



Dictamen nº 261/2015

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 14 de septiembre de 2015, 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 Excmo. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 20 de mayo de 2014, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. 155/14), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 22 de octubre de 2009, x, en representación de x, presentó un escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida al Servicio Murciano de Salud (SMS), en el que, en síntesis, expresa lo siguiente.

La reclamante, con antecedentes de afectación abdominal desde la infancia por "*onfalocele y mal rotación intestinal intervenida, varios cuadros de suboclusión intestinal y tratamientos crónicos*", acudió el 17 de noviembre de 2006, a las 18:16, al Servicio de Urgencias del hospital "*Morales Meseguer*" por dolor en hipogastrio, con estreñimiento hasta hace tres días que se resolvió con "*Duphalac*", sin productos patológicos, donde es valorada por cirujano, que encuentra dolor abdominal en hipogastrio, no aprecia signos de defensa abdominal, los signos de Blumberg y Murphy son negativos, se realiza Rx. sin hallazgos y, con los análisis clínicos, considera que los síntomas eran compatibles con infección de tracto urinario, por lo que instaura tratamiento, remitiendo a la enferma a su domicilio para ser revisada por su médico de cabecera y, si empeoraba, acudir de nuevo al Servicio de Urgencias.

A las 4:18 horas del día siguiente, 18, acude de nuevo a Urgencias por persistencia de dolor abdominal, siendo explorada por cirujano, que aprecia abdomen blando y depresible y peristaltismo disminuido y se la ingresa en planta para estudio, siendo persistentes durante su estancia los síntomas digestivos, taquicardia y oliguria. El aumento de la leucocitosis y acidosis metabólica compensada obliga a que le trasfundan dos concentrados de hematíes y vuelve a ser valorada por cirujano, que solicita nuevas pruebas.

Sobre las 18 horas de ese día, realizadas y estudiadas una ecografía y TC de abdomen, se decide una intervención quirúrgica urgente e, iniciada la laparotomía, se comprueba la existencia de "*necrosis isquémica irreversible de todo el íleon, colon derecho y mitad de colon transverso*", y se le practica "*resección del tramo de intestino que está afectado y una anastomosis término-terminal yeyuno-cólica*", con diagnóstico principal de

"obstrucción intestinal secundaria a vólvulo intestinal en paciente con mal rotación, resección intestinal por necrosis de colon ascendente, transverso e íleon", y diagnóstico secundario de "síndrome depresivo, anemia crónica", siendo trasladada finalmente a planta de Cirugía para continuar tratamiento.

En esa planta presentó una bacteriemia y fiebre de dos días, con derrame pleural izquierdo que ocupa el 1/3 inferior, siendo trasladada el 11 de diciembre de 2006 a la unidad de enfermedades infecciosas por sospecha de condensación pulmonar, donde se diagnostica "obstrucción intestinal con necrosis isquémica de colon ascendente y transverso e íleon por hernia interna. Bacteriemia asociada a catéter venoso central por *Staphylococcus epidermidis*. Tromboembolismo pulmonar con derrame pleural secundario e infartos pulmonares".

Alega la reclamante que hubo un inadecuado y erróneo diagnóstico de su patología por los servicios públicos sanitarios, porque se le realizó una intervención tardía para resolver su pequeño problema de suboclusión intestinal, que terminó con las secuelas de "Síndrome de intestino corto grave", "Resección parcial de colon", "Grave dificultad para el embarazo", "Trastorno adaptativo crónico de tipo depresivo", "Enfermedad respiratoria moderada" y un "Perjuicio estético moderado", sin mayor razonamiento, por lo que solicita una indemnización de 256.038,11 euros, incluyendo días de baja, incapacidad, invalidez, daños morales, perjuicios económicos y otros, sin más concreción.

Propone prueba testifical y pericial, que será aportada en su momento, según expresa.

SEGUNDO.- El 2 de diciembre de 2009 el Director Gerente del SMS acordó la incoación del correspondiente procedimiento, comunicándose a los interesados.

TERCERO.- Conocido que por los referidos hechos se incoaron en su día en el Juzgado de Instrucción nº 6 de Murcia las Diligencias Previas nº 2755/2007, la instrucción del SMS solicitó copia de las mismas a los servicios jurídicos de la Administración regional, siendo incorporadas al expediente (que incluyen la historia clínica de la paciente); Diligencias que finalizaron mediante Auto de archivo libre de fecha 29 de septiembre de 2008, que fue notificado a la denunciante (ahora reclamante) el 24 de octubre de 2008.

CUARTO.- Mediante oficio de 14 de diciembre de 2009, la instrucción solicita del hospital "Morales Meseguer" un informe de los facultativos que atendieron a la paciente en relación con los hechos de que se trata, siendo remitido, mediante oficio de dicho centro de 25 de enero de 2010, un informe del 18 anterior, del Dr. x, Jefe del Servicio de Cirugía General, que expresa lo siguiente:

"Primera asistencia: Las Dras. x, y, ambas FEA de Urgencias, no estudiantes, solicitan exploraciones complementarias sobre la paciente el 17-11-07 por la tarde, conocen los antecedentes de la infancia de la enferma, y obtienen resultados inespecíficos. En ese momento, se decidió lo mejor para el caso dada la clínica y los exámenes complementarios: observación en casa.

Segunda asistencia: Consta que en la madrugada del 18-11-07, unas 10 horas después, ante vuelta a Urgencias, se valoran nuevas peticiones radiológicas y analíticas por la Dra. x, pruebas que siguen siendo inespecíficas. No obstante, se decide el ingreso por precaución. Así pasa sin incidencias la mañana y tranquila la tarde del 18

-consta en las anotaciones de enfermería-. Por la noche es nuevamente visitada por el FEA de cirugía Dr. x, que efectúa valoración clínica, revisa estudios radiológicos, sin hallar datos de indicación quirúrgica en ese momento, y solicita estudios añadidos de imagen (ECO/TAC) y analíticos para el siguiente día.

Se detecta en la paciente oliguria y anemia, que se corrigen con incremento de líquidos y orden de transfusión. Por tener malos accesos venosos, se solicita y obtiene una vía central instalada por el FEA anestesista. Llegan los informes de imagen, que no hablan de "necrosis irreversible...", sino de obstrucción intestinal, cuadro que la paciente ya había tenido años antes y que -como ella misma y muchísimos pacientes- superan sin intervención quirúrgica (la operación no hace sino agravar los cuadros adherenciales peritoneales, causa principal de nuevas obstrucciones). No obstante, aquella tarde del domingo 19, el equipo quirúrgico, liderado por el Dr. x, decide una LAPAROTOMÍA EXPLORADORA POR ABDOMEN AGUDO; en efecto, ese es el consentimiento informado que otorga la enferma (por abdomen agudo) y ese es el diagnóstico que figura en la orden de intervención y reserva de quirófano (laparotomía exploradora). Es decir, se decide en ese momento y se consiente una exploración quirúrgica del abdomen para explorar, porque la causa no se conoce, sólo el síndrome: abdomen agudo, un estado que aconseja explorar quirúrgicamente. El hallazgo de una necrosis intestinal que lleva a la necesidad de resear una amplia porción intestinal produce sorpresa, porque los datos clínicos y de exploraciones complementarias, los medios empleados, la atención, no presumían encontrar algo tan grave. Pero por eso se operó, por si la causa, no conocida, podía ir a consecuencias mayores. Y la intervención fue un éxito, se previno la muerte por peritonitis aguda y no presentó complicaciones abdominales mayores como dehiscencias, abscesos o necesidad de reintervención, como ocurre en muchos de estos casos. No se suministró anticoagulante porque el equipo no lo consideró imprescindible y se incrementarían los riesgos de sangrado. Ni siquiera está demostrado, por la EcoDoppler venosa (14-12-06), que existiera una trombosis venosa de extremidades inferiores, ni es seguro el diagnóstico de Tromboembolismo Pulmonar. En cualquier caso, ante la sospecha de los mismos, fue tratada adecuadamente.

La existencia de una infección, bien asociada a uso de catéteres vasculares, bien de tipo neumonía nosocomial, es una circunstancia inherente a una estancia hospitalaria larga y compleja, y viene a ocurrir en casi todo este tipo de pacientes, sin que impliquen una deficiente asistencia.

La resección intestinal amplia se acompaña siempre de algún grado de síndrome de intestino corto, que produce las limitaciones y molestias, muchas veces severas, que refiere la enferma. La resección intestinal fue necesaria para salvar la vida de la paciente, pero no fue necesaria por un retraso diagnóstico, sino por la patología que la paciente presentaba y que era irreversible. Aunque hubiera sido operada antes, decisión que ha de basarse en una suma de datos, no puede afirmarse que la resección no hubiera sido igualmente precisa.

Siempre se actuó según los datos. Se dieron los primeros consejos el viernes, se ingresó para valorar evolución el sábado, siendo atendida por enfermeras y médicos especialistas, siguió siendo atendida el domingo, día en que se decidió explorar quirúrgicamente el abdomen a pesar de no poseer seguridad diagnóstica. Sí se conocían los antecedentes de la paciente.

Las secuelas que puede padecer la paciente se corrigen con el paso del tiempo. El síndrome de intestino corto comienza a mejorar a partir de los 24 meses, los posibles fenómenos tromboembólicos desaparecen antes, y los perjuicios estéticos y psicológicos son los propios de una grave enfermedad de la cual ha salvado la vida por los recursos y atenciones del sistema sanitario.

En conclusión, una grave enfermedad, una drástica solución, unas secuelas de la que debe ser atendida por el

sistema sanitario, por el sistema rehabilitador y por los servicios sociales, con todos los medios necesarios, pero no buscando la causa en el delito de los facultativos, que actuaron siempre empleando los medios y el interés necesario en todo momento".

QUINTO.- Mediante oficio de 8 de febrero de 2010 se notificó a las partes interesadas la apertura del periodo de prueba y se solicitó al Juzgado de Instrucción nº 6 de Murcia copia de las Diligencias Previas nº 2755/2007, que fueron remitidas mediante oficio de 28 de abril de 2010, en las que obra un informe de 30 de octubre de 2007, emitido por un Médico Forense del Instituto de Medicina Legal de Murcia, que, tras analizar los antecedentes y realizar diversas consideraciones médicas, concluye lo siguiente:

"Primera: Las secuelas físicas acaecidas se relacionan de modo directo con la cirugía intestinal o colónica aplicada a la paciente, englobándose dentro de los riesgos típicos de la cirugía por abdomen agudo.

Segunda: El daño psicológico sufrido se entiende derivado de su propio proceso patológico, el cual es inherente a la situación de stress, propia de la situación clínica, así como de los tratamientos requeridos para la misma.

Tercera: Tras el examen de la documentación médica aportada y el estudio de la literatura médico-científica, se puede deducir que la actuación del personal facultativo encargado de la asistencia de x se ajustó en todo momento a la Lex Artis ad Hoc, dado que le fueron aplicados todos los medios diagnósticos, así como tratamientos necesarios y adecuados al estado evolutivo y sintomático del proceso patológico".

Obra asimismo en las Diligencias copia del acta de 1 de julio de 2008, de comparecencia de dicho Forense, en donde ratifica su referido informe y contesta a las preguntas que se le realizan en relación con los hechos en cuestión (f. 388 a 390 exp.).

SEXTO.- Presentado por la reclamante un escrito solicitando determinada prueba testifical, fue contestado mediante oficio de la instrucción de 5 de mayo de 2010, en el que se exponen diversas razones sobre la innecesariedad o improcedencia de dicha prueba, y se le confiere un plazo de 30 días para que pueda aportar la prueba pericial anunciada en su escrito de reclamación.

SÉPTIMO.- Obra en el expediente un dictamen médico, de 3 de junio de 2008, elaborado con ocasión de la denuncia presentada en su día por la reclamante en la vía penal, aportado por la compañía aseguradora del SMS, emitido por cuatro especialistas en Cirugía General y del Aparato Digestivo, en el que, tras analizar los hechos y realizar diversas consideraciones médicas, formula las siguientes conclusiones:

"1. La paciente ingresa en la urgencia del HMM por un cuadro de dolor abdominal con exploración clínica y analítica coincidente con una ITU (infección del tracto urinario).

2. Posteriormente reingresa unas horas más tarde por agravamiento de la sintomatología abdominal, quedando ingresada en observación.

3. Entre los antecedentes destacan: una intervención neonatal, por malformación intestinal, una oclusión intestinal que se resolvió con tratamiento conservador a los 12 años y un Síndrome Depresivo, en tratamiento, de 3 años de evolución.

4. De manera correcta se ingresa a la paciente en observación, solicitándose posteriormente un TC abdominal que puso de manifiesto la existencia de una hernia interna, por lo que se propone cirugía urgente.

5. Antes de la cirugía firmó los documentos de CI para cirugía del abdomen agudo, en el mismo se reflejan algunas de las posibles complicaciones del procedimiento, entre ellas se describen las diarreas, intestino corto, etc., así como se enumeran las principales causas del abdomen agudo, entre las mismas se describe la isquemia del intestino.

6. Es intervenida de urgencia apreciándose una necrosis intestinal, por un volvulo secundario a una malrotación embrionaria del intestino.

7. La cirugía realizada es correcta y de acuerdo con la patología que presentaba la paciente.

8. En el postoperatorio presentó una serie de complicaciones inherentes a la cirugía mayor realizada que se fueron tratando de manera correcta a medida que fueron surgiendo. Las secuelas de diarreas son secundarias a una resección intestinal, sin que pueda ser diagnosticada de intestino corto, en base a la longitud de intestino que queda tras la resección, por lo que es prácticamente segura su recuperación trascurrido un tiempo.

9. El síndrome depresivo que presenta la paciente ya lo presentaba 3 años antes de la intervención.

10. De acuerdo con la documentación examinada se puede concluir en que todos los profesionales que trajeron a la paciente lo hicieron de manera correcta".

OCTAVO.- El 10 de junio de 2010 la reclamante presenta informe pericial de 13 de octubre de 2009, emitido por x, Médico Forense en excedencia, del que se destacan las siguientes conclusiones:

"6ª.- En este caso ha existido una clara relación causal entre la deficiente utilización de medios diagnósticos que conduce a una aplicación terapéutica errónea e ineficaz, con la transformación de la "obstrucción intestinal secundaria a volvulo intestinal en paciente con mal rotación" en una "necrosis de colon ascendente, transverso, y de íleon" porque el tratamiento, siendo posible en su momento, no ha sido efectivo y solo ha conducido al fracaso por no aplicar el tratamiento adecuado en el momento oportuno. Como complicaciones del postoperatorio de la resección la enferma ha padecido "Bacteriemia asociada a catéter venoso central por *Staphylococcus epidermidis*. Tromboembolismo pulmonar con derrame pleural secundario e infartos pulmonares".

7º.- A la paciente se la interviene quirúrgicamente de forma tardía, para resolver su pequeño problema por un cuadro de suboclusión intestinal con dolor abdominal, y termina con un "Síndrome de Intestino Corto Grave", "Resección parcial de Colon", "Grave dificultad para el Embarazo", "Trastorno adaptativo crónico de tipo depresivo", "Enfermedad respiratoria moderada", y un "Perjuicio Estético Moderado", que si bien no es atribuible a ningún facultativo en concreto lo es mucho menos a la paciente, a la que quedan como consecuencia de lo anterior secuelas irreversibles muy importantes.

8º.- La enferma x ha permanecido en baja temporal por enfermedad común durante quinientos veintitrés días (523 días), de los que 28 días fueron de hospitalización y los restantes 495 días lo fueron todos impeditivos.

9º.- El retardo en la obtención de un diagnóstico objetivo y precoz por los especialistas del hospital Morales Meseguer, la intervención quirúrgica y sus complicaciones posteriores, han ocasionado a la enferma un detrimiento importante de sus cualidades físicas y psíquicas, y en conjunto le ocasionan unas secuelas permanentes que conforman un menoscabo personal global del 72 por ciento (72 puntos), un Perjuicio Estético Moderado de 10 puntos, y la limitación para realizar la mayoría de las actividades comunes de su vida laboral, ordinaria y familiar (desplazamiento permanente con ayuda)".

NOVENO.- Solicitado en su día informe a la Inspección Médica de la Consejería consultante, fue emitido el 15 de enero de 2014, en el que, tras analizar los hechos y realizar diversas consideraciones médicas, formula las siguientes conclusiones:

"1.- x, de 23 años de edad en el momento de los hechos, presentaba como antecedente haber sido intervenida al nacer de un cuadro de mal rotación intestinal. El día 19 de noviembre de 2006 se interviene quirúrgicamente de urgencia, se realiza resección intestinal por necrosis de colon ascendente, trasverso e íleon, secundario a volvulo intestinal en paciente con malrotación. Queda como secuela de la necesaria intervención quirúrgica practicada un síndrome de mala absorción que obliga a tratamiento sustitutivo.

2. La paciente había acudido al S. de Urgencias del HMM (hospital "Morales Meseguer") la tarde del día 17 de noviembre, por un cuadro de dolor abdominal sin afectación del estado general. La actuación de los profesionales, tanto del facultativo de urgencias como del cirujano de guardia, fue adecuada, con anamnesis y exploración clínica correcta y pruebas complementarias acordes a la clínica que presentaba la paciente. Al alta se le indicó volver si empeoraba.

3. A las 5 horas del alta, en la madrugada ya del día siguiente, día 18, acude de nuevo al hospital y de nuevo se realiza exploración clínica y pruebas complementarias. Se indica ingreso con dieta absoluta y se le vigila, pasando la tarde y la noche estable. En la mañana del día 19 la paciente empeora y, tras valoración clínica y nuevas pruebas complementarias, se indica cirugía urgente en la tarde de ese día.

4. La paciente presta su consentimiento por escrito y queda reflejada como posible secuela síndrome de intestino corto. El diagnóstico preoperatorio es obstrucción intestinal, en la laparotomía realizada se evidencia amplia necrosis intestinal, que obliga a la resección del tramo afecto con posterior anastomosis latero-lateral. No hubo complicación de la cirugía.

5. La paciente presentó una bacteriemia asociada a catéter central correctamente diagnosticada y tratada.

Con alta probabilidad también presentó un TEP (tromboembolismo pulmonar), atípico en su presentación clínica. Se había realizado profilaxis con heparina durante 4 días y el único factor de riesgo que presentaba la paciente para enfermedad tromboembólica era la cirugía realizada.

6. *El TEP conllevó anticoagulación con acenocumarol durante 6 meses y no dejó secuelas.*

7. *La actuación de los profesionales fue acorde al buen hacer".*

DÉCIMO.- Obra en el expediente un dictamen médico, de 8 de marzo de 2014, aportado por la compañía aseguradora del SMS, elaborado por los mismos especialistas que emitieron el dictamen reseñado en el Antecedente Séptimo, en el que se reproduce el contenido de aquél, añadiendo una nueva conclusión, que expresa que *"antes de la cirugía (la paciente) firmó los documentos de CI para cirugía del abdomen agudo, en el mismo se reflejan algunas de las posibles complicaciones del procedimiento, entre ellas se describen las diarreas, intestino corto, etc., así como se enumeran las principales causas del abdomen agudo, entre las mismas se describe la isquemia del intestino"*.

UNDÉCIMO.- Mediante oficios de 2 de abril de 2014 se acordó un trámite de audiencia y vista del expediente para los interesados, compareciendo a este efecto el 25 siguiente un representante de la reclamante y presentando alegaciones el siguiente 30, en las que manifiesta que los informes de la aseguradora del SMS y la Inspección Médica no desvirtúan los hechos denunciados.

DUODÉCIMO.- El 9 de mayo de 2014 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación; en síntesis, por no acreditarse infracción a *"lex artis ad hoc"* en la asistencia sanitaria pública, por lo que no existe la necesaria y adecuada relación de causalidad entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que se reclama.

DECIMOTERCERO.- 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 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones

Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), y el 12 del RD 429/93, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. La reclamante está legitimada para reclamar indemnización por los daños, sufridos en su persona, que imputa a los servicios sanitarios del SMS.

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 repero que oponer, vista la fecha de los hechos, la de la presentación de la reclamación y la de la finalización de las actuaciones penales reseñadas en los Antecedentes, que interrumpieron el plazo de prescripción de dicha acción.

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 intervenientes, 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.

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

La reclamante, con base en el informe médico que aporta (Antecedente Octavo), considera que en la primera asistencia al Servicio de Urgencias del hospital "Morales Meseguer", realizada a las 18:16 horas del 17 de noviembre de 2006, por dolor abdominal, los servicios sanitarios debieron haberle diagnosticado la oclusión intestinal que padecía, lo que no hicieron entonces, pues le diagnosticaron una infección del tracto urinario, siendo diagnosticada dicha oclusión cuando acudió por segunda vez a dicho Servicio a las 4:18 horas del día siguiente, por persistir el dolor, decidiéndose su intervención quirúrgica urgente sobre las 18 horas de ese día, encontrándose una necrosis de colon derecho trasverso e íleon que obligó a la resección parcial del mismo, quedándole como secuela un síndrome de intestino corto. Considera que el inicial error diagnóstico y consiguiente

retraso terapéutico quirúrgico provocó dicha necrosis, por lo que solicita una indemnización de 256.038,11 euros.

Acreditado, según el informe de la Inspección Médica, que tras la intervención quirúrgica realizada a la reclamante el 18 de noviembre de 2006, donde se le practicó una resección del tramo de colon derecho, transverso e íleon afectados por necrosis, le quedó como secuela un síndrome de intestino corto, que consiste en un cuadro de mala absorción intestinal que le ocasiona diarreas y tratamiento sustitutivo con hierro y vitamina B-12 (f. 455 exp.), debe determinarse si tal daño debe imputarse a la alegada mala praxis médica y, en consecuencia, ser objeto de resarcimiento a título de responsabilidad patrimonial administrativa.

A tal efecto, el informe aportado por la reclamante viene a sostener que los antecedentes de patologías gástricas de la paciente, conocidos por el Servicio de Urgencias en cuestión (según el parte de alta, *"cirugía neonatal por malformación intestinal. Ingreso hace 12 años por íleo obstructivo"*), hacían que debiera tenerse desde su primer ingreso un alto grado de sospecha de una posible oclusión intestinal y, según se deduce de dicho informe (aunque no se dice expresamente) haberle realizado desde su ingreso las pruebas necesarias que hubieren llevado a determinar la existencia de tal patología.

Frente a ello, los demás informes emitidos, señaladamente el de la Inspección Médica, consideran que la actuación sanitaria del citado Servicio el 17 de noviembre de 2006 fue correcta, mercediendo destacarse lo siguiente:

"La paciente cuando acude al hospital no presenta ningún signo de alarma, no hay alteración hemodinámica, ni del nivel de conciencia, ni cambios en la coloración de piel o mucosas, ni dificultad respiratoria, está consciente y orientada, con coloración normal y buen estado general."

El abdomen agudo puede definirse como un cuadro clínico caracterizado por la presencia de dolor abdominal de inicio brusco con importante repercusión del estado general, que con frecuencia implica la consideración de una intervención quirúrgica y cuya vía final común es la peritonitis, se acompaña de cifras elevadas de mortalidad.

El cuadro por el que acude la paciente es por dolor en hipogastrio desde hace 3 días que ha ido en aumento con náuseas y vómitos de contenido alimenticio desde el día de la consulta. Hace 3 días presentó estreñimiento que se resolvió con laxante sin productos patológicos. Es por tanto un dolor abdominal gradual, sin criterios de afectación del estado general, con vómitos de contenido alimenticio (el vómito fecaloideo sugiere un cuadro de oclusión, aunque puede aparecer también en el íleo secundario a peritonitis), sin fiebre asociada, en una paciente joven con antecedentes quirúrgicos de interés. También se recoge que la última regla fue dos días antes (siempre hay que descartar causas obstétricas en la mujer fértiles). Además de la valoración por el médico del S. de urgencias se avisa a cirujano, que explora a la paciente: Dolor abdominal en hipogastrio sin signos de defensa abdominal. Blumberg (-), Murphy (-). (S de Murphy: valora la existencia de una colecistitis aguda, el S. de Blumberg es muy indicativo de apendicitis aguda). Clínicamente no hay signos de irritación peritoneal y no se está frente a un cuadro de abdomen agudo. (...)

A la paciente se le realizó anamnesis y exploración física correcta, en el hemograma se encontró 11.800 leucocitos, coagulación normal y bioquímica sin hallazgos. La Rx. de abdomen se informa como: Sin hallazgos de interés que puedan justificar la clínica de la paciente; por tanto, lo único objetivable en ese momento eran las alteraciones en la analítica de orina, con más de 100 leucocitos/campo con cilindros granulosos y células

epiteliales, lo que llevó a que el juicio diagnóstico fuera de infección del tracto urinario, entidad que puede cursar con dolor abdominal. La paciente no presentaba alteración del estado general, fue valorada por el facultativo del S. de Urgencias y el cirujano. Se le dio el alta a las 23:30 horas con la recomendación de volver si había empeoramiento. La atención prestada fue adecuada y acorde a la clínica que presentaba la paciente".

Además, en el presente caso se cuenta con el informe de 30 de octubre de 2007 del Médico Forense, emitido en el seno de las Diligencias Previas nº 2755/2007, en el que ya consideraba que la actuación de los profesionales se había ajustado a la "lex artis", mercediendo destacarse que, en la posterior acta de comparecencia de 1 de julio de 2008, en donde el informante se ratifica en su previo dictamen, se refleja asimismo que, "preguntado (por la acusación particular) si, habida cuenta de los antecedentes de la paciente, a la primera exploración no debía habersele realizado un seguimiento y examen más exhaustivo, manifiesta que cree que se le realizaron todas las pruebas diagnósticas que se le debían realizar".

Ello motiva que el Auto de 29 de septiembre de 2008, de archivo libre de las referidas Diligencias exprese lo siguiente:

"Del examen, en el caso que nos ocupa, de lo actuado y teniendo en cuenta lo anteriormente señalado, mal se puede hablar de imprudencia profesional de tipo alguno por parte de los denunciados, cuya actuación se ha sujetado en todo momento al correcto hacer médico. En efecto, según consta en las actuaciones, el día 17 de noviembre de 2006 la denunciante acudió al servicio de urgencias del Hospital Morales Meseguer por dolor abdominal, siendo atendida sin dilación ni tardanza alguna por parte del servicio del hospital, practicándosele exploración abdominal, radiografía y analítica, y sin que del resultado de dichas pruebas se detectara signos de obstrucción intestinal, ya que no aparecía ningún síntoma demostrativo de la misma tales como hipersensibilidad, rigidez o signo de rebote. Se descartó la posibilidad de obstrucción y ello a pesar de los antecedentes médicos de la paciente, que fueron debidamente tenidos en cuenta, como queda reflejado en el parte de atención en urgencias el mismo día en que se realizó la primera exploración (que refiere ingreso hace 12 años por ileo obstructiva, folio 107 del Tomo III de las actuaciones), sin que se aprecie negligencia alguna en dicha consulta, ya que se le practicó las pruebas indicadas para su estado, puesto que en los casos de dolor abdominal el diagnóstico es esencialmente clínico y el examen fundamental y más importante es la radiografía, que consta que se le realizó a las 18:44 horas del día 17 de noviembre (el parte refiere que acudió al hospital a las 18:16 horas, por tanto la radiografía se realizó tan sólo minutos más tarde), expresando en el informe radiodiagnóstico que se aprecia abdomen simple sin hallazgos de interés que pueda justificar la clínica del paciente, así mismo la analítica consta registrada a las 19:59 horas, sin que se aprecie por tanto que se efectuara con tardanza o demora alguna (folio 113 y 116 del Tomo III de las actuaciones). Todo ello demuestra que ninguna infracción del deber de cuidado existió con respecto a los colegiados frente a los cuales se dirige la denuncia, ya que ninguna actuación reprochable o censurable se aprecia en su proceder.

Del mismo modo consta reflejado en el parte de urgencias del mismo día 17 de noviembre que fue inspeccionada por el cirujano, sin que se apreciara signos de defensa abdominal ni presencia de dolor de rebote o signo de Blumber ni signos de Murphy (es decir, aumento de dolor al realizar inspiración profunda al chocar la vesícula inflamada con la mano), con lo que, de acuerdo con las premisas médicas obtenidas, se descartó de forma diligente la posibilidad de una obstrucción y la existencia de un abdomen quirúrgico, sin que resultara preciso o necesario la realización de otras pruebas complementarias tales como el TAC, sin que se pueda asegurar a modo cierto que la práctica de la misma hubiera detectado la existencia del cuadro oclusivo, ya que todo indicaba que al momento de la exploración dicho cuadro no existía, por lo que en modo alguno puede acreditarse de manera indubitable que la práctica de dicha prueba hubiera detectado la existencia de un cuadro oclusivo ni siquiera en una probabilidad fronteriza o rayana.

Igual actuación diligente se aprecia cuando la paciente acudió al servicio de urgencias horas más tarde tras la persistencia del dolor abdominal... (...). Sin que resulte por ello penalmente relevante la detección posterior del cuadro oclusivo, una vez ya ingresada y tras la práctica de pruebas complementarias (TAC, Ecografía y nuevas analíticas, todo ello realizado el día 19 de noviembre), puesto que no existe relación de causalidad entre la obstrucción acaecida y el proceder en todo momento cuidadoso de los doctores denunciados, surgiendo la misma de forma inevitable e imprevisible habida cuenta de la inexistencia de los síntomas de aquella apreciada en la primera visita de urgencias. La misma inexistencia de relación de causalidad hay que señalar entre la actuación y comportamiento de los denunciados en todo momento de acuerdo a la "normopraxis asistencial" y la aparición como consecuencia de la intervención quirúrgica de infección hospitalaria, tromboembolismo y síndrome de intestino corto, que, como se pone de manifiesto en el informe Médico-Forenses, éstos son riesgos típicos de la cirugía por abdomen agudo".

A la vista de todo lo anterior, es claro que no puede tenerse por acreditada la mala praxis que se imputa a los servicios sanitarios públicos, por lo que, conforme con lo expresado en la Consideración precedente, a los efectos de determinar la responsabilidad patrimonial de la Administración pública, no existe una relación de causalidad jurídicamente adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que se reclama indemnización, por lo que procede desestimar 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.