

Administración
de Justicia

PALOMA SOLERA LAMA
PROCURADORA DE LOS INTERESES
ADMINISTRATIVOS
19 FEB 2008
BOLETA 178

SENTENCIA Nº 66

TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE MADRID
SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO
SECCION NOVENA

Ilmos Sres.:

Presidente:

Don Ramón Veron Olarte:

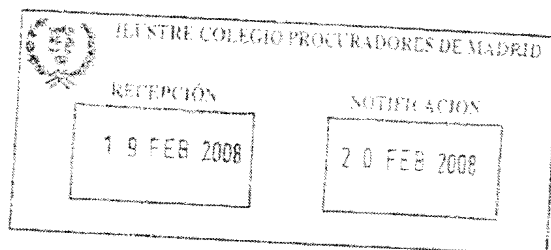
Magistrados:

D^a. Angeles Huet Sande

D. Juan Miguel Massigoge Benegiu.

D^a. Berta Santillán Pedrosa.

D. José Luis Quesada Varea.

D^a. Margarita Pazos Pita

En la Villa de Madrid a veinticuatro de del año dos mil ocho.

Visto por la Sección Novena de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, el presente recurso contencioso-administrativo nº 810/04, interpuesto por la Procuradora D.^a Paloma Solera Lama, en nombre y representación de D.^a

contra la desestimación presunta –posteriormente expresa por Orden del Consejero de Sanidad y Consumo de la () e 16 de diciembre de 2005- de



la reclamación que, en concepto de responsabilidad patrimonial, formularon los recurrentes ante el [redacted] en solicitud de una indemnización por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia del fallecimiento de D^a [redacted]. Ha sido parte la Administración demandada, representada por su Servicio Jurídico, y como codemandada la entidad [redacted], representada por el Procurador D. [redacted].

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Interpuesto el recurso, y tras los oportunos trámites, se emplazó a la parte demandante para que formalizara la demanda, lo que verificó dentro de plazo, mediante escrito en el que suplica se dicte sentencia por la que se declare la responsabilidad de la demandada por los daños provocados y, consecuentemente, se condene a la misma a indemnizar a los recurrentes en 120.000 euros más intereses, por los daños y perjuicios sufridos.

SEGUNDO.- La Letrada [redacted] contesta a la demanda, mediante escrito en el que suplica se dicte sentencia desestimando el recurso contencioso-administrativo y, conferido el oportuno traslado a la entidad codemandada "[redacted]", por la misma se presentó escrito de contestación a la demanda, en el que igualmente insta la desestimación del recurso interpuesto.

TERCERO.- Habiéndose acordado el recibimiento del recurso a prueba, se practicó la propuesta por las partes y admitida por la Sala, con el resultado que obra en autos, y evacuado el trámite de conclusiones, seguidamente quedaron los autos conclusos y pendientes de señalamiento para votación y fallo.

CUARTO.- En este estado se señala para votación y fallo el día 17 de enero de 2008, teniendo lugar así.

QUINTO.- En la tramitación del presente proceso se han observado las prescripciones legales.

Siendo Ponente la Magistrada Ilma. Sra. Doña MARGARITA PAZOS PITA,

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- El presente recurso contencioso-administrativo se interpone por D.^a |

| contra la desestimación presunta — posteriormente expresa por Orden del Consejero de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid de 16 de diciembre de 2005- de la reclamación que, en concepto de responsabilidad patrimonial, formularon ante el |

| Salud en solicitud de una indemnización por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia del fallecimiento de D.^a | madre y esposa de los recurrentes, respectivamente, por la deficiente asistencia sanitaria recibida en el Hospital

SEGUNDO.- Para la adecuada resolución del presente recurso resultan de interés los siguientes hechos que resultan del expediente administrativo y de las actuaciones seguidas ante esta Sala:

1.- Con fecha 17 de junio de 2003 D^a _____, nacida el día 7 de octubre de 1919, con antecedentes, entre otros, de diabetes mellitus tratada, acude al Servicio de Urgencias del Hospital _____ Madrid refiriendo dolor torácico, localizado en la paletilla izquierda, irradiado a hemotórax izquierdo y centro torácico, con sensación de disnea. El dolor aumenta con la respiración profunda y los movimientos. No asocia náuseas ni vómitos.

A la exploración aparece un abdomen globuloso, blando y depresible.

En la analítica efectuada destaca leucocitosis.

Tras la realización de radiografía de tórax y electrocardiograma se descarta patología cardíaca isquémica.

Es dada de alta con el diagnóstico de dolor torácico inespecífico.

2.- La paciente acude nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital _____ sobre las 4:05 horas del día 20 de junio de 2003, consignándose en el informe de urgencias que acude por dolor que se inicia en hipocondrio izquierdo, irradiado a hipocondrio derecho y espalda, desde hace cuatro días, por el que consultó al servicio hace tres días, sin objetivarse patología cardiológica. Acude porque el dolor permanece constante con exacerbaciones. Se alivia con la expulsión de gases. La paciente no hace deposición desde hace tres días. No náuseas ni vómitos. No disnea. No fiebre. Acudió al Centro de Salud a las 23 horas.

A la exploración del abdomen se consigna en el informe de urgencias: RHA hiperactivo, blando y depresible, doloroso a la palpación profunda en ambos hipocondrios (+derecho), timpánico, no peritonismo.

En la analítica practicada destaca Glucosa 159, Alfa Amilas 73.

En la Rx de abdomen se aprecia abundante gas y heces en marco cólico.

En evolución y tratamiento se consigna que se practica enema de limpieza, con excelentes resultados, quedando la paciente asintomática, por lo que se decide el alta con el juicio clínico de dolor abdominal secundario a estreñimiento, recomendándose acudir de nuevo a urgencias si concurre empeoramiento o reaparición de síntomas.

3.- Sobre las 0:43 horas del día 27 del mismo mes de junio de 2003 D^a acude nuevamente al mismo Servicio de Urgencias por cuadro de dolor costal izquierdo irradiado a epigastrio y de ahí ascendente por esternón hasta hombro izquierdo. El dolor parece relacionarse con la movilidad del tronco, no con la ingesta pues tolera bien, sin náuseas ni vómitos ni sensación de acidez. El dolor es permanente y aunque en el pasado cedía con nolutil, actualmente no.

A la exploración del abdomen se consigna en el informe de urgencias: RHA+, B y D, globuloso, timpánico a la percusión, muy doloroso a la presión difuso, Blumberg negativo.

En la analítica destaca Amilasa normal, existe leucocitosis, glucosa de 219.

En la Rx de abdomen se aprecia gas distribuido por todo el colon. No niveles. Se administra Torradlo intravenoso y se pone sonda rectal para intentar conseguir expulsión de gases, con lo que la paciente refiere clara mejoría del dolor abdominal y espalda.

Es dada de alta con el juicio clínico de dolor abdominal con posible reacción a meteorismo y dolor de características mecánicas con probable relación a Artrosis.

Se descarta patología urgente en dicho momento y se pauta tratamiento con Motilium, Omeprazol y Torradlo, siendo la paciente derivada a su médico de atención primaria, quien la remitiría a consulta de gastroenterología para profundizar el estudio.

Se indica acudir al Servicio de Urgencias si aparecen sangrados u otra sintomatología.

4.- El 2 de julio de 2003 D^a [redacted] acude de nuevo al Servicio de Urgencias del Hospital [redacted] refiriendo dolor desde unas horas antes de su ingreso en ambos flancos irradiado hacia delante para extenderse posteriormente a todo el abdomen. Náuseas y dos vómitos alimenticios. En la exploración se aprecia abdomen distendido, timpánico, doloroso a la palpación, Blumberg +, no se palpan masas ni megalias. En la analítica efectuada destaca Amilasa > 6.554 y Leucocitos 24.900.

Se realiza TAC de abdomen con contraste intravenoso. En el informe de urgencias se hace constar páncreas aumentado de tamaño, con desflecamiento de la grasa peripancreática y dos colecciones líquidas agudas en sendos espacios pararenales anteriores, todo ello en relación con pancreatitis aguda grado E. No hay necrosis microscópicamente identificable. Pequeña cantidad de ascitis de localización perihepática. Vesícula distendida con probables cálculos en su interior. Vía biliar no dilatada.

Juicio clínico: pancreatitis aguda litiásica grado E.

Tras permanecer la paciente en la UVI de Urgencias, es trasladada ese mismo día al Servicio de Cirugía General y Digestivo.

Al día siguiente D^a [redacted] continúa con dolor intenso y tras la presentación de acidosis metabólica y fracaso renal, se decide su traslado a UVI, falleciendo el 5 de julio de 2003.

5- Obra en el expediente administrativo el informe emitido por la Inspección Médica que concluye que no se aprecia negligencia médica en los facultativos que atendieron a la paciente las veces que acudió al Servicio de Urgencias, ya que ni las características del dolor, ni las pruebas complementarias que se le realizaron en dichas ocasiones, orientaban hacia una posible pancreatitis aguda.

TERCERO.- En su demanda, la parte recurrente, tras señalar, entre otros extremos, que en el transcurso del mes de junio de 2003 D^a.

tuvo que acudir en cinco ocasiones al Servicio de Urgencias del Hospital por sufrir mal estado general, fuertes dolores abdominales y costales, sin poder eliminar gases, y hacer referencia a los informes de urgencias relativos a los ingresos de fecha 20 y 27 de junio de 2003, alega, en esencia, que a pesar de presentar la paciente un cuadro clínico con dolor abdominal que no cedía con analgésicos (nolotil), que la fiebre podía estar enmascarada por la ingesta de los mismos, que los leucocitos y la hiperglucemia aumentaban, con la modificación de su fórmula, que sufría gases de etiología no filiada pero que podían ser compatibles con una infección peritoneal, y a pesar de no llegar a un diagnóstico certero ni realizar un sencillo diagnóstico diferencial, decidieron una y otra vez prescribir el alta a la paciente.

Tuvo que ser el día 2 de julio de 2003 –continúa la demanda- cuando se decidió ingresar a la paciente para su estudio, pero ya era tarde pues terminó falleciendo el día 5 de julio de 2003 de una pancreatitis en el contexto de una infección generalizada que los facultativos no pudieron solucionar por su estado tan avanzado.

Que en esta última asistencia fue diagnosticada correctamente de pancreatitis aguda litíásica grado E, aunque ya de forma tardía pues el pronóstico era dramático como consecuencia de la progresión de la enfermedad desde los primeros ingresos resueltos con altas indebidas y que si se llegó a un diagnóstico correcto en esta última ocasión fue debido únicamente a que se

efectuaron las pruebas diagnósticas que no se realizaron en las inadecuadas asistencias anteriores

Señala igualmente la parte recurrente que la bibliografía aportada por el médico inspector es muy ilustrativa en el presente caso pues destaca como pruebas diagnósticas la ecografía y la tomografía computerizada que no se realizaron, presentando la paciente en todos sus ingresos hiperglucemia, leucocitosis y dolor abdominal; hechos –dice- que no son controvertidos pues aparecen fielmente reflejados en todos los ingresos.

Entiende la parte recurrente que en el presente caso han quedado acreditados los siguientes actos médicos reprochables:

1º.- Diagnóstico incorrecto por infravaloración del cuadro clínico, pues en todas las atenciones previas en el Servicio de Urgencias se detectó hiperglucemia, leucocitosis y dolor abdominal que se llegó a indicar que no cedía con la analgesia, pero estos hallazgos no se tuvieron en cuenta ni se estudió el origen de la alteración. Tampoco importaron el resto de alteraciones analíticas que constan en los informes, concediéndose el alta con un diagnóstico de dolor abdominal secundario a meteorismo. A lo que se añade que de contrario solo se atiende al dato de la amilasa para descartar la pancreatitis que ni siquiera se plantearon, cuando este dato no tiene por qué presentarse para diagnosticar la pancreatitis aguda.

2º.- Falta de pruebas diagnósticas necesarias, pues debió de haberse realizado ecografía y tomografía computerizada.

3º.- Alta médica precipitada que se concedió fruto de los anteriores errores inexcusables, dejando que progresara una enfermedad grave hasta provocar el fallecimiento de la paciente.

Por todo ello entiende la recurrente, también en síntesis, que concurren todos los presupuestos necesarios para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración.

CUARTO.- Por su parte, la Administración demandada sostiene, en síntesis, que en el caso de autos el daño sufrido no es antijurídico toda vez que la actuación médica se ajustó en todo momento a la *lex artis*, y, así –señala-, todos los informes médicos que obran en el expediente administrativo coinciden en afirmar que cuando la paciente acude al Servicio de Urgencias los días 17, 20 y 27 de junio de 2003 no presentaba síntoma alguno que pudiese hacer sospechar la existencia de una pancreatitis, pues el dolor asociado a ésta última suele ser constante, de ubicación en hipogastrio e irradiado a flancos y dorso. La localización del dolor que la paciente refería era cambiante, según puede verse en los informes de urgencias. Tampoco constante, sino que remite con el enema de limpieza y con la sonda rectal practicados los días 20 y 27 de junio respectivamente. Tampoco presentaba vómitos, síntoma asociado a la pancreatitis en más del 80% de los casos, y, del mismo modo, en ninguna de las ocasiones en que acudió a Urgencias se apreciaron imágenes radiológicas compatibles con una pancreatitis.

Por último –se señala- una de las pruebas que exige el diagnóstico de la pancreatitis es la elevación de la amilasa en sangre en más de tres veces de su valor normal y los días 17, 20 y 27 de junio las cifras que presentaba la enferma eran absolutamente normales.

Toda la situación cambia radicalmente –continúa la contestación a la demanda- el día 2 de julio en que aparecen náuseas y vómitos y el dolor es de clara localización abdominal, el abdomen está distendido, los ruidos intestinales desaparecen, aparece reacción de defensa peritoneal y, lo que es más importante, la prueba más específica de la pancreatitis aguda resulta positiva pues la amilasa se eleva por encima de tres veces su valor normal.

A partir de ese momento es cuando se realizan las pruebas diagnósticas precisas y se instauran los tratamientos oportunos para combatir la pancreatitis aguda, pese a lo cual no puede evitarse el fatal desenlace.

Finalmente señala la Administración demandada que, en cualquier caso, se opone a la cantidad solicitada de contrario -120.000 euros- por considerarla exorbitante y desproporcionada a las circunstancias del caso.

Y la entidad codemandada, en línea con lo argumentado por la Administración demandada, insta igualmente la desestimación del recurso, aduciendo, en síntesis, y con expresa invocación de lo consignado en el informe emitido por la Inspección Médica y en el dictamen evacuado por los Dres. obrantes en el expediente administrativo, que el fallecimiento de la paciente se produjo como consecuencia de la evolución de su propia patología, sin que en las consultas al Servicio de Urgencias, anteriores al día 2 de julio de 2003, presentara signos o síntomas específicos que hubieran permitido que se alcanzase el diagnóstico con anterioridad.

Por ello considera que el daño sufrido por la paciente carece de la nota de la antijuridicidad ya que la actuación del servicio sanitario que la asistió se ajusta plenamente a las exigencias de la lex artis, sin que fuera posible alcanzar el diagnóstico de pancreatitis aguda con anterioridad, por no presentar síntomas o signos específicos. Y sin que se haya demostrado que los facultativos no realizaron las pruebas oportunas o no prestaran la suficiente atención a la patología de la paciente.

Y, finalmente, la entidad codemandada muestra también su oposición a la cuantía reclamada de adverso, que considera excesiva.

QUINTO.- Para la adecuada resolución de la cuestión que se somete a la consideración de esta Sala, es necesario partir de los requisitos exigidos para el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial. La Sentencia de la Sección

Sexta de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de fecha 17 de octubre de 2000 (Rec. 9201/1995) ha enumerado los siguientes:

- Que el particular sufra una lesión en sus bienes o derechos que no tenga obligación de soportar.
- Que aquella sea real efectiva y susceptible de evaluación económica.
- Que el daño sea imputable a la Administración y se produzca como consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, entendidos estos en el más amplio sentido de actuación, actividad administrativa o gestión pública, en una relación de causa a efecto entre aquel funcionamiento y la lesión, sin que sea debida a casos de fuerza mayor.

La parte recurrente ha planteado una reclamación de responsabilidad patrimonial derivada de la incorrecta asistencia sanitaria que considera que ha recibido; la responsabilidad patrimonial de la Administración tiene carácter objetivo pero, no obstante, no puede admitirse una consideración radical de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario y ello pues tal cosa supondría que cuando el resultado pueda imputarse a la asistencia prestada, debería entenderse que existe responsabilidad de la administración.

Se hace necesario, cuando los Tribunales se enfrentan ante un problema de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, fijar un parámetro que permita determinar el grado de corrección de la actividad administrativa a la que se imputa el daño; es decir, que permita diferenciar aquellos supuestos en que el resultado dañoso se puede imputar a la actividad administrativa (es decir, al tratamiento ó a la falta del mismo) y aquellos otros casos en que el resultado se ha debido a la evolución natural de la enfermedad y al hecho de la imposibilidad de garantizar la salud en todos los casos.

Según tiene dicho el Tribunal Supremo (Sentencia de fecha 25 de abril de 2002 (Recurso 503/1998): "Prestada la asistencia sanitaria con arreglo a la

regla de la buena praxis desde el punto de vista científico, la consecuencia de la enfermedad o el padecimiento objeto de atención sanitaria no son imputables a la actuación administrativa y por tanto no pueden tener la consideración de lesiones antijurídicas. El propio recurrente articula el motivo en base a una deficiente atención sanitaria, pero ya ha quedado establecido en el fundamento anterior que de la valoración de la Sala a quo efectúa de la prueba practicada y a la que este Tribunal ha de estar al no poder ser considerada ni arbitraria ni absurda, resulta que tal atención fue la correcta desde el punto de vista científico".

Así pues, la jurisprudencia utiliza para hacer girar sobre él la existencia ó no de responsabilidad patrimonial, el criterio de la Lex Artis y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuando el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia medica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Por lo tanto, el criterio de la Lex Artis es un criterio de normalidad de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos y que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida (lex artis). Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad exigiendo que no solo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de dicha Lex Artis; de exigirse solo la existencia de la lesión se produciría una consecuencia no querida por el ordenamiento, cual sería la excesiva objetivación de la responsabilidad al poder declararse la responsabilidad con la única exigencia de la existencia de la lesión efectiva sin la exigencia de la demostración de la infracción del criterio de normalidad representado por la Lex Artis.

SEXTO.- Para valorar la corrección de la asistencia sanitaria prestada a D^a, hay que tomar en consideración la prueba practicada en

el procedimiento, debiendo destacarse en primer lugar que si bien la Administración demandada y la entidad codemandada, con expresa invocación de lo consignado en el informe emitido por la Inspección Médica y en el dictamen evacuado por los Dres. . . obrantes en el expediente administrativo, sostienen que el fallecimiento de la paciente se produjo como consecuencia de la evolución de su propia patología, sin que en las consultas al Servicio de Urgencias, anteriores al día 2 de julio de 2003, presentara signos o síntomas específicos que hubieran permitido que se alcanzase el diagnóstico con anterioridad, y sin que se haya demostrado que los facultativos no realizaran las pruebas oportunas o no prestaran la suficiente atención a la patología de la paciente, por el contrario, el informe pericial evacuado por el Dr. . . a instancia de parte actora, y ratificado en sede judicial, pone de relieve que la paciente no fue correctamente diagnosticada porque no se hicieron las exploraciones adecuadas, concretamente ECO y T.A.C., que con toda seguridad –dice- habrían aclarado el diagnóstico.

Así, dicho informe recoge como conclusiones las siguientes:

1ª.- Dña. . . acudió en tres ocasiones al Servicio de Urgencias del Hospital . . . entre los días 17-06-03 y 27-06-03, con un cuadro doloroso abdominal, irradiado al tórax, que no fue correctamente diagnosticado porque no se hicieron las exploraciones adecuadas, ECO y T.A.C., que con toda seguridad habrían aclarado el diagnóstico.

2ª.- El cuadro doloroso estaba producido, según nuestro criterio, por la colecistitis litíásica, que al no ser diagnosticada y tratada adecuadamente, desencadenó una pancreatitis aguda.

3ª.- Los diagnósticos que se hicieron en las tres visitas al Servicio de Urgencia, no merecen tal calificativo y no se corresponde con la realidad clínica de la paciente.

4ª.- El tratamiento adecuado de la colecistitis habría evitado la complicación de la pancreatitis aguda.

5ª.- La pancreatitis aguda que se desencadenó el 02-07-03 fue muy grave. La mortalidad según los criterios de Ranson y de Imrie, es muy elevada, siempre superior al 30%".

Por el contrario, en el dictamen elaborado por los Dres
que figura en el expediente administrativo, y que no ha sido ratificado en sede judicial, se recogen, en línea con el informe de la Inspección médica, las siguientes conclusiones:

1. La paciente fue atendida en tres ocasiones en el Servicio de Urgencias , siendo dada de alta ya que ni la sintomatología clínica, ni las exploraciones tanto físicas como complementarias realizadas, orientaban hacia una patología aguda grave que precisara ingreso hospitalario.

2. En todas las ocasiones la paciente mejoró sintomáticamente con la actitud terapéutica realizada en Urgencias, recomendándole volver si empeoraba.

3. No es hasta la cuarta visita a Urgencias cuando los hallazgos clínicos y analíticos son sugestivos de una pancreatitis aguda.

4. La paciente desarrolló durante el ingreso complicaciones descritas dentro de la pancreatitis aguda grave, por lo que pese a todas las medidas aplicadas, no se consiguió remontar la situación de la paciente, falleciendo ésta a los tres días del ingreso.

Igualmente se viene a señalar en dicho informe, entre otros extremos, que "El dolor abdominal de la pancreatitis aguda es el síntoma capital, es de carácter continuo y se localiza con preferencia en epigastrio, donde queda fijo o

se irradia a uno o ambos hipocondrios, espalda o zona periumbilical. La localización del dolor que la paciente refería, en cada ocasión que acudió al Servicio de Urgencias era cambiante, incluso en el primer episodio no presentaba dolor abdominal sino torácico (...). Por otro lado, el dolor abdominal de una pancreatitis aguda es constante, y en la paciente se observa que se modificó con el enema de limpieza quedando asintomática el día 20-6-03. Otro dato a destacar en lo que respecta a las manifestaciones clínicas es que la pancreatitis aguda suele estar asociada a vómitos en más del 80% de los casos y en la paciente en cuestión no fue sino en la última visita a urgencias cuando estos aparecieron, junto con el resto de los hallazgos que permitieron diagnosticar como se verá más adelante. En cuanto a la exploración física, (...), excepto en la última visita a urgencias el abdomen era blando y depresible, no doloroso en epigastrio y los ruidos intestinales estaban presentes o incluso aumentados en su intensidad.

Aún con todo, la falta de especificidad del dolor abdominal de la pancreatitis aguda exige que, para establecer el diagnóstico, se demuestre un aumento de las enzimas pancreáticas, es decir, de la amilasa en sangre, por lo que se utiliza como prueba de detección selectiva para este proceso. Dicha enzima suele aumentar en 24 horas presentando una sensibilidad en torno al 90% y se establece el diagnóstico cuando los valores de la misma son tres veces mayores de los normales. En este caso las cifras de amilasa eran normales (...) Las cifras no aumentan hasta el día 2-7-03 presentando 6554 mg/dl, fecha en la que es diagnosticada.

Otra prueba que ayuda a establecer el diagnóstico de pancreatitis aguda es la radiografía simple de abdomen, que proporciona información útil en el 30-50%. Las alteraciones más frecuentes son: íleo localizado, que suele afectar a yeyuno, íleo generalizado con niveles hidroaéreos y otros más inespecíficos. En este caso en ninguna de las ocasiones en que acudió a urgencias se aprecian dichas imágenes radiológicas, simplemente abundancia de gas y heces en marco cólico, lo cual unido a la mejoría de la sintomatología con el enema de

limpieza y la sonda rectal hizo que se imputara el estreñimiento y meteorismo como causa del dolor.”

Por el contrario, el Perito Dr. [Nombre] viene a insistir en su informe, así como en sede de ratificación judicial del mismo, en que el cuadro doloroso estaba producido por una colecistitis litiásica, que al no ser diagnosticada y tratada adecuadamente, al no realizarse las exploraciones adecuadas, desencadenó una pancreatitis aguda. Y, en este sentido, destaca que en la primera visita al Servicio de Urgencias no se solicitó la determinación de amilasa, y, en cuanto a la segunda, que “ En este momento la localización del dolor es francamente abdominal por lo que las exploraciones deben ir encaminadas a descubrir patología en esta cavidad. El dolor es fijo y continuo, sin retortijones, por lo que podemos descartar patología de víscera hueca. No existe dolor secundario a estreñimiento, salvo que existe un síndrome oclusivo intestinal.

Las patologías que se pueden manejar como más probables son: A) Colecistitis con o sin litiasis. B) Pancreatitis

A) A favor de la colecistitis están: –la localización del dolor –la paresia intestinal con dilación del colon –el que el dolor se alivie al vaciar el colon, porque deja de comprimir sobre la zona inflamada –la existencia de una leucocitosis.

B) A favor de la pancreatitis están: –la localización e irradiación del dolor –la paresia intestinal. Existe un dato analítico que descarta el diagnóstico que es una cifra de amilasa de 73. Es verdad que cuando la determinación de amilasa se hace entre 2-5 días del comienzo del cuadro, la lipasa y la amilasa recuperan valores normales.

Nos quedamos por tanto con el diagnóstico de una posible colecistitis y para confirmar el diagnóstico es imprescindible hacer una ecografía de abdomen superior, prueba sencilla, no invasiva y que está al alcance de cualquier Servicio

de Urgencia. Si la ECO no aclara el diagnóstico es necesario recurrir a la TAC. Ninguna de estas pruebas se realizaron”.

Y, en cuanto a la tercera vista al Servicio de Urgencias, siete días después de la segunda, se consigna que la enferma acude con “dolor permanente que no cede con los analgésicos y que se irradia por epigastrio y hombro izquierdo, con dificultad para expulsar gases. (Signo de paresia intestinal que se confirma con la radiografía simple de abdomen). En este momento el diagnóstico que se hace es dolor abdominal con posible relación a meteorismo. Es indudable que si a un enfermo con el colon distendido, se le coloca una sonda rectal, el colon se vacía y deja de comprimir sobre la zona inflamada del hipocondrio derecho, mejora su sintomatología y mucho más si se le inyecta una ampolla de Torradlo i.v.

Ni la persistencia del dolor, resistente a los analgésicos, ni los datos de la exploración clínica abdominal, ni la presencia de leucocitosis, ni la presencia de una paresia intestinal, fueron datos suficientes para intentar hacer un diagnóstico, que se habría realizado con toda seguridad con una simple ECO abdominal. Si esta prueba no era suficiente estaba perfectamente justificado pedir una T.A.C.

Se sigue descartando el diagnóstico de pancreatitis aguda porque la cifra de amilasa es normal. No creemos que nadie se desplace, de madrugada, desde su domicilio, pasando previamente, por el Centro de Salud, a un centro hospitalario que dista varios kilómetros, por un dolor abdominal en posible relación con meteorismo.

Sin un diagnóstico coherente con su sintomatología, la enferma vuelve a ser dada de alta”.

Y expone igualmente, en relación con el origen de la pancreatitis, que “De todos los autores es conocida la relación que existe entre la pancreatitis

aguda y la litiasis biliar. El 70% de las pancreatitis agudas que se observan en mujeres y el 40% de las de los varones, son de etiología litiásica.

Si la bilis está infectada, la pancreatitis es más fácil, por el efecto lesional de los gérmenes sobre el epitelio ductal, y porque los gérmenes hidrolizan las sales biliares y producen ácidos biliares, que son tóxicos para las células acinares y ductales. Las vesículas litiásicas contienen con frecuencia, gérmenes cultivables en la pared vesicular, en la bilis o en los cálculos, en más del 55% de los casos.

La pancreatitis, que al final sufrió D^a , fue la consecuencia de una colelitiasis que la enferma padecía de forma sintomática, y que en un momento dado se transformó en una colecistitis aguda, con sintomatología clínica larvada, pero productora de un dolor abdominal que obligó a la enferma a acudir al Servicio de Urgencias , en tres ocasiones, sin que fuera diagnosticada porque, a pesar de la sintomatología clínica, no se emplearon los medios diagnósticos adecuados”.

Así las cosas, a la vista del anterior informe razonado y ratificado en sede judicial con plena intervención de las partes, se ha de concluir que del mismo resulta acreditado que no se efectuaron las exploraciones adecuadas, concretamente ECO y T.A.C., que con toda seguridad habrían aclarado el diagnóstico de la paciente, y a este respecto se ha de notar que si bien en sede de conclusiones la entidad codemandada consigna que el Dr. comete varias imprecisiones, haciendo expresa referencia a la inexistencia de dolor abdominal en la visita efectuada el 17 de junio y de paresia abdominal el 20 de junio de 2003, sin embargo, no cabe desconocer, por una parte, que si bien en el informe de urgencias correspondiente al día 17 de junio se habla de dolor torácico, sin embargo, en el parte correspondiente al día 20 de enero se consigna expresamente que la paciente “acude por dolor que se inicia en hipocondrio izquierdo, irradiado a hipocondrio derecho y espalda, desde hace cuatro días, por el que consultó al servicio hace tres días, sin objetivarse patología cardiológico”, lo que en definitiva viene a poner de relieve la

persistencia de un dolor padecido por la paciente, dolor que en tal visita ya es claramente abdominal, y que, cuando menos, la paciente lo relaciona con el sufrido cuatro días antes. Dolor abdominal que con toda claridad persiste en la visita a Urgencias del día 27 de junio y que, en definitiva, el Dr. [redacted] entiende que justificaba, junto los demás datos que expone en su informe, la realización de una prueba sencilla, no invasiva, y que está al alcance de cualquier servicio de urgencias, que es la ecografía de abdomen superior, y, en caso de que no aclarase el diagnóstico, justificaba también el recurso a la TAC; pruebas que señala que con toda seguridad habrían aclarado el diagnóstico.

Y del mismo modo, en cuanto a la paresia intestinal, no se puede desconocer que el Perito Dr. [redacted] expone en su informe, concretamente en relación con la asistencia dispensada el 27 de junio de 2003, las razones de su afirmación, reiterando con rotundidad en relación con dicha fecha, y como ya se ha expuesto, que "Ni la persistencia del dolor, resistente a los analgésicos, ni los datos de la exploración clínica abdominal, ni la presencia de leucocitosis, ni la presencia de una paresia intestinal, fueron datos suficientes para intentar hacer un diagnóstico, que se habría realizado con toda seguridad con una simple ECO abdominal. Si esta prueba no era suficiente estaba perfectamente justificado pedir una T.A.C.".

Así las cosas, se ha de concluir que las razones expuestas en el informe pericial aportado a instancias de la parte recurrente permiten tener por acreditado que en las visitas efectuadas al Servicio de Urgencias los días 20 y 27 de junio de 2003 no se adoptaron todas las medidas oportunas y posibles para el adecuado diagnóstico y tratamiento de la Sra. [redacted], y sin que frente a tal dictamen pericial razonado pueda prevalecer el informe de los Dres. [redacted]

[redacted], obrante en el expediente administrativo -que en línea con la Inspección médica viene a negar la necesidad de realización de otras pruebas diagnósticas-, y que no ha sido ratificado en vía jurisdiccional con intervención de las partes, como aconteció con el perito designado por la parte demandante, quien, como ya se ha dicho, ha comparecido en las actuaciones judiciales y ha

respondido a las aclaraciones que han tenido por conveniente realizar las partes intervinientes.

Todo lo cual pone de relieve que en el caso del presente recurso existe responsabilidad de la Administración, en la medida en que la asistencia sanitaria prestada no puede considerarse la adecuada a las circunstancias del caso, causándose un daño que la parte perjudicada no tiene el deber jurídico de soportar, máxime cuando resulta acreditado que las pruebas cuya realización hubiera podido conducir a un diagnóstico acertado eran sencillas y accesibles.

SEPTIMO.- Sentado lo anterior, a continuación se ha de establecer el quantum indemnizatorio que corresponda a la parte actora por el fallecimiento de D^a Aurea Infante García.

Pues bien, atendida la edad de la paciente en la fecha de los hechos, así como sus circunstancias familiares, y teniendo en cuenta el sistema de valoración del daño contenido en el Anexo de la Ley 30/95, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, a cuyos criterios esta Sala acude de modo analógico y orientativo, se estima procedente conceder, por todos los conceptos y comprendida ya su actualización a la fecha de la sentencia, la cantidad prudencial de 70.000 euros; cantidad que, como se ha dicho, se estima adecuada y ponderada a la totalidad de las circunstancias concurrentes en el presente caso, y ello frente a la suma de 120.000 euros que, sin concreta justificación, se reclama por la parte recurrente, y que, por lo tanto, se considera excesiva.

OCTAVO.- Por lo que se refiere a las costas, a tenor de lo dispuesto en el artículo 139 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, no se estiman méritos para hacer expresa imposición a ninguna de las partes procesales.

FALLO

Que estimando en parte el presente recurso contencioso-administrativo 810/04, interpuesto por la Procuradora D.^a Paloma Solera Lama, en nombre y representación de D.^a

contra la desestimación presunta –posteriormente expresa por Orden del Consejero de Sanidad y Consumo de 16 de diciembre de 2005- de la reclamación que, en concepto de responsabilidad patrimonial, formularon los recurrentes ante a Salud en solicitud de una indemnización por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia del fallecimiento de D.^a . , debemos declarar y declaramos que la resolución impugnada no es conforme a Derecho, y, en consecuencia, la anulamos, condenando Salud a abonar a la parte actora la cantidad de 70.000 euros. Sin costas.

Así, por esta nuestra sentencia, juzgando, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

PALOMA SOLERA LAMA
PROCURADORA DE LOS TRIBUNALES
Año 1. de 2005
10. de 12. de 2005
2005 MADRID.



Administración
de Justicia

R.C.A. N° 810/2004

PUBLICACION: Leída y publicada que ha sido la anterior sentencia en el mismo día de su fecha por la Ilma. Sra. Magistrada D^a Margarita Pazos Pita, Ponente que ha sido para la resolución del presente recurso contencioso administrativo, estando celebrando audiencia pública esta Sección, de lo que , como Secretaria de la misma , doy fe.

