



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 277/2014

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 6 de octubre de 2014, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excmra. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 15 de julio de 2013, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. 269/13), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 10 de septiembre de 2012, x, en representación de x, presentó un escrito de responsabilidad patrimonial dirigido a la Consejería de Sanidad y Consumo, en el que, en síntesis, expresa lo que sigue.

El 25 de junio de 2009 su representado ingresó en el Servicio de Urgencias del hospital "Reina Sofía" aquejado de un dolor súbito intenso en el hipogastrio y aumento de la micción, aunque desde hacía unos quince días ya venía presentado molestias en el hipogastrio; tras la exploración, incluyendo una radiografía de abdomen, se le diagnostica un cólico nefrítico, prescribiéndole analgésicos y control por su médico de cabecera.

El 27 siguiente volvió al citado Servicio de Urgencias por empeoramiento, detectándose en la exploración radiológica abundante gas en asas de intestino delgado, se le realiza un TAC y se le diagnostica de "*diverticulitis aguda*", quedando ingresado en el hospital, siendo intervenido quirúrgicamente el 29 siguiente, realizando sutura de perforación diverticular, lavado y drenaje. Tras un postoperatorio poco favorable, es reintervenido el 3 de julio, realizándose resección de segmento intestinal y colostomía de protección para restitución de tránsito, siendo alta el 21 de julio del mismo mes, si bien ingresó en Urgencias el siguiente 24 por sangrado autolimitado de la colostomía.

El 8 de noviembre de 2009 ingresó en dicho hospital para realizar la resección del muñón sigmoideo residual y la reconstrucción del tránsito, con anastomosis colorrectal y cierre de pared abdominal (lo que se practicó el siguiente día 10), siendo alta el 20 de noviembre de 2009.

Añade que las distintas intervenciones han producido en el paciente unas eventraciones irreductibles, siendo intervenido el 17 de junio de 2011, encontrando una gran eventración multisecular supraumbilical y una

eventración sobre cicatriz queolloidea grande en la zona de la antigua colostomía, realizándole una disección para comunicar y localizar zonas sanas, colocando una malla de Aprietas en la zona de la laparotomía media y una malla titanizada. Mediante resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social de 2 de abril de 2012 se le reconoció una pensión por incapacidad permanente total.

Considera el compareciente que los daños por los que reclama (que luego concretará en una dehiscencia de la pared abdominal con gran eventración y un perjuicio estético moderado) se debieron a una actuación sanitaria incorrecta, en concreto, a un inicial error en el diagnóstico y en el tratamiento, pues, por un lado, cuando el enfermo acudió el 25 de junio de 2009 al Servicio de Urgencias del hospital, no se le realizó un TAC, que hubiera permitido entonces realizar el diagnóstico de la diverticulitis que padecía y comenzar su tratamiento, sino que se le diagnosticó un cólico nefrítico y se le prescribieron analgésicos que enmascaraban la verdadera patología; como el TAC se realizó el 27 siguiente, que permitió el diagnóstico de la diverticulitis, hubo un retraso de dos días en comenzar su tratamiento, dando lugar a la agravación de la enfermedad y a las complicaciones posteriores. Considera que dicho error de diagnóstico y retraso en el tratamiento de la enfermedad del paciente produjo una pérdida de oportunidad terapeútica para evitar su agravamiento y las complicaciones acaecidas, y dio como resultado un daño desproporcionado, pues por una diverticulitis se ha llegado a una situación de incapacidad laboral total, citando diversas sentencias sobre los conceptos de pérdida de oportunidad y de daño desproporcionado en el ámbito de la responsabilidad sanitaria.

Añade que el 23 de febrero de 2010 presentó denuncia penal por los referidos hechos, dando lugar a las Diligencias Previas nº 991/2010, tramitadas por el Juzgado de Instrucción nº 9 de Murcia, que el 12 de septiembre de 2011 dictó Auto de sobreseimiento provisional y archivo de la causa, con reserva de las acciones civiles y/o administrativas que correspondan al perjudicado.

Por todo ello, solicita una indemnización de 192.211,48 euros, según el baremo aplicable en materia de accidentes de tráfico, que puede ser desglosada así: a) por las secuelas de dehiscencia de la pared abdominal con gran eventración y de perjuicio estético moderado, valoradas en 20 y 10 puntos, respectivamente, un total de 45.204,30 euros; b) por incapacidad permanente total: 92.882 euros; c) por un total de 638 días de incapacidad temporal: 36.652,41 euros; d) más la aplicación de un factor de corrección de un 10% sobre el total anterior.

Adjunta a su escrito un poder de representación, diversos documentos de la historia clínica del paciente y otros relativos a su procedimiento de declaración de incapacidad laboral, así como copia del Auto judicial antes mencionado.

SEGUNDO.- El 26 de septiembre de 2012 el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dictó resolución de admisión a trámite de la reclamación, lo que se notificó a los interesados.

En la misma fecha se solicitó al Director Gerente del Área de Salud VII copia de la historia clínica del reclamante e informes de los profesionales que lo asistieron en el hospital "Reina Sofía".

TERCERO.- Mediante oficio de 6 de noviembre de 2012, el Director Gerente de dicho hospital remite la requerida historia clínica y dos informes sobre la reclamación:

- Informe, sin fecha, de la Dra. x, Médico Adjunto del Servicio de Urgencias, en el que expone lo siguiente:

"En fecha 25/Junio/2009 (el paciente) acudió al servicio de urgencias refiriendo dolor a nivel hipogastrio de una semana de evolución, acompañado de aumento de la micción. El paciente presentaba dolor generalizado abdominal con focalización en hipogastrio.

En referencia a esto, el aumento de la micción (polaquiuria), se incluye dentro del síndrome miccional (tenesmo, disuria y polaquiuria). Con respecto a las pruebas realizadas, la presencia de leucocitosis es definida como signo inespecífico, siendo una de las causas de la misma la presencia de dolor intenso. La presencia de una orina con sedimento normal no descarta el diagnóstico de cólico nefrítico, para el cual son necesarios 2 de los siguientes criterios: a) dolor de características subjetivas, b) localización del dolor (en hipogastrio puede presentarse en cólico renoureteral bajo) y c) microhematuria.

El paciente, tras administración de analgesia, estaba asintomático, por lo que se decidió alta y observación por su MFyC.

En su escrito hacen referencia a que "el uso de analgésicos puede enmascarar los síntomas de la enfermedad" pero, en contra de eso, y tal y como se expone en la literatura médica y se constata en una revisión de la Cochrane del 2007: "La administración precoz de analgesia en pacientes con dolor abdominal pueden reducir el dolor y no interfiere con el diagnóstico".

- Informe de 4 de noviembre de 2012 del Dr. x, Jefe del Servicio de Cirugía General, que expresa lo siguiente:

"Primero: Que x, varón de 36 años y albañil de profesión, con antecedentes personales de Obesidad Mórbida, tabaquismo (2-3 paquetes/día), bebedor moderado e intervenido para amigdalectomía, consultó en Puerta de Urgencias el día 27 de Junio de 2009 por dolor en hemiabdomen inferior y fue valorado por el cirujano de guardia, realizándosele una analítica que mostraba 17.200 leucocitos con 93% de neutrófilos y un TC abdominal, que informó de "líquido libre en cavidad peritoneal de distribución benigna y abundantes divertículos en sigma". Con estos datos clínicos, analíticos y radiológicos el paciente fue diagnosticado de diverticulitis aguda simple e ingresado para tratamiento conservador con dieta absoluta para reposo intestinal, sueroterapia y antibióticos intravenosos de amplio espectro.

Se practicó un TC de control a las 24 horas, que únicamente evidenciaba probables áreas de diverticulitis aguda en sigma y colon descendente, sin evidenciarse neumoperitoneo ni colecciones claramente definidas.

Esta dolencia se produce en el 10-25% de pacientes con enfermedad diverticular y es el resultado de la inflamación y perforación de uno o varios divertículos cólicos. El proceso inflamatorio peridiverticular constituye en más del 70% de casos un flemón delimitado con un cuadro característico de dolor con defensa abdominal localizada, fiebre y leucocitosis. La mayoría de casos regresa de forma espontánea o con el tratamiento médico conservador citado en el plazo de 24-48 Horas, pero aproximadamente entre un 15-20% de casos ingresados por diverticulitis aguda precisarán de tratamiento quirúrgico en las siguientes horas por complicaciones evolutivas.

Segundo- Que en su segundo día de ingreso (29/06/09) se constató, en base a los datos clínicos y analíticos, que el cuadro no respondía adecuadamente al tratamiento instaurado y existía progresión del proceso inflamatorio hacia una diverticulitis complicada con riesgo de septicemia. Por este motivo se decidió laparotomía exploradora de urgencia, encontrando un divertículo perforado en el borde antimesentérico del sigma. Se procedió a la sutura de la perforación con lavado de la cavidad y tras revisar sin hallar más alteraciones en el resto del abdomen, se cerró la laparotomía dejando un drenaje tipo penrose en el ambiente de la cirugía. El paciente quedó ingresado en el área de reanimación postanestésica.

En el segundo día postoperatorio (en adelante p.o.) de la intervención (01/07/2009) se le realizó un TC abdominal de control, que objetivó únicamente la presencia de líquido libre abdominal y de neumoperitoneo, sugestivo todo ello de ser residual a la reciente cirugía.

El postoperatorio inmediato en la Sala de Reanimación transcurrió sin más incidencia que las molestias derivadas de un discreto íleo paralítico postquirúrgico, pero el 03/07/09 (4º p.o.) el paciente presentó dolor abdominal con mayor distensión, por lo que se realizó una revisión quirúrgica, procediéndose a la resección del segmento afecto, colostomía sigmoidea y cierre del muñón rectal (procedimiento de Hartmann). Dado que los hallazgos justificaban plenamente el cuadro se cerró la laparotomía.

Ésta es la técnica aconsejada en las Guías Clínicas de Cirugía Colorrectal de la Asociación Española de Cirujanos para los casos en los que, como el que nos ocupa, las condiciones del campo quirúrgico no permiten realizar una sutura primaria de forma satisfactoria. Se evita además la recurrencia sintomática.

El postoperatorio de esta reintervención fue adecuado, por lo que el paciente fue dado de alta el día 21/07/09 para continuar su seguimiento en consultas externas. Tres días después (24/07/09) acudió a urgencias por episodio autolimitado de sangrado por la colostomía, evidenciándose una necrosis de la mucosa superficial con ligera estenosis del estoma. Esta es la morbilidad más frecuente asociada al acto quirúrgico que se le había realizado y careció de repercusión clínica en el caso de x.

Pasado el brote agudo de diverticulitis se realizó una colonoscopia, que encontró algún divertículo residual en la porción de colon distal, sin lesiones diverticulares en el colon hasta ciego.

Tercero.- Que x ingresó para ser intervenido de forma programada el día 10/11/09. Mediante laparotomía media sobre cicatriz de la anterior intervención se realizó resección del segmento de sigma residual con algún divertículo y reconstrucción del tránsito intestinal con anastomosis colo-rectal alta con sutura manual biplano y cierre de la pared abdominal con dos suturas continuas de material absorbible monofilamento de segunda generación, según técnica habitual. El cierre de la pared que ocupaba el estoma de la colostomía se realizó con sutura de pared en dos planos.

En el postoperatorio se produjo infección de la herida de la laparotomía que obligó a drenaje de un absceso y curas locales, siendo dado de alta el 20/11/09.

La infección de la herida es uno de los mayores inconvenientes para una correcta cicatrización de la laparotomía, aunque su incidencia es alta tras una cirugía limpia-contaminada como la de colon que se practicó en este caso.

Por otro lado, en el cierre de relaparotomías se encuentra un tejido cicatricial mal vascularizado, de menor calidad que el tejido indemne y cuya respuesta en el proceso reparador será peor y por ello no es de extrañar que se dupliquen las complicaciones en comparación con un proceso normal. La resistencia que van a adquirir los tejidos suturados por segunda vez nunca es aceptable hasta al menos el cuarto mes. A pesar de los avances en anestesia y reanimación postoperatoria, calidad de las suturas y profilaxis antibiótica, la incidencia de las eventraciones varía entre el 10-20% tras una laparotomía.

Ambos efectos indeseables -infección del sitio quirúrgico y eventración tras la relaparotomía- le fueron explicados al paciente y aparecen detallados como "Riesgos Generales y Específicos del Procedimiento" en la hoja de "Consentimiento Informado Para Cierre del Estoma Por Cirugía Abierta" que firmó con fecha 22/10/09.

Los dos factores de riesgo citados, junto a la obesidad del paciente, hacían altamente probable la aparición de una eventración durante el primer año tras la intervención, por lo que se recomendó al alta del paciente evitar cualquier tipo de esfuerzo físico.

Cuarto.- Que en la revisión en Consulta Externa de Cirugía de Diciembre de 2010, el Dr. x diagnosticó una doble eventración de la laparotomía media y del cierre del estoma en vacío izquierdo, incluyéndole en la lista de espera quirúrgica. En la hoja de evolución el Dr. x especifica que, según el propio paciente le relata, las eventraciones han surgido a partir de los importantes esfuerzos realizados por su trabajo y que, a pesar de estar advertido del riesgo que supone su obesidad, no ha sido capaz de perder peso.

El paciente fue intervenido el día 17/06/11 para reparación de ambas hernias ventrales con prótesis de polipropileno y fue dado de alta cuatro días después sin complicaciones postoperatorias inmediatas. En las revisiones posteriores se practicaron curas locales por un seroma hasta su cierre por segunda intención. En la última revisión (24/04/12) no se han detectado recidivas y el paciente no ha referido síntomas relacionados con su enfermedad diverticular ni con las complicaciones de pared que sufrió, por lo que se le ha citado para nuevo control en un año.

Quinto.- Que, conforme a la literatura médica, el tratamiento prescrito por los facultativos de este Servicio estaba plenamente indicado para el caso y en base a los hallazgos clínicos, analíticos y radiológicos. La perforación en colon sigmoide sufrida por el paciente no puede en modo alguno atribuirse a la actuación de los facultativos, que fue correcta en todo momento, ni al tratamiento conservador inicialmente prescrito, que era coherente con el resultado de las pruebas médicas realizadas.

Todo lo relatado de forma ordenada y sistemática en este informe está fielmente reflejado en las sucesivas anotaciones de la historia clínica establecidas día a día. En consecuencia, considero que la actuación de los facultativos se este Servicio fue adecuada y ajustada a los antecedentes y estado del paciente en cada momento".

CUARTO.- Mediante oficio de 26 de noviembre de 2012 el Juzgado de Instrucción nº 9 de Murcia remitió las

Entre la documentación remitida se encuentra el informe médico emitido por la forense el 10 de junio de 2011, en el que, tras analizar detalladamente los hechos y realizar diversas consideraciones médicas, el Forense llega a la siguiente conclusión:

"Tras estudiar la historia clínica que se adjunta de x, objeto del procedimiento por presunta negligencia médica, encontramos que el tratamiento que se le administró a x, en el Hospital Reina Sofía, tanto el día 25-6-2009 en el SU (Servicio de Urgencias) por la Dra. x, como desde el día 27-6-2009 hasta el alta hospitalaria el 21-7-2009, objeto del presente informe, fue correcto y conforme a lex artis".

QUINTO.- El 13 de diciembre de 2012 se solicitó informe a la Inspección Médica de la Consejería consultante.

SEXTO.- Obra en el expediente un informe, de 12 de abril de 2013, aportado por la aseguradora del SMS, elaborado por un médico especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo, en el que, tras analizar los hechos y realizar diversas consideraciones médicas, concluye lo siguiente:

- "1. El diagnóstico previo del paciente la primera vez que acudió a urgencias se puede considerar adecuado al cuadro clínico que presentaba.*
- 2. El tratamiento conservador de la diverticulitis es correcto, si no tiene complicaciones locales o generales graves.*
- 3. Cuando estuvo indicada la intervención por no responder el tratamiento médico, ésta se hizo también de forma adecuada.*
- 4. Se resolvieron las complicaciones en el momento oportuno y con la técnica indicada: peritonitis postoperatoria y eventraciones.*
- 5. No encontramos actuación médica negligente ni mala práctica, habiéndose ajustado la actuación a los criterios de la Lex Artis".*

SÉPTIMO.- Mediante oficios de 24 de mayo de 2013 se acordó un trámite de audiencia y vista del expediente para los interesados, compareciendo a estos efectos un representante del reclamante, que presentó alegaciones el 26 de junio de 2013, en las que, en síntesis, se ratifica en lo expresado en su escrito inicial.

OCTAVO.- El 3 de julio de 2013 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación; en síntesis, por considerar, de acuerdo con los informes médicos emitidos, que no se acredita la existencia de mala praxis

médica en la asistencia prestada a la reclamante, antes al contrario, dichos informes concluyen en la corrección de dicha asistencia médica, por lo que no existe la adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama indemnización.

NOVENO.- En la fecha y por el órgano indicado en el encabezamiento del presente, se solicitó el preceptivo Dictamen de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente y su extracto e índice reglamentarios.

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, en relación con el 142.3 LPAC y con el 12 del RD 429/93, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de las Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. El reclamante está legitimado para deducir la pretensión resarcitoria por los daños, sufridos en su persona, a que se refiere en su reclamación.

La Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse los daños al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. En cuanto a la temporaneidad de la acción, a ejercer en el plazo de un año previsto en el artículo 142.5 LPAC, no hay reparo que oponer, vistas las fechas de los hechos en cuestión y las de las actuaciones penales seguidas al respecto, en relación con la fecha de presentación de la reclamación.

III. 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.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial administrativa en materia sanitaria. Consideraciones generales.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende 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 (LGS).

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

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.

- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. 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 razonablemente 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 de éste ha de regirse 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 médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03, entre muchos otros, de este 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 un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la "*lex artis ad hoc*" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, 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. La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad

predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Así, la STS, Sala 3^a, de 22 de diciembre de 2001, afirma: "ciertamente que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una 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 éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente".

Asimismo, la STS, Sala 3^a, de 23 de marzo de 2011, expresa que "la actividad sanitaria no permite exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, ya que su función ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria, utilizando al efecto los medios y conocimientos que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir en todo caso la curación del paciente".

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1^a, de 24 de mayo de 1999, entiende que "los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) y ello supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida".

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la "*lex artis*" responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la "*lex artis*"; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

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. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso- Administrativo de 1 de marzo de 1999).

En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada será ofrecida, además de por los médicos intervinientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la sanidad pública, lo que le otorga un singular valor a efectos de prueba. No obstante, y como hemos señalado en anteriores Dictámenes, habiéndose solicitado el informe de dicha Inspección y no constando su emisión tras un plazo prudencial, podrá proseguirse la tramitación del procedimiento cuando la obtención de dicho informe no resulte imprescindible porque se considere que en el expediente hay suficientes elementos de juicio para resolver fundadamente la reclamación, tal y como sucede en el presente caso, según se verá en la siguiente Consideración.

CUARTA.- Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que reclama indemnización. Inexistencia.

I. El reclamante alega, sin apoyo en informe médico alguno, que los daños por los que reclama (dehiscencia de la pared abdominal con gran eventración y un perjuicio estético moderado, si bien del dictamen médico previo a la resolución del INSS declaratoria de su situación de incapacidad permanente total se desprende que las patologías, en principio, permanentes, serían la "eventración supraumbilical y en vacío izquierdo" y la "debilidad de la prensa abdominal" -además del posible perjuicio estético que viniera asociado, se deduce, a las referidas eventraciones-), se debieron a una actuación sanitaria incorrecta, en concreto, a un inicial error en el diagnóstico y en el tratamiento, pues, por un lado, cuando el enfermo acudió el 25 de junio de 2009 al Servicio de Urgencias del hospital, no se le realizó un TAC, que hubiera permitido entonces realizar el diagnóstico de la diverticulitis que padecía y comenzar su tratamiento, sino que se le diagnosticó un cólico nefrítico y se le prescribieron analgésicos que enmascaraban la verdadera patología; como el TAC se realizó el 27 siguiente, que permitió el diagnóstico de la diverticulitis, hubo un retraso de dos días en comenzar su tratamiento, dando lugar a la agravación de la enfermedad y a las complicaciones posteriores. Considera que dicho error de diagnóstico y retraso en el tratamiento de la enfermedad del paciente produjo una pérdida de oportunidad terapeútica para evitar su agravamiento y las complicaciones luego acaecidas, y dio como resultado un daño desproporcionado, pues por una diverticulitis se ha llegado a una situación de incapacidad laboral total, citando diversas sentencias sobre los conceptos de pérdida de oportunidad y de daño desproporcionado en el ámbito de la responsabilidad sanitaria.

En primer lugar, debe destacarse lo expresado en el informe de 4 de noviembre de 2012, transcrita en el Antecedente Tercero, en el que el facultativo viene a indicar que las eventraciones sufridas por el paciente, y que fundan su pretensión indemnizatoria, fueron debidas a su imprudente conducta:

"Ambos efectos indeseables -infección del sitio quirúrgico y eventración tras la relaparotomía- le fueron explicados al paciente y aparecen detallados como "Riesgos Generales y Específicos del Procedimiento" en la hoja de "Consentimiento Informado Para Cierre del Estoma Por Cirugía Abierta" que firmó con fecha 22/10/09.

Los dos factores de riesgo citados, junto a la obesidad del paciente, hacían altamente probable la aparición de una eventración durante el primer año tras la intervención, por lo que se recomendó al alta del paciente evitar cualquier tipo de esfuerzo físico.

Cuarto.- Que en la revisión en Consulta Externa de Cirugía de Diciembre de 2010, el Dr. x diagnosticó una doble eventración de la laparotomía media y del cierre del estoma en vacío izquierdo, incluyéndole en la lista de espera

quirúrgica. En la hoja de evolución el Dr. x especifica que, según el propio paciente le relata, las eventraciones han surgido a partir de los importantes esfuerzos realizados por su trabajo y que, a pesar de estar advertido del riesgo que supone su obesidad, no ha sido capaz de perder peso".

Conforme con ello, es claro que los referidos daños y sus consecuencias incapacitantes no podrían ser imputadas al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios, por lo que la reclamación debería ser desestimada ya sólo por tal causa.

II. Sin perjuicio de lo anterior cabe añadir, en todo caso, que las afirmaciones o imputaciones del reclamante no sólo no tienen soporte en informe médico alguno, sino que los informes médicos emitidos concluyen en que la actuación sanitaria que le fue prestada tanto el 25 de junio de 2009 en el Servicio de Urgencias del hospital "Reina Sofía" como en su posterior asistencia en dicho hospital, tras diagnosticarse el siguiente día 27 la diverticulitis que le aquejaba, fueron plenamente ajustadas a la "lex artis ad hoc", a la vista de los síntomas y complicaciones que se fueron advirtiendo en cada momento.

Así, merece destacarse, en primer lugar, el informe de la forense emitido en las actuaciones penales seguidas por los hechos en cuestión, y que resulta concluyente al respecto:

"En el caso que estamos analizando, x acudió al SU HRS el 25-06-2009 con un cuadro de dolor abdominal de varios días de evolución que desde hacía unas horas se había agudizado. En el referido SU la atención médica recibida fue adecuada, se realizó anamnesis, exploración física y pruebas complementarias (analíticas de urgencia y radiografía simple de tórax y abdomen). Se mantuvo en observación, respondiendo al tratamiento, estando al alta el paciente asintomático. En ningún momento presentó el paciente un cuadro de abdomen agudo ni criterios de gravedad (no alteración de frecuencia respiratoria, no hipotensión ni taquicardia mayor a 120 lpm., no alteración de pulsos periféricos...). Conforme a los protocolos actuales y al manual SEMES, no se trata de una Urgencia Quirúrgica, y el paciente se encuadra dentro del grupo 1, esto es: "En caso de dolor abdominal inespecífico, sin signos de irritación peritoneal en la exploración física, buen estado general del paciente y de no encontrar hallazgos patológicos en las pruebas complementarias, se realizará observación domiciliaria recomendando al paciente acudir a Urgencias si la evolución es desfavorable".

En cuanto al diagnóstico, el sujeto presentaba síntomas muy inespecíficos a su reconocimiento el 25-06-2009 en SU (dolor abdominal de días de evolución con aumento súbito en hipogastrio que aumenta en micción, leucocitosis discreta, radiografía torácica normal y de abdomen con escasas dilataciones aéreas de asas de delgado y "asa centinela" en hipogastrio), indicativo de proceso inflamatorio o infeccioso inespecífico abdominal (GEA, colecistitis, apendicitis, diverticulitis, cólico nefrítico...). La localización de dolor en hipogastrio, su relación con la micción y la presencia de "asa centinela" en hipogastrio, hacen al facultativo optar por la sospecha de cólico nefrítico, siendo este diagnóstico conforme a la lex artis.

(...)

Las complicaciones descritas en los procedimientos quirúrgicos anteriores, forman parte de los riesgos en la evolución de cirugía abdominal, habiendo sido imprevisible su aparición pese a las pruebas preoperatorias diagnósticas realizadas y tratamientos médicos pre y postoperatorios instaurados que, en todo momento, son correctos y conforme a la lex artis. La posibilidad de concurrir estas complicaciones además constan en las hojas

de consentimiento informado que obran en la H^a Clínica.

(...)

Por tanto, y en contestación a las cuestiones formuladas en el escrito de denuncia presentado por el Sr. Procurador x en representación de x contra la Dra. x, manifiesto:

Punto Octavo: Que no se realizaron los exámenes pertinentes... El reconocimiento realizado a x en el SU del HRS el 25 de junio de 2009 fue correcto y conforme a los protocolos al uso. Los síntomas que se refieren en este punto del escrito de denuncia (dolor abdominal generalmente en la parte izquierda, y la leucocitosis) son síntomas muy inespecíficos en ningún caso patognomónicos de un cuadro de diverticulitis.

Punto Noveno: Que se deberían haber realizado los siguientes exámenes como reflejo de la sintomatología:

Palpación abdominal:... De hecho se hizo, conforme queda reflejado en el presente informe. Al alta en el SU del HRS el 25-06-2009 el sujeto estaba asintomático.

Tomografía computerizada (TC):... En ningún caso está indicada como prueba diagnóstica inicial ante un cuadro de dolor abdominal. El TAC abdominal como prueba diagnóstica inicial sólo está indicado ante la sospecha de patología retroperitoneal, traumatismos abdominales, complicaciones postquirúrgicas y dudas diagnósticas tras estudios anteriores (radiografía simple, ecografía, etc.).

Conteo de glóbulos blancos: Se realizó. Nos remitimos a lo expresado en este informe en cuanto a la valoración de su resultado".

Por su parte, el informe médico aportado por la aseguradora del SMS va en la misma dirección que el de la forense, y tanto uno como otro ponen de manifiesto que se actuó en todo momento en correcta aplicación de los procesos diagnósticos y terapéuticos adecuados a la sintomatología del paciente, sin que, en fin, pueda exigirse a los facultativos un poder de adivinación de patologías sobre las que no hay sospecha razonable para emprender unos procesos, diagnósticos o terapéuticos, como los alegados por el reclamante, que sólo son procedentes en un momento posterior.

En sentido, resulta especialmente pertinente traer a colación la reciente STSJ de la Región de Murcia, Sala de lo Contencioso-Administrativo, nº 540/14, de 20 de junio, que, al abordar un caso sustancialmente análogo al presente (la paciente acude por primera vez al Servicio de Urgencias con dolor en hipogastrio y se le diagnostica un cólico nefrítico, y en una asistencia posterior a dicho Servicio -la tercera- se le diagnostica, previo TAC, de diverticulitis con perforación peritoneal, siendo necesarias dos intervenciones quirúrgicas, alegando, como en el presente caso, un indebido retraso diagnóstico y terapéutico causante de daños y perjuicios), expresa lo siguiente:

"Interesa destacar lo que la doctrina jurisprudencial denomina "prohibición de regreso", a la que alude la Sentencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo de 20 de mayo del dos mil once o la de 7 de mayo del dos mil siete, cuando dice que "no puede cuestionarse el diagnóstico inicial del paciente si el reproche se realiza exclusivamente en la evolución posterior y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen los topoi (leyes) del razonamiento práctico". Por tanto, como dice la Sentencia del 26 de abril del dos mil trece de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, en su sede de Valladolid, "no es posible sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, sólo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente, ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias en el momento en que tuvieron lugar; en definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada, valorando si, conforme a los síntomas del paciente, se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido que a partir del diagnóstico final se considere las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban".

En consecuencia, y conforme con lo razonado en la Consideración precedente, no existe la necesaria y adecuada relación de causalidad, a los efectos de determinar la responsabilidad patrimonial pretendida, entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización, por lo que debe desestimarse la reclamación.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula las siguientes

CONCLUSIONES

PRIMERA.- No existe relación de causalidad jurídicamente adecuada, a los efectos de determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración regional, entre el funcionamiento de sus servicios sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización, por las razones expresadas en las Consideraciones Tercera y Cuarta del presente Dictamen.

SEGUNDA.- En consecuencia, la propuesta de resolución, en cuanto es desestimatoria de la reclamación, se dictamina favorablemente.

No obstante, V.E. resolverá.