartar obstrucción del catéter doble J.

Con fecha 9 de julio de 2020, se realiza analítica que, con respecto a previa, presenta mínima alteración de reactantes de fase aguda y mínima coagulopatía. En radiografía de abdomen, se observa catéter doble J normoposicionado. Se objetiva litiasis 5 mm adyacente a extremo distal del catéter doble J izquierdo. Se procede al alta a domicilio, con tratamiento de Ertapenem durante 7 días en hospital de día.

Posteriormente, en nueva toma de temperatura, se objetiva 37,8 ºC. Mínima elevación de leucocitosis que ha aumentado respecto a previa. Vuelve a tener febrícula de 37,6 ºC, empeoramiento de coagulopatía y PCR, por lo que se decide ingreso con Ertapenem hasta el resultado de los cultivos.

El paciente es ingresado de modo urgente en Urología del Hospital Universitario 12 de Octubre por *"fiebre en paciente portador de JJ"*. Persistencia de fiebre y malestar general. Sin aumento de sintomatología miccional. Sin hematuria, sin expulsión litiásica. Sin dolor lumbar.

Se inicia tratamiento antibiótico en su estancia en Urgencias, pero persisten picos febriles, por lo que se decide, tras comprobar la normoposición del catéter, ingreso en planta con antibioterapia de amplio espectro a la espera del resultado de los cultivos.

Durante su ingreso, persiste con algún pico febril pero se encuentra hemodinámicamente estable, con buen estado general y sin

alteraciones en analítica. Todos los urocultivos resultan negativos, decidiéndose el alta a hospital de día con Ertapenem. Se establece el diagnóstico principal de *"sepsis"*. El paciente es dado de alta el 10 de julio de 2020.

De nuevo en Urgencias el 13 de julio de 2020 a las 03:06 horas, por dolor abdominal. Acude por cuadro de 12 horas de evolución de dolor en hemiabdomen izquierdo, asociando malestar general. Niega fiebre termometrada en domicilio, pero sí sensación distérmica. En la exploración física, presenta un abdomen con ruidos hidroaéreos +. Blando y depresible. Dolor en hemiabdomen izquierdo, sin datos de irritación peritoneal. Puño percusión izquierda positiva.

En la analítica: hemostasia: sin anticoagulantes. Actividad de protrombina 68 %, INR: 1,3, TTPA 31,6 sec. Se solicita interconsulta a Urología. El paciente refiere que son molestias paroxísticas que ceden con paracetamol/buscapina, pero que esa noche han sido de mayor intensidad. Sin dolor a otros niveles, ni sensación distérmica. Se está termometrando en casa y tiene 36,9-37,2 ºC. Sin hematuria ni clínica miccional, sin dolor a otros niveles.

En la exploración física, temperatura de 37,9 ºC, abdomen anodino. En la analítica se observa mejoría de PCR, empeoramiento de leucocitosis, similar coagulopatía leve.

En la radiografía, se objetiva catéter doble J izquierdo normoposicionado, sin calcificación. Se establece el juicio clínico de dolor en relación a catéter doble J izquierdo. Se decide alta en la misma fecha.

El paciente acude de nuevo al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre el 13 de julio de 2020 a las 13:08 horas, por dolor epigástrico y en fosa renal izquierda. Dado de alta esa misma

mañana por cuadro similar, acude por persistencia de molestias. Sin dolor a otros niveles, ni sensación distérmica ni fiebre, sin hematuria ni clínica miccional, sin más clínica a la anamnesis.

En la exploración física: abdomen anodino, puño percusión renal negativa. Se establece de nuevo el juicio clínico de dolor en relación a catéter doble J izquierdo y se procede al alta.

Con fecha 14 de julio de 2020, acude de nuevo a Urgencias por malestar general. Empeoramiento del estado general, dolor abdominal similar al referido el día anterior, focalizado en mesogastrio y flanco izquierdo, náuseas y vómitos de contenido alimentario, con pico febril en ese día de 38,5ºC.

En la exploración física se objetiva temperatura de 38,5ºC, mal estado general, palidez y sudoración. Se solicita interconsulta a Urología y Cirugía Vascular. Visto por Cirugía Vascular, se realiza angioTC que muestra "*engrosamiento mural con hipocaptación de un segmento amplio de asas de yeyuno junto con un defecto de replección de todo el eje esplenoportomesentérico en relación con trombosis"*. Consultado con adjunto de guardia, se recomienda anticoagulación. No es subsidiario de cirugía por parte de Cirugía Vascular.

Se comenta con Cirugía General y Urología. Visto por Cirugía General, estos objetivan en su valoración un abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda de manera difusa y de mayor intensidad en hipogastrio y flanco izquierdos con aumento a la descompresión. En la analítica se objetiva leucocitosis de 25.700 con neutrofilia del 87 %, APT 68 %, PCR 25'72 y Hb 12'2. Visto angioTC, se observan riñones sin dilatación pielocalicial con catéter doble J normoposicionado. Engrosamiento mural con hipocaptación de un segmento amplio de asas de yeyuno junto con un defecto de repleción de todo el eje esplenoportal. Estos hallazgos sugieren isquemia intestinal de origen venoso.

Se establece el juicio clínico de "*isquemia intestinal de origen venoso con afectación de un segmento amplio de asas de yeyuno*". Se informa al paciente y se completa preoperatorio. Se realiza ecografía de aparato urinario y, ante los hallazgos de líquido libre intraperitoneal, se decide completar estudio con TC abdominopélvico con contraste intravenoso, con los hallazgos anteriormente descritos. Consultado con Urología, pautan tratamiento con heparina no fraccionada previo a tratamiento con cirugía. Se inició anticoagulación con bolo de heparina no fraccionada con posterior bomba.

El paciente es visto de nuevo por Cirugía General, y se decide no poner heparina sódica, parando la administración de la misma. Paciente pendiente de disponibilidad de quirófano, preoperatorio completo. Se comenta con Anestesia. Indican esperar 6 horas tras la última dosis de heparina.

Con fecha 14 de julio de 2020, el paciente firma el documento de consentimiento informado para cirugía de Urgencia en el que se especifica que el paciente tiene una enfermedad grave que requiere una intervención quirúrgica para ser tratada, antes de que aparezcan complicaciones más graves. En la misma fecha, firma el documento de consentimiento informado del Servicio de Anestesiología.

Con fecha 15 de julio de 2020, el paciente pasa a Hospitalización, siendo ingresado en el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Universitario 12 de Octubre. Es intervenido en la misma fecha, encontrándose 1 m de yeyuno necrótico, meso engrosado; se visualiza salida de trombos al seccionarlo. Abundante cantidad de líquido libre seroso en parietocólico derecho e izquierdo y subhepático. Antibióticos intraoperatorios: Meropenem.

Se establece el diagnóstico principal de *"insuficiencia vascular aguda del intestino"*. Otros diagnósticos: alteración Factor V Leiden.

Procedimientos: resección de intestino delgado. El paciente pasa a UCI. El 16 de julio de 2020 es dado de alta en UCI y pasa a planta de Hospitalización.

El 19 de julio de 2020 el paciente firma el documento de consentimiento informado para hemoterapia, transfusión de componentes sanguíneos y derivados. Se pauta tratamiento con Sintrom a partir de los 12 días desde la cirugía y mantener Clexane. El paciente es dado de alta el 25 de julio de 2020.

Con fecha 27 de julio de 2020, consta el resultado del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario 12 de Octubre con el siguiente diagnóstico anatomopatológico: pieza de resección de yeyuno con necrosis isquémica mural que afecta a mucosa, submucosa y a capa muscular de manera parcheada. Se observa en las venas de capa submucosa y subserosa trombos recientes con fibrina y en las zonas de necrosis isquémica vasculitis leucocitoclástica. Márgenes quirúrgicos libres de afectación. Se aíslan 4 ganglios linfáticos de características reactivas. Los hallazgos histológicos son compatibles con trombos venosos secundarios a su enfermedad de hipercoagulabilidad. No obstante, los trombos venosos y las vasculitis pueden observarse en isquemias intestinales de cualquier origen, por lo que sería necesario hacer correlación clínico-patológica. El 29 de julio de 2020 el paciente firma el documento de consentimiento informado para el Servicio de Urología (ureterorrenoscopia).

El 1 de septiembre de 2020 acude a consulta de Cirugía General y Aparato Digestivo para primera revisión postoperatoria. Afirma encontrarse aceptablemente bien, persisten molestias desde que retiró el nolotil. Conserva apetito y tránsito. En tratamiento con Sintrom. La exploración física objetiva un abdomen blando y depresible, indoloro. Sin signos de peritonismo. Herida consolidada con buen aspecto. Sin hernia. Hematoma periumbilical en evolución.

Analizado el informe de Anatomía Patológica, el diagnóstico principal es de *"trombosis venosa mesentérica aguda"*. Otros diagnósticos: *"mutación Factor V de Leiden"*. Los procedimientos son: anastomosis de intestino delgado a intestino delgado. Otra resección parcial de intestino delgado. Se da el alta por parte de Cirugía General.

Con fecha 2 de septiembre de 2020, el paciente acude a consulta de Anestesiología y Reanimación del Hospital Universitario 12 de Octubre, siendo el diagnóstico principal cálculo izquierdo, y el procedimiento, ureteroscopia. Es clasificado como riesgo ASA III para anestesia intradural, general y profilaxis trombosis venosa profunda: riesgo elevado y apto. Firma el documento de consentimiento informado.

El 26 de octubre de 2020 acude a una clínica privada, con el diagnóstico principal de *"litiasis ureteral izquierda"* y el procedimiento *"ureteroscopia izquierda"*. Con fecha 27 de octubre de 2020 es dado de alta a domicilio.

El 16 de junio de 2021 acude a consulta de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Universitario 12 de Octubre porque en la revisión le dijeron que le volverían a valorar y no le han vuelto a dar cita. Le dijeron que no hiciera esfuerzos y que tardaría aproximadamente 1 año en recuperarse. Lleva todo este tiempo sin hacer esfuerzos ni ejercicio y ha cogido peso. El paciente refiere dolores abdominales ocasionales. Buena tolerancia oral. Tracto gastrointestinal habitual en él (tiene intestino irritable).

En la exploración física, presenta un abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, salvo levemente en la zona superior de la laparotomía. No se palpan claramente hernias, pero sí diástasis de rectos. Cicatriz de línea media supraumbilical algo hipertrófica. Se recomienda dieta basal, actividad física normal, control

por médico de Atención Primaria, y se solicita ecografía. Se remite a consultas para revisión.

Consta en el expediente la baja laboral del paciente, con fecha 20 de agosto de 2020 y el alta, de fecha 4 de diciembre de 2020.

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).

Se incorporó al expediente la historia clínica del paciente y, en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 79 y 81.1 de la LPAC, se aportó también el informe del Servicio de Urología del Hospital Universitario 12 de Octubre, emitido el 7 de julio de 2021, en el cual, rebate las afirmaciones del reclamante y afirma que *"… La principal manifestación clínica de las personas portadoras de heterocigosis para Factor V de Leyden y homocigosis para Factor II G20210A es la trombosis venosa, sin embargo, únicamente un pequeño porcentaje del ellos (5%) desarrollará algún evento a lo largo de su vida. Las recomendaciones en base a la evidencia científica actual son que los pacientes con esta alteración genética sean tratados de manera similar a la población general …".*

Posteriormente, con fecha 30 de junio de 2022, se emite informe por parte de la Inspección Sanitaria que, tras examinar la historia clínica, los informes emitidos en el curso del procedimiento y efectuar las oportunas consideraciones médicas, considera ajustada a la *lex artis* la atención sanitaria dispensada al paciente en el Hospital Universitario 12 de Octubre.

Concluida la instrucción del procedimiento, y por oficio de 2 de septiembre de 2022, se dio traslado del expediente para alegaciones al reclamante, quien, por medio de su abogado, presenta escrito el 14 de

septiembre de 2022, en el que reitera el contenido de su reclamación inicial y muestra su disconformidad tanto con el informe del Servicio de Urología del centro hospitalario como con el emitido por la Inspección Sanitaria. El reclamante recuerda que "*en el informe del Servicio de Hematología del Hospital Universitario 12 de Octubre que obra en los folios 23 y 24 del expediente se indica taxativamente que, ante el riesgo de trombofilia, se debe pautar profilaxis antitrombótica en situaciones de riesgo de trombosis, cirugía, traumatismos, escayola, reposo prolongado, etc. Por lo tanto, y ante las cirugías que se realizaron al paciente en fechas 5 y 6 de julio de 2020, de acuerdo con lo expuesto hasta ahora, era necesario pautar y administrar dicha profilaxis, cosa que no se hizo*".

Como consecuencia, y con fecha 18 de octubre de 2022, emite informe complementario el jefe del Servicio de Urología del Hospital Universitario 12 de Octubre, para hacer constar especialmente que "*nos reiteramos en la actuación realizada y nos remitimos al informe previo con las justificaciones ya aportadas. Incluyendo además la confirmación desde el Servicio de Hematología de que la actuación clínica en este paciente se ajusta a praxis habitual y necesaria para el manejo de este caso*".

Tras la aportación de este informe, y por oficio de 18 de noviembre de 2022, se confiere al reclamante un nuevo trámite de audiencia por un plazo máximo de 15 días hábiles, si bien el propio reclamante, por escrito de 7 de diciembre, solicita su ampliación, con el fin de adjuntar un informe pericial elaborado al efecto. Con fecha 23 de diciembre de 2022, el reclamante aporta el referido informe, realizado por un médico especialista en Medicina Interna, Master en Valoración del Daño Corporal y Pericia Médica, quien, ente otras conclusiones, refiere que *"existe una relación de causalidad entre la omisión negligente al no introducir un tratamiento anticoagulante profiláctico durante el ingreso para la colocación del catéter doble J, el incremento del riesgo*

protrombótico durante ese ingreso y el desarrollo posterior de una trombosis mesentérica, que necesitó tratamiento quirúrgico y ser anticoagulado durante toda su vida".

Finalmente, el 8 de agosto de 2022 el viceconsejero de Gestión Económica y director general de Gestión Económica del Servicio Madrileño de Salud formula propuesta de resolución que desestima la reclamación, al considerar que la asistencia sanitaria dispensada es conforme a la *lex artis* y el daño reclamado no resulta antijurídico.

CUARTO.- Por escrito del consejero de Sanidad, con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid el día 19 de enero de 2023, se formuló la preceptiva consulta.

Correspondió el estudio del presente expediente 19/23 al letrado vocal D. Francisco Javier Izquierdo Fabre, que formuló y firmó la propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 9 de febrero 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, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros y por solicitud de órgano legitimado para ello, de conformidad con el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte, se ha realizado conforme a lo dispuesto en la LPAC.

El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), al ser la persona que recibió la asistencia sanitaria reprochada.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto la asistencia sanitaria se prestó por el Hospital Universitario 12 de Octubre, que forma parte de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

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, es preciso recordar que, como consecuencia de su tórpida evolución clínica, el reclamante tuvo que ser sometido a una intervención de urgencia el 15 de julio de 2020 y ha estado de baja laboral hasta el 3 de diciembre de 2020. Por lo tanto, la reclamación, formulada el día 14 de junio de 2021, está presentada dentro del plazo legalmente establecido, con independencia de la fecha de curación o de determinación de las secuelas.

En lo concerniente al procedimiento, se ha incorporado la historia clínica del paciente y se ha recabado el informe del centro implicado en el proceso asistencial del reclamante, contra el cual dirige sus reproches. Así, consta en el expediente el informe del Servicio de Urología del Hospital Universitario 12 de Octubre. También ha emitido informe la Inspección Sanitaria, se ha dado traslado del expediente al reclamante para alegaciones, aportando este al efecto un informe

médico-pericial y, posteriormente, se ha dictado la correspondiente propuesta de resolución.

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.- Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución Española a cuyo tenor: "*Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos*". El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de mayo de 2016 (recurso 2396/2014) recoge lo siguiente a propósito de las características del sistema de responsabilidad patrimonial:

> *"(...) el art. 139 de la LRJAP y PAC, establece, en sintonía con el art. 106.2 de la CE, un sistema de responsabilidad patrimonial : 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".

Según abundante y reiterada jurisprudencia, 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 18 de septiembre de 2017 (recurso 787/2015), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, *«en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria 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*", que impone al*

*profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, 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. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha "*lex artis*" respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado*».

CUARTA.- Como hemos visto en los antecedentes de este dictamen, el reclamante reprocha, por un lado, que la colocación del catéter en el uréter izquierdo era una situación de riesgo de trombosis, por lo que se debió aplicar profilaxis antitrombótica, tratándose de un paciente con riesgo de trombofilia, por ser portador de la mutación G20210 A del gen de la protrombina en homocigosis y del Factor V Leiden en heterocigosis. Además, también alega que el 9 de julio de 2020 se le dio el alta, con diagnóstico de sepsis urológica, sin realizar un TAC abdominal para conocer el origen de la infección y poder controlar su foco, y tampoco se realizó ninguna prueba diagnóstica cuando acudió a Urgencias, hasta en dos ocasiones, el 13 de julio de 2020.

Centrado así el objeto de la reclamación, vamos a analizar tales reproches 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 12 de noviembre de 2018 (recurso 309/2017), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, como añade la citada sentencia, *"las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios*

probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica".

Pues bien, en este caso el reclamante ha incorporado al expediente, en apoyo de sus afirmaciones y con argumentos contrapuestos a los recogidos tanto en el informe del Servicio de Urología del Hospital Universitario 12 de Octubre como en el emitido por la Inspección Sanitaria, un informe médico pericial, entre cuyas conclusiones cabe destacar que, en relación con el primero de los reproches expuestos, considera que ante intervenciones quirúrgicas y necesidad de reposo hospitalario, que incrementan aún más el riesgo protrombótico, era obligado realizar profilaxis antitrombótica con heparina de bajo peso molecular de uso habitual en los hospitales. El informe refiere que *"se omitió dicho proceder en su ingreso con el fin de colocar un catéter doble J en el uréter izquierdo, debiendo repetir la intervención por fallo técnico al día siguiente y quedando ingresado en el Servicio de Urología por espacio de 48 horas, de modo que, como consecuencia de esta omisión"*, que el perito considera negligente, "*el paciente desarrolló una trombosis venosa mesentérica".*

El perito, sin embargo, no se pronuncia en relación con el alta supuestamente indebida del paciente el día 9 de julio de 2020 ni tampoco sobre la actuación del Servicio de Urgencias el 13 de julio de 2020, que son objeto también de reproche por parte del reclamante.

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 de la Sala de lo Contencioso 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 27 de abril de 2017 (rec. núm. 395/2014) añade que, para el caso de que existan informes periciales con conclusiones contradictorias, "*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 el presente caso, cabe destacar que el informe pericial de parte ha sido elaborado por un especialista en Medicina Interna y no por un urólogo o, en su caso, por un especialista en Hematología, como correspondería para analizar la evolución clínica del paciente, de modo que es preciso cuestionar sus conclusiones a la vista del contenido de los informes tanto del Servicio de Urología del Hospital Universitario 12 de Octubre como, especialmente, de la Inspección Sanitaria.

En este sentido, el Servicio de Urología del centro hospitalario refiere en su informe que "*existen numerosos documentos de consenso de diversas sociedades científicas que ratifican el bajo riesgo (1-3%) de trombosis venosa en pacientes con Factor V de Leyden heterocigotos y homocigotos para Factor II G20210A sometidos a cirugía menor urológica (3-4 puntos escala de Caprini)".* De igual modo, la Inspección Sanitaria señala que los pacientes con defectos hereditarios de la coagulación deben recibir tratamiento preventivo con heparina en inmovilizaciones prolongadas o cuando son sometidos a cirugía, pero *"este riesgo en los pacientes heterocigotos para el Factor V Leiden es muy escaso, por lo que no siempre se recomienda la anticoagulación en estas circunstancias".*

Además, el servicio afectado toma en consideración que *"según las guías de la European Association of Urology 2020, la cirugía endoscópica, donde se incluye la colocación de catéteres ureterales y doble j, tiene un riesgo bajo de trombosis"* y, en el caso del reclamante, *"se realizaron dos cirugías urológicas urgentes en 24 horas (días 5 y 6 de julio 2020). Al no tratarse de cirugías programadas, su carácter de urgencia hace impredecible saber la hora a la que va a ser intervenido y en consecuencia no se puede administrar ningún tipo de anticoagulante con finalidad profiláctica que pudiera favorecer el sangrado tanto durante la anestesia como durante el procedimiento quirúrgico… Así mismo, al tratarse de una cirugía menor endoscópica, el alta puede ser indicada en las siguientes 24 horas favoreciendo con ello la movilización precoz del paciente".*

Todo ello lleva a la Inspección Sanitaria a concluir que *"la cirugía endoscópica, donde se incluye la colocación de catéteres ureterales y catéter doble J tiene un riesgo bajo de trombosis por lo que se desaconseja la administración de heparinas profilácticas y se recomiendan en cambio la movilización precoz y medidas mecánicas como las medias de compresión".*

Por otro lado, en relación con el supuesto alta indebida del paciente el 9 de julio de 2020, con diagnóstico de sepsis urológica, "*sin realizar un TAC abdominal para conocer el origen de la infección y poder controlar su foco"*, así como en lo concerniente a la alegada omisión de pruebas complementarias cuando el paciente acudió a Urgencias el día 13 de julio de 2020, cuestiones sobre las que el informe pericial de parte no se pronuncia, es preciso señalar que lo relevante a la hora de enjuiciar la responsabilidad patrimonial es si se produjo un defecto, insuficiencia o *"falta del servicio"* 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 a las circunstancias en que se efectuó la asistencia, es decir, a la categoría asistencial en que fue prestada, a los síntomas que presentaba el paciente en ese momento y a las probabilidades, en función de los mismos, de que padeciera 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.

De igual modo, cabe recordar que el diagnóstico clínico se realiza en función de los síntomas que presenta el paciente y que permiten al facultativo decidir la realización de pruebas diagnósticas que, a su vez, perfilan el diagnóstico final. En el presente supuesto, como refiere el Servicio de Urología en su informe y corrobora la Inspección Sanitaria, el paciente *"no cumplía criterios clínicos ni analíticos de gravedad o shock séptico que desaconsejaran el alta; es por este motivo que se le emplaza a hospital de día médico para recibir tratamiento antibiótico*

intravenoso de amplio espectro. Dado que no presentaba criterios de gravedad y respondió bien a la terapia antibiótica de amplio espectro administrada, se comprobó la correcta posición del catéter mediante radiografía abdominal, de modo que en los casos en los que existe un foco probable de infección (en este caso la litiasis urinaria y la manipulación reciente) con buena respuesta al tratamiento empírico, no está indicado realizar más pruebas radiológicas".

Por lo que respecta a la asistencia dispensada cuando el paciente acude al Servicio de Urgencias del centro hospitalario en dos ocasiones el 13 de julio de 2020, conviene también conviene recordar que, como ha señalado esta Comisión Jurídica Asesora, entre otros, en su dictamen 29/20, de 30 de enero, la función de los servicios de Urgencias va dirigida a las patologías urgentes. Así se manifiesta 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. Esta norma contiene, en su anexo IV, la cartera de servicios comunes de prestación de atención de urgencia, que se define como *"aquella que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata"* de tal forma que concreta 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 sentido, el Servicio de Urología explica en su informe que en sus sucesivas visitas al Servicio de Urgencias, se diagnosticó de molestias inespecíficas relacionadas con el catéter doble J, *"sin presentar otros datos de complicación o empeoramiento del cuadro infeccioso"*, y no es hasta su última visita a Urgencias el día 14 de julio de 2020 cuando el paciente presentaba ya un cuadro de fiebre elevada, *"así como alteraciones analíticas, con elevación de reactantes de fase aguda,*

motivos por los que ya se sospechó una complicación y la uróloga de guardia decidió pedir un TAC abdomino-pélvico con contraste, donde se diagnosticó de la trombosis venosa mesentérica", patología que, en todo caso *"es una rara entidad, cuya incidencia se estima en 2-2'7 casos por cada 100.000 habitantes/año".*

Todo ello lleva a la Inspección Sanitaria a concluir que la asistencia sanitaria dispensada al paciente fue adecuada y de acuerdo a la *lex artis*, conclusión a la que debemos atenernos, dado que el informe de la Inspección Sanitaria obedece a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 22 de junio de 2017 (recurso 1405/2012):

> *"…sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la* litis*, puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del médico inspector, y de la coherencia y motivación de su informe".*

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación presentada, al no haberse acreditado infracción de la *lex artis* en la asistencia sanitaria dispensada al paciente en el Hospital Universitario 12 de Octubre.

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 febrero de 2023

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 60/23

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid