



Dictamen 51/2012

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 27 de febrero de 2012, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Ilmo. Sr. Secretario General de la Consejería de Sanidad y Política Social (por delegación del Excmo. Sr. Consejero), mediante oficio registrado el día 29 de noviembre de 2011, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. 277/11), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 5 de mayo de 2010 (registro de entrada), x presenta reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Murciano de Salud por los siguientes hechos, según describe:

El día 4 de mayo de 2009, sobre las 20:00 horas, acudió al Hospital Los Arcos de Santiago de la Ribera (San Javier), aquejada de un fuerte dolor abdominal de 3 o 4 días de evolución. Se le realizó una radiografía de abdomen que objetivó la presencia de gas en el colon derecho y transverso hasta el ángulo esplénico. Se le diagnostica de meteorismo, se prescribe buscapina y enema, dándole el alta a su domicilio para control por el médico de Atención Primaria.

Al día siguiente, sobre la misma hora, acudió de nuevo al Servicio de Urgencias por continuar con los mismos dolores. Es diagnosticada de apendicitis aguda, quedando ingresada en el Servicio de Cirugía para intervención urgente. Es intervenida (se realizó una appendicectomía) sobre a las 22:15 horas de ese mismo día, encontrándose apendicitis gangrenosa.

Tras la intervención (el día 8, tercero del postoperatorio) se le diagnosticó íleo paralítico y continuaba con dolor, adoptándose por el cirujano actitud expectante, tras administrar sueros y seguril, aunque finalmente la mañana del día 10 de mayo decidió realizar una laparotomía exploradora en la que se apreció peritonitis, tal como informa la hoja operatoria:

"Peritonitis con pus libre en hemiabdomen inferior y colecciones organizadas en FID y Douglas (se cultivan). Muñón apendicular cecal ligado y sin fugas. Adherencia fibrinosa en asas de delgado que se muestra muy distendido. Tendencia sangrado. Evacuación de pus y esfacelos".

La paciente evolucionó mal en el postoperatorio de la laparotomía, por lo que el día 14 de mayo fue sometida a una nueva intervención aunque continuó empeorando y tuvo que ser ingresada en la UCI del Hospital Santa María del Rosell de Cartagena por sospecha de distress respiratorio. Finalmente, tras mejoría, es dada de alta hospitalaria el 12 de junio.

El día 16 de junio ingresa de nuevo en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Virgen

de la Arrixaca de Murcia por dolor abdominal y fiebre. Es diagnosticada de absceso/flemón de pared abdominal en postoperatorio. Finalmente es dada de alta el 26 de junio de 2009, siguiendo controles hasta febrero de 2010.

Sostiene que los servicios sanitarios públicos no adecuaron su organización a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad, que han de regir su funcionamiento según el artículo 7 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, atribuyendo a los mismos:

1. Mala asistencia médica en la consulta a los Servicios de Urgencia del Hospital Los Arcos de 4 de mayo de 2009 pues, pese a tratarse de una urgencia por dolor abdominal, se emitió un diagnóstico de meteorismo, sin descartar las posibilidades de otras urgencias como la apendicitis. Sostiene que ella misma solicitó la realización de una analítica al facultativo que la atendió, respondiéndole que se veía claramente en la radiografía que se trataba de gases, Bastaba con haber realizado una simple analítica para haber detectado la apendicitis. Sostiene que dicha actuación supone una infracción de los protocolos de urgencias abdominales, que llevó un retraso de 24 horas en el diagnóstico y tratamiento de la apendicitis, que supuso la presentación de la gangrena y de la consiguiente peritonitis. De otra parte señala que está totalmente contraindicado la administración de cualquier enema con síntomas de apendicitis.

2. En el postoperatorio de apendicectomía del día 5 de mayo de 2009 se objetivaron síntomas de infección abdominal (peritonitis) como distensión y dolor abdominal, sin embargo, se adoptó una conducta expectante el día 9, y no fue hasta el día 10 cuando se le realizó una laparotomía con una demora de 24 horas. Este retraso posibilitó la septicemia que casi acaba con su vida, según refiere.

En consecuencia, solicita la cantidad a tanto alzado de 160.000 euros en concepto de riesgo grave mortal sufrido, por los días de ingreso hospitalario, por la laparotomía soportada y por el perjuicio estético.

Por último, propone como prueba documental las historias clínicas en los Hospitales Los Arcos, Santa María del Rosell y Virgen de la Arrixaca, y en el Centro de Salud de Roldán (Torre Pacheco).

SEGUNDO.- Con fecha 10 de mayo de 2010, el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dicta Resolución de admisión a trámite de la reclamación presentada, que es notificada a las partes interesadas.

TERCERO- Desde las Gerencias del Área de Salud II de Cartagena y del Área I Murcia Oeste se remiten historias clínicas de la paciente e informes del Dr. x, Jefe de Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Santa M.^a del Rosell, y del Dr. x, facultativo del Servicio de Cirugía General del Hospital Virgen de la Arrixaca, que se remiten a los informes de alta que constan en las mencionadas historias clínicas.

Por su parte, desde la Gerencia del Área de Salud VIII Mar Menor, se remite con fecha 29 de junio de 2010 la historia clínica de Atención Primaria y del Hospital Los Arcos, así como la valoración de varios facultativos:

- El informe del Dr. x, especialista en Cirugía General y Digestiva (folio 184), que se ratifica en las decisiones que se tomaron respecto a la paciente durante su asistencia:

"Tras revisar la sucesión de los hechos acontecidos desde su ingreso no aprecio ninguna actitud punible por parte del Servicio de Cirugía, siendo correctos los tiempos y actuaciones de los respectivos profesionales que atendieron el caso, teniendo siempre en cuenta la complejidad y trascendencia de las decisiones en un paciente grave en el que las soluciones eran muy agresivas. No obstante constato que las intervenciones a las que fue sometida estuvieron correctamente indicadas y en el tiempo que la

prudencia y la complejidad precisaban en un paciente de alto riesgo, en el que cada actuación quirúrgica podía comprometer la vida de la paciente".

- El informe del Dr. x, del Servicio de Anestesiología y Reanimación, que también se ratifica en su actuación (folio 185).

- El informe del Dr. x, Jefe de la Unidad Técnica de Admisión y Documentación Sanitaria, que realiza las siguientes consideraciones (folio 186):

*"El 4-5-2009 a las 19,53 horas, la paciente x consultó en la puerta de urgencias del Hospital Los Arcos por dolor abdominal de tres a cuatro días de evolución relacionado con una trasgresión dietética. Como antecedentes personales figura *ulcus* hace años. En la exploración física abdominal no presentaba masas ni megalías y era doloroso a la palpación profunda en epigastrio y fosa ilíaca derecha. Tenía una percusión timpánica ++, con ruidos aéreos aumentados y prueba del Psoas y Blumberg negativo, y el resto de la exploración fue anodina. Se le realizó una radiografía simple de abdomen, que presentaba gas en colon derecho y transverso hasta ángulo esplénico. El Dr. x la diagnosticó de meteorismo y le mandó como tratamiento: enema casen 250 ml; buscapina compositum 1 cápsula cada 8 horas y control por su médico de cabecera. Y fue dada de alta a las 22,29 horas a domicilio.*

El 5-5-2009 a las 20,12 horas, la paciente x consultó en la puerta de urgencias del Hospital Los Arcos por dolor abdominal. En los antecedentes personales se refleja que sin interés. En la enfermedad actual se refiere que desde los días antes presentaba un cuadro de dolor abdominal difuso, continuo, sin vómitos ni diarrea, ni fiebre. El día anterior el dolor se irradió a fosa ilíaca derecha y tras ponerse un enema no calmó el dolor. En el día de hoy el dolor es más intenso con escalofríos y fiebre. La fecha de la última regla había sido hacía una semana y habitualmente eran regulares y sin dolor. En la exploración física presentaba afectación, abdomen doloroso a la palpación, con defensa y Blumberg positivo (...)".

Conviene añadir en este punto que, como resultado de esta asistencia, la paciente queda ingresada en el Hospital, siendo intervenida por el Servicio de Cirugía a las dos horas de su ingreso, aproximadamente, de una apendicitis aguda (folio 203).

CUARTO. - Por el órgano instructor se notificó a las partes interesadas la apertura del periodo de práctica de prueba, así como se solicitó informe al Servicio de la Inspección Médica el 21 de septiembre de 2010.

QUINTO. - Por parte de la Inspección Médica se emite informe de 7 de abril de 2011, que concluye lo siguiente:

"1.- El diagnóstico preoperatorio de la apendicitis aguda sigue siendo eminentemente clínico y sigue planteando serios problemas diagnósticos. La clínica que presentaba x, con signos del Psoas y de Blumberg negativos y abdomen sin defensa, hizo que el facultativo que la atendió el día 4 de mayo de 2009 en el Servicio de Urgencias del H. Los Arcos, descartara que estuviera ante una apendicitis aguda, lo que probablemente demoró el tratamiento, que siempre es quirúrgico.

2.- Al día siguiente, el dolor abdominal se había instalado en FID y la exploración clínica era acorde con el cuadro de apendicitis aguda, el signo de Blumberg era positivo y el abdomen presentaba defensa. Se tardó unas dos horas, entre que la paciente acudió a urgencias y su entrada en quirófano. Se actuó con celeridad.

3.- La paciente presentaba una apendicitis gangrenosa. Aunque se acepte que una apendicitis

que se inicia como congestiva puede evolutivamente terminar siendo gangrenosa, y quizás las apendicitis gangrenosas estén relacionadas con un mayor tiempo de evolución, la secuencia de las formas anatomo-clínicas de presentación de la apendicitis aguda no son cronológicas y consecutivas. La paciente refería molestias desde unos días antes de acudir por primera vez al hospital.

4.- La apendicitis gangrenosa, primera etapa de las apendicitis complicadas, es una patología grave, su morbilidad y su mortalidad siguen siendo altas. Una de las complicaciones de todas las apendicitis es la peritonitis secundaria, como la que presentó x.

5.- El seguimiento que se hizo a la paciente en el postoperatorio fue diario, incluso con visitas de mañana y tarde varios días por parte de los facultativos del Servicio de cirugía. La paciente evolucionó con un íleo paralítico, sin fiebre ni gran alteración de su estado general. En principio en un íleo paralítico, el tratamiento debe ser conservador con medidas de soporte (siempre que el paciente no manifieste otra sintomatología). La actitud que se toma de esperar es correcta, se informó a la familia como queda recogido en la historia.

6.- El cuarto día del postoperatorio, el día 10 de mayo, la paciente empeora, está taquipneica. Se le realiza un TAC, volviéndola a intervenir con el diagnóstico de peritonitis tras apendicetomía. Se practica laparotomía con limpieza y lavado abundante de la cavidad, se le toman muestras para cultivo y antibiograma. El tratamiento de las peritonitis secundarias requiere la corrección quirúrgica de la patología desencadenante, combinado con el tratamiento de soporte y los antibióticos. Se le aplica el tratamiento adecuado.

7.- La evolución sigue sin ser buena, la paciente esta ingresada en Reanimación tres días después vuelve a ser intervenida, en esta intervención se sutura una micro perforación. Continúa con tratamiento antibiótico y de soporte, adecuado al momento evolutivo.

8.- Se le traslada a la UCI del H. Rosell por disnea, con sospecha de distress respiratorio, una vez allí se le practica un drenaje pleural derecho y una punción del flanco izquierdo, continuándose con la misma antibioterapia y con medidas de soporte. La paciente comienza a presentar una buena evolución y es trasladada a planta de cirugía. El día 12 de junio es alta hospitalaria.

9.- Dos días después, al presentar fiebre de nuevo, la paciente acude a otro Hospital, al Hospital Virgen de la Arrixaca. Presenta un absceso de la pared que es tratado de nuevo con antibióticos, se objetiva que no hay problema y tras un periodo ventana sin antibióticos, se le da el alta.

10.- Considero que las actuaciones de los facultativos intervinientes estuvieron adecuadas a la lex artis. No se objetiva daño permanente, salvo las cicatrices de las intervenciones quirúrgicas a que fue sometida x con el fin de salvarle la vida".

SEXTO.- La compañía aseguradora -- aporta al expediente dictamen pericial realizado colegiadamente por los doctores x y otros, el primero de ellos especialista en cirugía general y los demás en cirugía general y aparato digestivo. Este informe finaliza con las siguientes conclusiones:

"1. La paciente acudió a la urgencia del HLA a las 19.53H del 04/05/09 por un cuadro de dolor abdominal de varios días de evolución que relacionaba con una trasgresión dietética.

2. De manera correcta se realiza una exploración clínica que descarta la existencia de un abdomen agudo.

3. Por este motivo, enviar a la paciente a su domicilio bajo control por su MAP es correcto.

4. *Ingresa en la urgencia 22 horas más tarde, presentando en esta ocasión un cuadro de dolor abdominal compatible con abdomen agudo.*
5. *Es intervenida de urgencia con diagnóstico de apendicitis aguda. Procediéndose a extirpación de un apéndice gangrenada, confirmado por AP.*
6. *De acuerdo con lo anterior, la atención en la urgencia del día 04/05/09 hay que considerarla correcta y de acuerdo con los protocolos.*

7. *Más del 30% de los pacientes con apendicitis aguda sufre la enfermedad más de 48 h. y entre el 50 y el 70% presenta perforación apendicular.*

8. *La morbilidad llega a ser de un 10% y cuando el apéndice está perforado o gangrenado sube hasta un 15 o 20%.*

9. *En este caso la paciente presenta un íleo prolongado en los primeros días de postoperatorio.*

10. *Al 5º día se realiza TAC que pone de manifiesto la existencia de abscesos intraabdominales, que son tratados de manera correcta.*

11. *Es reintervenida al 4º día para evacuar nuevos abscesos del interior de la cavidad peritoneal.*

12. *Es trasladada al HSMR por un cuadro de SDRA que es tratado en tiempo y forma correcta.*

13. *Tras el alta es tratada de una sepsis de herida quirúrgica en el HUVA de Murcia.*

14. *Se pusieron a disposición de la paciente todos los medios hospitalarios disponibles para el tratamiento de todas las complicaciones que presentó.*

15. *De acuerdo con la documentación analizada se puede concluir en que todos los profesionales que trataron a la paciente lo hicieron de manera correcta".*

SÉPTIMO.- El 27 de mayo de 2011 (registro de salida), el órgano instructor solicita a la Inspección Médica que conteste a la siguiente cuestión:

"El reclamante afirma lo siguiente: "Esta contraindicada totalmente la administración de cualquier enema a un paciente constipado con dolor abdominal o con síntomas de apendicitis u oclusión intestinal" ¿Es o no cierta esta afirmación?"

En contestación a la indicada pregunta, dicha Inspección remite un escrito en el que señala (folio 368):

"El uso de laxantes está contraindicado en un paciente con apendicitis o con un cuadro oclusivo intestinal por otra etiología, lo que no se diagnosticó en la primera asistencia recibida, pero no está contraindicado y se indica en muchas ocasiones, a un cuadro banal que produce meteorismo, como el que se le diagnosticó a x en su primera asistencia".

OCTAVO.- El 12 de julio de 2011 se comunica a los interesados la apertura del trámite de audiencia, presentando un escrito de alegaciones x, en representación de la reclamante (si bien no consta en este expediente la acreditación de la representación del Letrado actuante) en el que refiere que "pese a que la paciente presentaba un dolor abdominal que se había originado en el epigastrio y migraba hacia la fosa ilíaca izquierda típico de la apendicitis (3 puntos en la escala Alvarado), el médico de guardia la descartó caprichosamente, pues tenía a su disposición la prueba que habría descartado tal posibilidad".

Señala que no se emplearon los medios diagnósticos al alcance, lo que supuso un retraso de 24 horas en aplicar la solución correcta. También que la administración de un enema estaba totalmente contraindicado sin haber sido descartada la apendicitis, con el consiguiente agravamiento del daño.

NOVENO.- La propuesta de resolución, de 8 de noviembre de 2011, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial sobre la base de las consideraciones médicas de los informes de la Inspección Médica y de los peritos de la compañía aseguradora, sin que por la parte reclamante se haya aportado un informe pericial que contradiga las conclusiones de los informes médicos indicados, que sostienen la adecuación a la *lex artis* de la asistencia sanitaria prestada a la paciente por el Hospital Los Arcos.

DÉCIMO.- Con fecha 29 de noviembre de 2011 se ha recabado el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo.

A la vista de los referidos Antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia (LCJ), en relación con el 12 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

1. La reclamante, al padecer en su persona los perjuicios imputados a la actuación administrativa consistente en la atención sanitaria recibida del sistema público de salud, ostenta la condición de interesada para ejercitar la acción de reclamación, a tenor de lo dispuesto por el artículo 139.1 de la Ley

30/1992, de 26 de noviembre, sobre Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), en relación con el artículo 4.1 RRP. No obstante, no resulta acreditada en el presente procedimiento la representación del Letrado actuante.

2. La legitimación pasiva deriva de la titularidad pública predictable tanto de la actividad sanitaria, como del centro hospitalario en el que se prestó la asistencia a la que se imputa el daño, el Hospital Los Arcos, dependiente del Servicio Murciano de Salud.

3. La reclamación fue interpuesta el 5 de mayo de 2010, antes del transcurso de un año desde el alta hospitalaria por absceso y flemón de pared postoperatorio en el Hospital Virgen de la Arrixaca (el 26 de junio de 2009), sin tener en cuenta, además, que en el caso de daños físicos el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas, conforme a lo dispuesto en el artículo 142.5 LPAC.

4. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, salvo el plazo máximo para resolver, de conformidad con lo previsto en el artículo 13.3 RRP.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 CE: "los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos". Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce "el derecho a la protección de la salud", desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

- a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupos de personas.
- b) Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.
- c) Ausencia de fuerza mayor.
- d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación del sanitario ha de llevarse a cabo por la denominada "*lex artis ad hoc*" o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle

(Dictámenes números 49/01 y 97/03 del Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una 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, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para 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 (STS, Sala 3^a, de 14 de octubre de 2002).

Por ello, la doctrina jurisprudencial lo utiliza como parámetro que permita determinar el grado de corrección de la actividad de la administración sanitaria a la que se imputa el daño, diferenciando los supuestos en los que el resultado dañoso se puede imputar a la actividad administrativa de aquellos otros casos en los que el resultado se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de garantizar la salud en todos los casos, y ello porque, como ha manifestado la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (sentencias de 4 de abril de 2000 y 17 de mayo de 2004, entre otras muchas), el criterio fundamental para determinar si concurre responsabilidad patrimonial en materia de asistencia sanitaria es el de la adecuación objetiva al servicio prestado, independientemente de que existan o no conductas irregulares por parte de los agentes de la Administración y del éxito de los actos terapéuticos, cuyo buen fin no siempre puede quedar asegurado.

CUARTA.- Concurrencia de los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial. Inexistencia en el presente caso.

La reclamante imputa al Servicio Murciano de Salud una mala asistencia médica en la consulta al Servicio de Urgencias del Hospital Los Arcos el día 4 de mayo de 2009, pues tratándose de una urgencia por dolor abdominal se emitió el diagnóstico de meterorismo, sin descartar previamente otras dolencias como la apendicitis. Considera que se infringieron los protocolos de urgencia, que trajo como consecuencia un retraso de 24 horas en el diagnóstico y tratamiento de la apendicitis, que supuso su gangrena. También se imputa retraso en el postoperatorio, pues ante una clínica clara de peritonitis, en su opinión, se decidió una actitud expectante, demorándose la práctica de la laparotomía exploradora hasta el día siguiente (demora de más de 24 horas como mínimo).

Sin embargo, tales imputaciones no vienen avaladas por criterio médico alguno, cuando la determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a *normopraxis* descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto.

Frente a esta falta de prueba de las imputaciones formuladas por la parte reclamante, los informes médicos obrantes en el expediente consideran ajustada a la *lex artis* las actuaciones sanitarias a las que se imputa el daño por la parte reclamante, conforme recoge la propuesta de resolución.

Veamos, pues, los datos básicos en los que se sostiene la propuesta de desestimación de la reclamación, que comparte este Consejo Jurídico, partiendo del dato de que el diagnóstico preoperatorio de una apendicitis aguda sigue siendo eminentemente clínico y plantea serios problemas:

1. Cuando la paciente acude por primera vez al Servicio de Urgencias del Hospital Los Arcos el día 4 de mayo de 2009 refiere "*dolor abdominal de 3-4 días de evolución relacionado con una transgresión dietética*". El dolor que presentaba era difuso, sin vómitos, ni deposición diarreica ni fiebre (folio 341 correspondiente al apartado de los hechos de la Inspección Médica). Se le realiza por el facultativo que la atiende la pertinente exploración abdominal dirigida a descartar apendicitis aguda, siendo negativos los signos exploratorios Psoas y Blumberg, sin que presentara defensa abdominal, es decir tenía una clínica que en principio no apuntaba a una apendicitis (folio 353 del informe de la

Inspección Médica), ni a la existencia en ese momento de una patología urgente (folio 362 del informe de los peritos de la aseguradora). Se le realizó una radiografía que refleja la existencia de gases en el colon derecho y transverso hasta ángulo esplénico, lo que se traduce en el diagnóstico inicial de meteorismo y con el hecho de que se le prescribiera un enema, que no está contraindicado en tal caso (folio 368 del informe de la Inspección Médica).

En relación con la imputación de que no se le practicara una analítica para descartar la apendicitis, la Inspección Médica contesta: "*Si se le hubiera realizado una analítica, como relata la solicitante, probablemente se hubiera obtenido leucocitosis, pero este dato tampoco es diagnóstico de apendicitis, ya que aquéllos suben en múltiples procesos*". De hecho refiere que en varios estudios se recoge que cuando estos marcadores están elevados son pobres predictores positivos (folio 353).

A este respecto, el informe de los peritos de la compañía aseguradora expresa lo siguiente respecto al diagnóstico de apendicitis (folio 363):

"El diagnóstico de la apendicitis aguda es fundamentalmente clínico. Para ello es esencial las características del dolor en forma, intensidad y relación cronológica con la aparición de otros síntomas. Muchas veces sólo la evolución del cuadro a lo largo del tiempo nos da un diagnóstico que generalmente es de sospecha. Si la sospecha es alta, está indicada la intervención quirúrgica o si hay signos de afectación sistémica del paciente.

Si la sospecha es moderada y el paciente está estable, lo correcto es la observación (hospitalaria o domiciliaria según el grado de sospecha y la situación general del paciente), decidiendo la actitud en función de la evolución del paciente".

2. Precisamente, al día siguiente, cuando acude a las 20 horas al Servicio de Urgencias del mismo Hospital, la paciente ya presenta los síntomas de fiebre, dolor localizado en la fosa ilíaca derecha (más intenso que el día anterior), con defensa y Blumberg positivo; por sospecha de apendicitis se pide hemograma, bioquímica, coagulación y orina, revelándose leucocitosis en la analítica. Diagnosticada de apendicitis aguda es intervenida sobre las 22,15 horas (alrededor de las dos horas de su ingreso), constatándose apendicitis gangrenosa. De esta actuación destaca la Inspección Médica su celeridad. Respecto a las complicaciones que surgieron con posterioridad, como recoge la propuesta elevada, fueron debidas a que la apendicitis que sufrió la paciente era de tipo gangrenoso, presentando un íleo paralítico, peritonitis y abscesos intraabdominales en los primeros días del postoperatorio. Sobre la gravedad de esta patología, la Inspección Médica indica al respecto (folio 356):

"La apendicitis gangrenosa, primera etapa de las apendicitis complicadas, es una patología grave, su morbilidad y su mortalidad siguen siendo altas. Una de las complicaciones de todas las apendicitis es la peritonitis secundaria, como la que presentó x".

3. Frente a la segunda imputación que se achaca al servicio público sanitario sobre la tardanza en el postoperatorio, consistente en que ante una clínica clara de peritonitis se decidió una actitud expectante, demorándose la práctica de la laparotomía exploradora hasta el día siguiente, la Inspección Médica contesta (folio 356):

"El seguimiento que se hizo a la paciente en el postoperatorio fue diario, incluso con visitas de mañana y tarde varios días por parte de los facultativos del Servicio de cirugía. La paciente evolucionó con un íleo paralítico, sin fiebre ni gran alteración de su estado general. En principio en un íleo paralítico, el tratamiento debe ser conservador con medidas de soporte (siempre que el paciente no manifieste otra sintomatología). La actitud que se toma de esperar es correcta, se informó a la familia, como queda recogido en la historia". Esta atención continuada queda reflejada en el historial médico que se incorpora al expediente, poniendo a disposición de la paciente todos los medios disponibles.

Finalmente la Inspección Médica concluye:

"Considero que las actuaciones de los facultativos intervenientes estuvieron adecuadas a la lex artis. No se objetiva daño permanente salvo las cicatrices de las intervenciones quirúrgicas a que fue sometida x con el fin de salvarle la vida".

Frente a la positiva valoración médica de la asistencia prestada no puede prevalecer la mera opinión de la parte reclamante, huérfana del apoyo técnico que requeriría para poder determinar la existencia de una eventual mala *praxis* médica, y que, de conformidad con el artículo 217 LEC y en atención a la distribución de la carga de la prueba que de él se deriva, aquélla debería haber aportado al procedimiento.

Cabe concluir, en definitiva, que no consta acreditado que en la atención prestada a la paciente se incurriera en actuación contraria a *normopraxis*, lo que impide afirmar la existencia de nexo causal entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y el daño alegado, ni la antijuridicidad de este último (artículo 141.1 LPAC).

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria, en tanto que no se aprecia la concurrencia de los elementos legalmente exigidos para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración regional.

No obstante, V.E. resolverá.