Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº **294/2022**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 25 de noviembre de 2022, 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 del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 23 de junio de 2022 (COMINTER 185509) y disco compacto (CD) recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 27 de junio de 2022, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.ª X y otros, por daños debidos al anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2022_205), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 17 de marzo de 2021 D.ª X, D. Y y D. Z formulan una reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración sanitaria regional.

En ella exponen que son la madre, el padre y el hermano, respectivamente, de D.ª P, que falleció con 20 años, el 19 de marzo de 2020, en el Hospital *Rafael Méndez* (HRM) de Lorca.

También relatan que su familiar acudió al Servicio de Urgencias del citado hospital el 25 de febrero de 2020 porque sufría dolor abdominal y fiebre. Se le realizó una ecografía abdominal que permitió localizar *"Hallazgos ecográficos sugestivos de ileitis aguda. A descartar enfermedad inflamatoria intestinal... causa infecciosa, moderada cantidad de líquido libre en pelvis"*.

La enferma regresó a dicho Servicio de Urgencias dos días más tarde porque seguía sufriendo el mismo dolor abdominal y también fiebre y una fuerte diarrea. Se le repitió la ecografía y se obtuvieron los mismos resultados. No obstante, ante la situación clínica que mostraba y el empeoramiento que experimentaba, se la ingresó bajo el cuidado del Servicio de Aparato Digestivo.

El 2 de marzo se le hicieron endoscopias digestivas que permitieron observar en el íleon distal ulceraciones serpinginosas sugestivas de enfermedad de Crohn. La biopsia arrojó resultados de duodenitis crónica focal leve, con ausencia de atrofia. También se apreció la existencia de mucosa de ileitis moderada con inflamación crónica. Además, se le practicó una entero resonancia magnética nuclear (enteroRMN), que hizo posible advertir el engrosamiento parietal extenso de íleon distal (15 cm de longitud y 9 mm de espesor máximo) con signos inflamatorios agudos. No se objetivaron trayectos fistulosos ni abscesos, rarefacción de la grasa, y adenopatías o líquido libre.

Se inició tratamiento debido a una posible enfermedad de Crohn sin confirmación histopatológica. Dado que la enferma no mejoraba, se le practicaron otra ecografía abdominal y una radiografía de abdomen el 16 de marzo, que sirvieron para mostrar signos suboclusivos intestinales de íleon.

Una tomografía axial computarizada (TAC) evidenció signos de obstrucción de intestino delgado con un cambio de calibre brusco en probable relación con adherencia, brida o secuela de su patología de base. Distal a dicho cambio se advirtió lo que podía ser un bezoar. Por esta razón, la paciente pasó al cuidado del Servicio de Cirugía General y se decidió realizar una cirugía urgente. Se la sometió a una enterotomía para extraerle el bezoar, que se envió para estudio a Anatomía Patológica.

La familiar de los interesados evolucionó de forma tórpida en Reanimación y sufrió un shock séptico con fallo multiorgánico. Debido a esa circunstancia, se inició el protocolo de sepsis con recogida de cultivos. También se le administraron drogas vasoactivas que se amplió a antibioterapia empírica en perfusión extendida. Ante la persistencia del shock con disfunción multiorgánica (hemodinámica, renal, hepática, neurológica e intestinal) se decidió realizar una nueva TAC de abdomen. Se apreció entonces discreta dilación con niveles hidroaéreos de estómago y de todo el intestino delgado, aunque en menor grado que en la misma prueba anterior. También, edematización de pared de asas de íleon, sobre todo distal y recto, ascitis y neumoperitoneo.

En consenso con el equipo quirúrgico, se decidió reintervenir mediante reparalotomía urgente el 17 de marzo de 2020, lo que permitió evidenciar abundante ascitis, peritonitis por contenido intestinal distal secundaria a perforación de íleon terminal en relación con ileitis terminal que implica a la totalidad de los últimos 30 cm de íleon y que se encuentra con un plastrón inflamatorio firme con abundante fibrina a nivel de la fosa ilíaca derecha, todo ello secundario a dos perforaciones a dicho nivel. Por ello, se resecaron los 40 cm distales del íleon terminal y se practicó una ileostomía terminal transrectal derecha.

Añaden que la enferma seguía en shock séptico e inestable desde un punto de vista hemodinámico. Presentaba marcadores de sepsis elevados y disfunción hepática y renal y trastorno de la coagulación.

Al día siguiente, mostraba un edema generalizado con aumento de la presión abdominal. De forma consensuada con la familia se decidió intervenir y se halló una ascitis abdominal y se evidenció un síndrome compartimental.

El 19 de marzo pasó a reanimación con buena saturación de O^2, aunque continuaba en situación de shock séptico refractario y con acidosis metabólica. Seguía con disfunción renal y hepática y fibrinólisis sistémica. Sufría trastorno de la coagulación, así como neurológico y digestivo.

Durante las primeras horas de la mañana se observó una situación de fallo multiorgánico severo, con escasa respuesta a las medidas terapéuticas. Presentaba, asimismo, signos de hemorragia periférica con trastorno de coagulación severo y datos de fibrinólisis, también severa. De hecho, la enferma falleció a las 11 h de ese día, después de que se le hubiesen realizado todas las maniobras de reanimación avanzada.

Los reclamantes consideran que se prestó una defectuosa asistencia sanitaria porque se tardó en realizar la primera intervención desde el 13 de marzo, cuando había datos más que suficientes para sospechar una peritonitis, hasta que fue intervenida finalmente el 17 de marzo.

Por ello, entienden que existe una relación de causalidad documentada entre los hallazgos de la primera intervención quirúrgica (obstrucción intestinal por bezoar) y la segunda intervención quirúrgica por múltiples perforaciones en el íleon terminal además de una peritonitis fecaloidea de horas de evolución derivada de aquéllas. A partir de ahí, se produjo un shock séptico con fallo multiorgánico refractario al tratamiento, que provocó el fallecimiento de la enferma.

Debido a esa circunstancia, solicitan una indemnización total y conjunta de 350.000 €.

Con la reclamación adjuntan copias del Libro de Familia, acreditativa de las relaciones de parentesco citadas, de un certificado de empadronamiento colectivo de los tres interesados y el certificado de alta por defunción en el Servicio de Cirugía y Digestivo de HRM.

SEGUNDO.- La solicitud de indemnización se admite a trámite el 14 de abril de 2021 y al día siguiente se informa de ese hecho a la correduría de seguros del Servicio Murciano de Salud (SMS) para que lo comunique a la compañía aseguradora correspondiente.

También a la Dirección Gerencia del Área III de Salud-HRM para que remita una copia de la historia clínica de la paciente fallecida y los informes de los facultativos que la atendieron.

TERCERO.- Se recibe la información clínica solicitada y el extenso informe realizado el 28 de abril de 2021 por el Dr. D. Q, Jefe de Sección de Cirugía General y del Aparato Digestivo del HRM, en el que relata pormenorizadamente la asistencia que se le prestó a la enferma.

De dicho informe se extrae el siguiente párrafo:

"En resumen, el equipo de cirugía de guardia del día 16/03/2020 nos encontramos con una paciente ingresada Servicio de Medicina Interna-Sección de Digestivo para estudio por ileitis con sospecha de una enfermedad inflamatoria intestinal a nivel de íleon terminal (aunque con anatomía patológica no diagnóstica) y que a día lunes 16-03-2020 presenta, según nuestra valoración, un cuadro clínico agudo de suboclusión/oclusión de intestino

delgado (ya que estaba comiendo hasta ese mismo día y con tránsito intestinal tipo diarrea hasta dos días antes de ser valorada por nosotros), con un TAC abdominopélvico urgente del mismo día que confirma el cuadro suboclusivo/oclusivo sin neumoperitoneo, es decir que no se ven signos de perforación intestinal y donde también se aprecia que proximal el íleon terminal (lugar de la ileitis) parece haber un bezoar (acumulación de material ingerido y no bien digerido en el aparato digestivo).

Se habla con la paciente y con la familiar (madre) que está con ella en la habitación y en común acuerdo con ellas se decide, dado que el cuadro suboclusivo/oclusivo es de inicio reciente, sin signos clínicos ni radiológicos de peritonitis ni de perforación intestinal y que la paciente se encuentra mejor al ponerla en dieta absoluta y con sonda nasogástrica, esperar unas horas con tratamiento médico conservador y revaluarla clínicamente en unas horas como se hace con la inmensa mayoría de cuadros clínicos de este tipo, ya que muchos de ellos se resuelven sin necesidad de cirugía de urgencia.

Se vuelve a valorar a la paciente en unas horas por equipo de cirugía de guardia (se escribe en nota clínica a las 21:45h del 16-03-2020): la paciente presenta dolor abdominal con discreta defensa abdominal a nivel de fosa ilíaca derecha, con empeoramiento del estado general y contenido intestinal en cantidad de 200 cm³ por la sonda nasogástrica. Se habla de nuevo con la paciente y la madre informándole de la necesidad de revisión quirúrgica urgente mediante una laparotomía exploradora en quirófano debido al empeoramiento de su situación clínica; se le da consentimiento informado a la paciente, se le explica verbalmente (posibilidades de dehiscencia anastomótica si hubiera que realizar resección intestinal, posibilidad de tener que realizar una ileostomía terminal, etc.) acepta y firma.

Se interviene quirúrgicamente de urgencia a la paciente la noche del 16-03-2021 (el parte de quirófano se escribe a las 23:49h de dicho día después de la intervención quirúrgica) siendo el primer cirujano el Dr. Q, mediante laparotomía media, hallando líquido seroso en pelvis menor, bezoar de 10 centímetros de longitud a 70-80 cm de válvula ileocecal que provoca obstrucción de intestino delgado con dilatación retrógrada de asas de íleon y yeyuno proximales a la localización del bezoar (es decir en dirección al estómago); distal al bezoar (es decir en dirección al intestino grueso) las asas de intestino delgado están colapsadas, de hambre y los últimos 15 cm de íleon terminal se encuentran con pared algo engrosada, adheridos a peritoneo parietal posterior de cara derecha de pelvis mayor pero sin signos de perforación ni de que causen obstrucción intestinal retrógradamente. Se realiza enterotomía longitudinal de 3 cm sobre el intestino delgado a nivel de la localización del bezoar con extracción del mismo que parece compuesto por hebras filiformes mezcladas con heces y se manda a anatomía patológica para su examen (el examen postoperatorio realizado por el patólogo del material extraído del intestino delgado confirma que es un bezoar del tipo fitobezoar, es decir constituido mayoritariamente por restos de alimentos vegetales). Cierre de enterotomía en dos capas, drenaje en pelvis y cierre de laparotomía.

Durante la cirugía se realizaron fotografías del bezoar in situ provocando la obstrucción intestinal y del bezoar una vez extraído (que se pueden presentar si fuera necesario). Dado que la ileitis terminal que se observa durante la cirugía no estaba provocando en esos momentos obstrucción intestinal, ni hemorragia ni perforación intestinal o interasas, que serían los tres únicos casos en los cuales sería necesario realizar una resección de dicho íleon terminal sospechoso preoperatoriamente de portar una enfermedad inflamatoria intestinal y al haberse encontrado de forma clara y objetiva que la causa de obstrucción intestinal era el bezoar que estaba alejado a 70-80 cm del íleon terminal inflamado y sin relación con el mismo, se decide no actuar quirúrgicamente en ese momento sobre el íleon terminal y resolver quirúrgicamente el cuadro de obstrucción intestinal causado por el bezoar”.

Seguidamente, expone las actuaciones que se llevaron a cabo los días posteriores sobre la base de lo que se recoge en los informes y en las notas clínicas de Enfermería del Servicio de Anestesia y Reanimación, en los partes de quirófano de las siguientes intervenciones realizadas de urgencia por el Servicio de Cirugía General y

del Aparato Digestivo y en el informe del exitus (fallecimiento) de la paciente, elaborado el 19 de marzo de 2020 por un facultativo del Servicio de Anestesia y Reanimación del HRM.

Por último, en el informe se contiene un apartado denominado *Contestación a las imputaciones que se hacen en la reclamación*, en el que se manifiesta que *"las actuaciones de los equipos de guardia de cirugía del Servicio de Cirugía General y Digestiva del HRM que llevaron a cabo las 3 intervenciones quirúrgicas que se le realizaron a la paciente (la realizada por mí y las otras dos) se realizaron de manera correcta y ajustadas a las exigencias de la lex artis, según lo que demandaba la situación clínica de la paciente* (…) *en cada momento aunque el resultado final desgraciadamente no fuera el esperado, es decir la curación de la paciente. Para demostrarlo me baso en la cronología de la actuación por nuestra parte que anteriormente ha sido expuesta, y por tanto no creo que, como se señala en la reclamación:*

1- Haya habido "una defectuosa asistencia sanitaria por innecesaria tardanza" ni por mi parte ni por parte del resto de los cirujanos del Servicio de Cirugía General y Digestiva del HRM que participaron en el caso clínico que nos ocupa.

2- Ni tampoco creo, como igualmente se señala en la reclamación, que hubiera "una relación documentada entre la primera y la segunda intervención" dado que en la primera intervención el diagnostico fue de oclusión intestinal por bezoar con un hallazgo asociado, pero no relacionado, de ileitis terminal no complicada en ese momento (ni provocaba estenosis, ni estaba perforada ni presentaba hemorragia) y en la segunda intervención el cuadro de oclusión intestinal mecánica estaba resuelto pero la ileitis terminal había progresado a perforación por lo que hubo que realizar resección intestinal del íleon".

CUARTO.- El 12 de mayo de 2021 se recibe la información clínica solicitada entre la que se contiene un informe anatomopatológico, fechado el 27 de marzo de 2020, en el que se expone el siguiente diagnóstico: Íleon terminal (ileocolectomía): enteritis pseudomembranosa con perforación intestinal y serositis aguda.

También se aportan dos informes médicos.

El primero es el suscrito el día 3 de dicho mes por el Dr. R, facultativo especialista de Área de Cirugía General y del Aparato Digestivo del HRM.

En el informe describe la actuación profesional que llevó a cabo el 18 de marzo de 2020, después de que se hubiese intervenido a la paciente, previamente, en dos ocasiones: La primera, el 16 de marzo, por un cuadro de oclusión intestinal de bezoar y la segunda, el 17 de marzo, por un cuadro de perforación de íleon terminal.

Con respecto a la intervención que él dirigió, expone que hallaron *"ascitis + síndrome compartimental abdominal, ante lo cual se aspiró la ascitis, se lavó la cavidad intraabdominal con suero salino fisiológico aspirándolo después y se colocó una malla intraabdominal de sustitución, dejando la herida abierta, todo ello con el objeto de disminuir la hipertensión intraabdominal. No encontramos ningún otro hallazgo patológico intraabdominal susceptible de tratamiento quirúrgico en ese momento"*.

El segundo informe es el elaborado el 27 de marzo de 2021 por la Dra. D.ª S, Jefe de Sección de Aparato Digestivo del HRM.

En este extenso informe se da cuenta de las distintas asistencias que se le dispensaron a la paciente desde 28 de febrero de 2020 hasta el 16 de marzo siguiente.

Así, en relación con la intervención que se llevó a cabo ese último día citado, se expone que *"El día 17-03-2020, la Dra. S elabora informe de alta de la Sección de Digestivo con juicio diagnóstico de obstrucción intestinal por bezoar, tal y como hace referencia el informe de la intervención quirúrgica realizada el día 16-03-2020 a las 23'49 horas.*

(…).

Todos los tratamientos y pruebas solicitadas a la paciente, así como la praxis médica, mientras se encontraba a cargo de la Sección de Aparato Digestivo, se encuentran avaladas por las Guías Clínicas españolas y europeas de las Sociedades Científicas.

Finalmente, en relación a lo relatado por los reclamantes en el primer párrafo del Hecho Segundo de su escrito de Reclamación Patrimonial, manifestar que el día 13 de marzo de 2020 no existía ningún dato que sugiriera peritonitis, tal y como se relata en la evolución en Notas de ese día en el presente informe. A mayor abundamiento, tal y como igualmente se refleja en este informe, los días 14 y 15, sábado y domingo, respectivamente, no hay constancia de ningún aviso al facultativo de guardia de empeoramiento clínico. Fue el día 16 de marzo de 2020 cuando la paciente manifestó la clínica que conllevó a la realización de pruebas urgentes, que concluyeron con el diagnóstico de obstrucción intestinal con la consiguiente interconsulta y llamada telefónica urgente al Servicio de Cirugía General".

Además, dentro de la historia clínica aparece un tercer informe médico, realizado el 14 de mayo de 2021 por el Dr. D. T, facultativo especialista del Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo del HRM en el que expone que *"En relación a las alegaciones redactadas en los hechos que expone la parte reclamante, aprecio algunos datos que bajo el punto de vista médico no están bien planteados y no están expuestos de manera correcta en base a la correlación clínico-patológica de la enfermedad que padeció* [Dña. P] *y cuyo desenlace final fue su fallecimiento.*

1. En primer lugar destacar que desde la primera valoración por parte de los facultativos del servicio de cirugía general y digestiva hasta la primera intervención quirúrgica apenas pasan 6 horas. Y ese es todo el tiempo que Dña. P permanece a cargo de este servicio, ya que desde que sube al área quirúrgica hasta su fallecimiento el responsable del manejo y tratamiento médico de la paciente es el servicio de anestesia y reanimación. El servicio de cirugía general y del aparato digestivo tan sólo interviene en la decisión y en la ejecución de los procedimientos de cirugía.

2. *Se alega en los hechos* que *ha existido una innecesaria tardanza en la primera intervención desde el día 13 de*

marzo, donde había datos más que suficientes para sospechar una peritonitis, hasta que fue intervenida finalmente el día 17 de marzo. Dicha aseveración no se corresponde con la realidad de lo sucedido dado que la primera intervención está fechada el 16 de marzo y ni en los hallazgos intraoperatorios ni en el resultado de las pruebas de imagen previas a la intervención se describe en ningún momento datos de evidencia de ninguna peritonitis, sino de una obstrucción intestinal por un bezoar que fue resuelta mediante la intervención.

3. El día 17 de marzo tras avisar facultativo de anestesia, responsable del área de reanimación, que estaba a cargo del manejo intensivo de Dña. P. La paciente es evaluada de nuevo por los facultativos de cirugía de guardia debido al empeoramiento de su estado de salud, determinando nueva reintervención para realizar una laparotomía exploradora donde se evidenció una peritonitis focalizada en fosa ilíaca derecha (FID) secundaria a perforación de íleon distal con salida de contenido intestinal que en ningún momento se describe como fecaloideo ni se nombra el término peritonitis fecaloidea *tal y como asevera la parte demandante.*

4*. La causa de la muerte de Dña. P se evidenció a posteriori tras el resultado anatomopatológico de la pieza de resección intestinal (enteritis pseudomembranosa con perforación intestinal y serositis aguda) y del hemocultivo extraído el 18 de marzo (*Clostridium difficile*). La enteritis pseudomembranosa fulminante por clostridios es una entidad nosológica muy infrecuente descrita en la bibliografía médica (se adjunta bibliografía al respecto) de aparición en pacientes con procesos inflamatorios previos intestinales, desnutridos, sometidos a terapias inmunosupresoras y antibióticos. Cuyo tratamiento principal es sistémico y la cirugía sólo interviene para el tratamiento de las complicaciones que vayan apareciendo. El manejo sistémico de la enfermedad de Dña. P estuvo bajo la supervisión de los servicios de Medicina Interna-Digestivo y Anestesia- Reanimación, siendo el servicio de cirugía el que realizó las intervenciones quirúrgicas.*

5. Por todo lo anteriormente citado no es correcto alegar que existió una defectuosa asistencia sanitaria por parte del servicio de cirugía, dado que los facultativos de dicho servicio actuaron en todo momento cuando fueron reclamados tanto por los servicios de Medicina Interna-Digestivo como de Anestesia y Reanimación, realizando las intervenciones oportunas en función de los hallazgos intraoperatorios. Quedando tras las intervenciones a cargo del manejo sistémico de la paciente el Servicio de Anestesia y Reanimación".

QUINTO.- El 26 de mayo de 2021 se envían sendas copias del expediente administrativo a la Inspección Médica y a la correduría de seguros del SMS para que se puedan elaborar los informes valorativo y pericial correspondientes.

SEXTO.- Con fecha 13 de julio de 2021 un Asesor del Servicio Jurídico de la Dirección del SMS advierte a la Asesoría Jurídica de Área de Salud III-HRM que se ha comprobado que la historia clínica aportada no está completa, pues faltan los informes de las pruebas radiológicas que se practicaron. Asimismo, considera conveniente que se aclare mediante un informe complementario del Servicio de Anatomía Patológica si la colitis pseudomembranosa puede estar sobre un segmento de enfermedad de Crohn y si no se puede descartar la existencia de dicha enfermedad.

SÉPTIMO.- El 5 de agosto se reciben las informes relativos a las citadas pruebas radiológicas y el informe elaborado conjuntamente, ese mismo día, por los Dres. D. V y D. W, facultativos del Servicio de Anatomía Patológica del HRM.

En ese documento exponen que *"Se ha realizado una revisión diagnóstica de los i confirmándose los diagnósticos reflejados en los mismos. Respecto a la cuestión planteada por la Dirección Gerencial del Servicio Murciano de Salud,* (…), *se debe remarcar que el diagnóstico de la enfermedad de Crohn no puede estar sustentado exclusivamente en los hallazgos anatomopatológicos, debiéndose confirmar junto con los datos bioquímicos, radiológicos, quirúrgicos y endoscópicos.*

Dentro de los criterios histológicos para un diagnóstico de enfermedad de Crohn se encuentra la presencia de granulomas, los cuales son muy sugerentes de este proceso, si bien éstos no son específicos, pues pueden aparecer en diferentes procesos como las colitis secundarias a tuberculosis, Campylobacter o Yersinia. Asimismo, la presencia de úlceras aftoides, fisuras, inflamación transmural, fístulas, linfangiectasia, estenosis mural fibrosa o cambios neurales también son indicativos de esta entidad, junto con otros criterios, especialmente en la mucosa ileal, como es la presencia de anormalidades arquitecturales de las vellosidades con preservación de la secreción mucinosa o incluso un incremento de su producción (hipercrinia) asociada a la metaplasia pseudopilórica.

En la pieza de ileocolectomía (estudio 208001900) se han buscado signos que apoyen el diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal, tipo enfermedad de Crohn, pero el intenso infiltrado inflamatorio presente dificulta observar los cambios específicos antes mencionados en este tipo de patología, por lo que no es posible la confirmación histológica de dicha entidad al no reunir los suficientes hallazgos microscópicos ni macroscópicos necesarios para confirmarla, no obstante, como se recoge ampliamente en la literatura científica el diagnóstico de la enfermedad de Crohn se debe sustentarse en la integración de diferentes hallazgos, tanto clínicos, bioquímicos, radiológicos, endoscópicos, quirúrgicos como histológicos. Esto unido a que la presencia de una afectación aislada de íleon, en forma de una ileitis activa, representa un desafío diagnóstico puesto que puede estar formando parte de diversos procesos, tales como una enfermedad de Crohn, así como a otras entidades como infecciones, reacción a fármacos o secundarios a lesiones profundas. Asimismo, en la revisión bibliográfica realizada se constata que a pesar de que la colitis pseudomembranosa es poco frecuente, se encuentra asociada en más de la mitad de los casos a la enfermedad inflamatoria intestinal. Por todo ello, nos reiteramos en el diagnóstico de enteritis pseudomembranosa".

El 7 de septiembre de 2021 se envían sendas copias de estos últimos documentos a la Inspección Médica y a la correduría de seguros del SMS.

OCTAVO.- El 14 de septiembre de 2021 se recibe el informe médico pericial elaborado con esa misma fecha, a instancia de la compañía aseguradora del SMS, por un médico especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo, en el que se exponen las siguientes conclusiones:

"1. [La paciente] *presentó una clínica abdominal con ileitis, engrosamiento de intestino delgado distal y hallazgos ileoscópicos sugestivos de enfermedad de Crohn, por cuyo motivo fue ingresada el 28-02-2020 en el Hospital Rafael Méndez del Servicio Murciano de Salud, y sometida a tratamiento médico.*

2. Estando ingresada, en las últimas horas del día 15-03-2020 presenta clínica de obstrucción intestinal. Por dicho motivo el día 16-03-2020, tras TAC que confirma oclusión por bezoar, fue intervenida de urgencias, encontrándose en efecto un bezoar que causaba obstrucción de intestino delgado, sin encontrarse en dicha intervención ningún signo de peritonitis. El tratamiento efectuado, consistente en la extracción del bezoar, es conforme a la práctica médica habitual.

3. Tras la anterior intervención la paciente manifestó sucesivos signos de infección y hallazgos clínicos de peritonitis, por lo que fue sometida a una nueva intervención el 17-03-2020, que efectivamente apreció la existencia de peritonitis producida por dos perforaciones en el tramo de intestino delgado distal enfermo y engrosado, compatible con enfermedad de Crohn, que en la intervención anterior no estaba perforado. Se efectuó resección del intestino perforado, ileostomía y limpieza de la cavidad peritoneal, gesto conforme a la técnica quirúrgica habitual.

4. No se aprecian datos clínicos ni radiológicos ni quirúrgicos de peritonitis hasta la intervención del día 16 incluida esta, por lo que dicha intervención no puede ser considerada retrasada en cuanto al tratamiento de la peritonitis que se apreció posteriormente.

5. La existencia de una peritonitis por perforación intestinal se constata en la cirugía del día 17-03-2020 y no se aprecia un nexo causal entre esta cirugía y sus hallazgos y la cirugía previa del día 16-03-2020.

6. El tratamiento quirúrgico efectuado en la paciente (…)*, a tenor de los sucesivos hallazgos, se encuentra enteramente dentro de la práctica médica habitual".*

El 16 de septiembre de 2021 se remite una copia de este informe a la Inspección Médica.

NOVENO.- El 22 de noviembre de 2021 se concede audiencia a los reclamantes y a la compañía aseguradora interesada para que puedan formular alegaciones y presentar los documentos y justificantes que estimen pertinentes, pero no consta que alguno haya hecho uso de ese derecho.

DÉCIMO.- Con fecha 21 de junio de 2022 se formula propuesta de resolución desestimatoria por no concurrir los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial sanitaria.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en este Consejo Jurídico el 23 de junio de 2022, que se completa con la presentación de un CD cuatro días más tarde.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, dado que versa sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en los artículos 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), y 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo de ejercicio de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. La reclamación por daño moral se ha interpuesto por los padres y el hermano de la paciente fallecida, según se deduce del contenido del expediente administrativo y de la copia que se ha presentado, a tal efecto, del Libro de Familia.

Aunque no se realiza ninguna aclaración en la solicitud de indemnización, cabe presumir que los padres intervienen en la representación legal de su hijo (*ex artículo* 162 del Código Civil) dado que era menor de edad en el momento en que se presentó la citada reclamación.

La Administración regional está legitimada pasivamente por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. En relación con el requisito del plazo, el artículo 67.1 LPACAP establece que el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo.

En este caso, el fallecimiento de la familiar de los reclamantes se produjo el 19 de marzo de 2020 y la solicitud de indemnización se presentó el 17 de marzo del año siguiente, de forma temporánea, por tanto, ya que se ejercitó dentro del plazo legalmente establecido.

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, si bien se advierte que se ha sobrepasado el plazo previsto en el artículo 91.3 LPACAP.

Por último, interesa señalar que la decisión del órgano instructor de continuar con los trámites del procedimiento de responsabilidad patrimonial, una vez transcurrido el plazo máximo de tres meses previsto para la emisión de informe por parte de la Inspección Médica, aparece justificada en la existencia de elementos suficientes de juicio para resolver el procedimiento, de acuerdo con lo señalado en el Dictamen de este Consejo Jurídico núm. 193/2012.

Así, la decisión que se contiene en la propuesta de resolución elevada asume las consideraciones médicas que se exponen en el informe pericial que remitió la compañía aseguradora del SMS. Además, puede entenderse que dichos elementos de juicio resultan suficientes desde el momento en que los reclamantes no han presentado ningún informe pericial que les permita sostener la realidad de sus imputaciones.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los criterios que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 de la Constitución Española, según el cual *"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 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) y desarrollados por abundante jurisprudencia:

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupos de personas.

2. 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.

3. Ausencia de fuerza mayor.

4. 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 con sujeción a 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 3ª, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, por tanto, actúa como elemento modulador de la

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

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 l esiones 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 Contencio so-Administrativo de 1 de marzo de 1999).

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

De conformidad con lo que ya se ha expuesto, los interesados solicitan que se les reconozca el derecho a recibir una indemnización conjunta de 350.000€ como consecuencia del fallecimiento de su hija y hermana, respectivamente, que se produjo el 19 de marzo de 2019 en el HRM.

Los reclamantes sostienen que se retrasó indebidamente la intervención de su familiar y que no se llevó a cabo hasta el 17 de marzo de 2019, a pesar de que ya había datos para sospechar de una peritonitis cuatro días antes, es decir, desde el 13 de marzo.

Por ello, entienden que existe una relación de causalidad entre los hallazgos de la primera intervención quirúrgica (obstrucción intestinal por bezoar) y la segunda intervención quirúrgica por múltiples perforaciones en el íleon terminal, además de una peritonitis fecaloidea de horas de evolución, derivada de aquéllas.

Sin embargo, los interesados no han presentado alguna prueba, preferentemente de carácter pericial, que sirva para acreditar la imputación de retraso diagnóstico y terapéutico al que se refieren. En este sentido, hay que recordar que el artículo 217.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que trata sobre la distribución de la carga de la prueba y que resulta aplicable, asimismo, en materia de procedimiento administrativo, obliga a los reclamantes a demostrar los hechos en los que funden sus reclamaciones.

De manera contraria, la Administración sanitaria ha aportado a las presentes actuaciones la documentación clínica completa de la paciente fallecida y los informes de los distintos especialistas (de Cirugía General y de Aparato Digestivo y de Anatomía Patológica) que la trataron (Antecedentes tercero, cuarto y séptimo de este Dictamen)

Asimismo, ha traído al procedimiento (Antecedente octavo) un informe pericial elaborado por un especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo a instancia de la compañía aseguradora del SMS.

De la lectura de esos documentos se deduce, en primer lugar, que ni hacia el 13 de marzo, ni tan siquiera antes de la primera intervención que se realizó el 16 de marzo -como consecuencia de la existencia de un cuadro de oclusión intestinal- existían evidencias de que la paciente sufriera una peritonitis.

Así, el Dr. Q -cirujano que realizó esa primera intervención- reitera en su extenso informe (Antecedente tercero) que en la operación no se observaron signos de perforación intestinal. Por su parte, la Dra. S (Antecedente cuarto) destaca que el 13 de marzo no existían evidencias de que sufriera dicha inflamación del peritoneo. Por su parte, el Dr. T resalta en su informe (Antecedente cuarto) que ni en los hallazgos intraoperatorios de la primera intervención ni en las pruebas radiológicas que se habían efectuado con anterioridad se evidenció la existencia de alguna peritonitis.

Esa misma apreciación alcanza el perito médico en la Conclusión 2ª de su informe. Y según resalta el perito, fue tras la anterior intervención que la paciente manifestó sucesivos signos de infección y hallazgos clínicos de peritonitis (Conclusión 3ª), lo que justificó que se le operase por segunda vez. Y fue en la segunda intervención, la que se llevó a cabo el 17 de marzo, cuando se pudo advertir que la ileitis terminal había progresado a perforación, por lo que hubo que realizar una resección intestinal del íleon, y que eso había provocado la peritonitis.

Conviene añadir, en segundo lugar, como hace el Dr. T, que en ningún documento clínico se alude a una peritonitis fecaloidea, como la califican los interesados en la reclamación.

Por lo tanto, se hace evidente que no se incurrió en algún retraso en el tratamiento de la peritonitis que sufrió la enferma, que no se hizo patente ni se advirtió hasta el día 17 de marzo y no, curiosamente, en la operación que se practicó el día anterior, 16 de marzo, momento en el que no existían datos cínicos, radiológicos o quirúrgicos que la evidenciasen (Conclusiones 4ª y 5ª del informe pericial).

Como explica el perito en su informe (folio 71), no es *"posible afirmar que la operación del día 16 estuviese demorada con respecto a la evolución clínica analizada. El tiempo de intervención de esa oclusión diagnosticada en el TAC es adecuado según el tratamiento habitual de una oclusión intestinal. Por otra parte, no puede encontrarse relación entre la peritonitis séptica del día 17, la clínica de oclusión intestinal de la paciente hasta el día 16, ni el procedimiento quirúrgico del día 16"*.

En consecuencia, no se constata la existencia de una demora indebida ni, por ello, de una negligencia a la que se le pueda atribuir el carácter de mala praxis médica.

En tercer lugar, no cabe duda de que la causa del fallecimiento de la paciente fue una enteritis pseudomembranosa con perforación intestinal y una serositis aguda, que son inflamaciones de origen bacteriano (por clostridios) muy infrecuentes, que suelen aparecer en pacientes con procesos inflamatorios previos intestinales y que requieren, en todo caso, de un tratamiento sistémico, y no quirúrgico, que también se le instauró convenientemente a la familiar de los interesados. Sin embargo, y pese a los esfuerzos que se desplegaron, el cuadro infeccioso de la paciente no remitió, sino que terminó por provocarle la muerte.

Pese al lamentable desenlace que se produjo, se debe concluir que no existe relación de causalidad alguna entre los daños morales mencionados y el funcionamiento normal del servicio público sanitario, lo que debe suponer la desestimación de la pretensión resarcitoria promovida por los interesados.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por no existir relación de causalidad alguna entre el funcionamiento normal del servicio sanitario regional y los daños morales que se alegan, cuyos caracteres antijurídicos tampoco se han acreditado convenientemente.

No obstante, V.E. resolverá.