



Tribunal Superior de Justicia de Madrid

Sala de lo Contencioso-Administrativo

Sección Décima

C/ Génova, 10 , Planta 2 - 28004

33009750

NIG: 28.079.00.3-2020/0002428

Procedimiento Ordinario 112/2020 B

Demandante:

PROCURADOR Dña.

Demandado:

LETRADO DE COMUNIDAD AUTÓNOMA

España

PROCURADOR D.

SENTENCIA Nº 971 / 2021

Presidente:

Dña.

Magistrados:

Dña.

D.

Dña.

Dña.

En la Villa de Madrid a dos de diciembre de dos mil veintiuno.

La Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Madrid, ha visto el recurso nº 112/2020 interpuesto por la Procuradora Dña.

nombre y representación de contra la desestimación
presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada contra el SERVICIO
MADRILEÑO DE SALUD, por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria
recibida en el
Madrid.

Siendo parte demandada, el SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD representada
por el LETRADO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA y parte codemandada SOCIETE
HOSPITALIERE D'ASSURANCES MUTUELLES (SHAM), Sucursal en España
representada por el PROCURADOR D.



Madrid



ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Interpuesto el presente recurso y previos los oportunos trámites, se confirió traslado a la parte actora por término de veinte días para formalizar la demanda, lo que verificó por escrito presentado al efecto, en el que tras exponer los hechos y fundamentos de derecho que estimó pertinentes, terminó solicitando que se dictara sentencia estimatoria del recurso.

SEGUNDO.- Formalizada la demanda, se dio traslado de la misma a las partes demandadas para que la contestaran en el plazo legalmente establecido para ello, lo que realizaron mediante el correspondiente escrito, alegando los hechos y fundamentos jurídicos que estimaron pertinentes y solicitando la desestimación del recurso.

TERCERO.- Concluida la tramitación, se señaló para deliberación y fallo del recurso el día uno de diciembre de 2021, fecha en que tuvo lugar.

En la tramitación del proceso se han observado las reglas establecidas por la Ley.

Ha sido Ponente la Ilustrísima Magistrada Dña. quien
expresa el parecer de la Sección.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- Objeto del recurso contencioso-administrativo

Tienen su origen los presentes autos en la impugnación de la Resolución de 2 de diciembre de 2019 dictada por el Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada contra el **SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD**, por los daños y perjuicios derivados de la





asistencia sanitaria recibida por D.

hijo del recurrente, en el

HOSPITAL

reclamando un importe total de 469.077,36 €.

La resolución administrativa, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, con base, en síntesis, en la siguiente fundamentación jurídica:

"(...) TERCERO.- Como primera cuestión, considera el reclamante que en el consentimiento informado de laparotomía exploradora, que firmó con fecha 30 de marzo de 21017, no constaba como riesgo la isquemia mesentérica, por lo que se vio privado de la información necesaria para poder decidir sobre la intervención.

A este respecto conviene recordar al reclamante que en el citado documento de consentimiento, constaba entre 'Vos riesgos poco frecuentes y graves: (..) apertura de la herida, fístulas (...), sangrado o infección intraabdominal. Obstrucción intestinal' Además figura otra anotación en el riesgo relacionado con circunstancias personales o profesionales como es 'Hemorragia lesión víscera hueca':

Refiere el Informe del Servicio de Cirugía y Aparato Digestivo del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda de 20 de abril de 2018 lo siguiente:

«Con respecto al "Consentimiento informado", efectivamente se le entregó al paciente el consentimiento informado denominado laparotomía exploradora" correspondiente al grupo de intervenciones como la que precisaba el paciente. No obstante, dada la multitud de patologías y soluciones quirúrgicas contenidas en este tipo de consentimientos, resulta inviable detallar exhaustivamente la totalidad de la casuística clínica. De este modo, este consentimiento incluye los procedimientos más habituales que exigen una laparotomía exploradora, y reserva un espacio para la inclusión por el equipo médico de las características de las intervenciones más infrecuentes. Dado que el tumor que presentaba el paciente, "era harto infrecuente" se anota, en el espacio reservado a ese efecto en mayúsculas "extirpación tumor retroperitoneal".

En cualquier caso al paciente se le informó de forma exhaustiva verbalmente, hasta en tres ocasiones diferentes, lo que acredita nuestro interés en que comprendiera la trascendencia de la cirugía a la que se debía someter. Desde un punto vista quirúrgico, la posibilidad de



Madrid



la lesión de la arteria mesentérica superior siempre está presente en este tipo de intervención por el hecho de que la tumoración estuviera en contacto con la misma, así como la posibilidad de que fuera inextirpable.

Por otro lado, el hecho de la naturaleza incierta del tumor a pesar de haber agotado todas las pruebas diagnósticas preoperatorias con probable diagnóstico de sarcoma entendemos que hacía inevitable la cirugía, aunque se hubieran pormenorizado los efectos adversos de cualquier cirugía, sobre todo por la edad del paciente. Incluso con un diagnóstico de benignidad pues, aunque así fuera, el hecho de tratarse de una patología expansiva, a largo plazo y dada su localización era posible que fuera incompatible con la vida si no se procedía a su extirpación. De estos extremos se dio información al paciente y familiares.

En la primera ocasión que se informa al paciente y se le entrega el consentimiento informado, se anota en la historia clínica "Informe de riesgos de la extirpación quirúrgica, incluido sangrado o lesión visceral, que entiende y no tiene dudas" (en lesión visceral estaría incluida la lesión intestinal que se produjo en este caso); en la segunda se anota "se reinforma al paciente nuevamente de la intervención quirúrgica" y en la tercera ocasión, una semana antes de la cirugía, se reinforma nuevamente sobre la intervención quirúrgica al paciente que acude acompañado al menos junto a su padre y, en esta ocasión, por el Dr. (...) en presencia del Dr. (...). Esta información pensamos que es franca, extensa e incluso con la confección de un croquis sobre papel de lo que iba a ser la intervención, desconocemos si este papel se le entregó al paciente y aún lo conserva.

Esta información reiterada expresa la preocupación del equipo porque el paciente tuviera conocimiento detallado de su intervención pues el quid de la misma era la situación del tumor sobre la citada arteria mesentérica superior, pues una lesión o complicación sobre esta arteria podría tener consecuencias no deseadas, como desgraciadamente así sucedió y que incluso podrían haber causado la muerte del paciente. Igualmente, para evitar en lo posible las consecuencias de una hipotética lesión de la citada arteria se programó junto al servicio de Cirugía Vascular el acceso vascular preoperatorio que solucionara endoluminalmente un eventual accidente quirúrgico durante la resección del tumor, cosa que afortunadamente no existió. De este procedimiento se informó al paciente adecuadamente y constituyó parte fundamental de esta tercera información que se le dio al propio paciente y familiares."

**Madrid**



Por ello, tanto el paciente y alguno de sus familiares tuvieron conocimiento detallado de su intervención y de sus riesgos, no sólo por la lectura del documento de Consentimiento Informado, sino por la detallada información verbal que recibieron, dando así cumplimiento a lo establecido en el artículo 4 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Alega, asimismo, el reclamante que no se le ha entregado la documentación completa de la historia clínica para conocer el desarrollo y evolución del paciente, achacando al centro hospitalario una ocultación culposa de datos pero sin aportar prueba alguna que acredite tal acusación, limitándose a manifestar que 'alta el protocolo quirúrgico y analíticas de 5 y 7 de junio'

Pues bien, a este respecto en el Informe del Servicio de Cirugía y Aparato Digestivo del Hospital de 20 de abril de 2018 se pone de manifiesto que "se han trasladado los informes disponibles tanto del día 5 al 6 de junio de 2017 mientras estuvo ingresado en la URPA a cargo del servicio de Anestesia, como lo que existe en la historia clínica en las 24 horas siguientes. Obviamente, solo se reseña aquello que se considera fundamental como habitualmente se hace en los comentarios de evolución clínica" y en cuanto al protocolo quirúrgico, refiere que "existe una transcripción literal del mismo en el informe clínico que se entregó al paciente al ser dado de alta y que probablemente no se ha advertido que allí estaba reflejado':

Alega, igualmente, el reclamante que hubo retraso en la práctica de pruebas para el diagnóstico de la isquemia mesentérica, sin aportar tampoco en este caso sustrato probatorio alguno en forma de dictamen pericial.

En contra de lo sostenido por el reclamante, el Informe del Servicio de Cirugía y Aparato Digestivo M citado centro hospitalario ha puesto de manifiesto lo siguiente:

"En cualquier caso, no existió demora alguna entre el diagnóstico y la realización de la intervención quirúrgica. En esos momentos no se toman tiempos pero podemos asegurar que la decisión fue inmediata así como la cirugía existiendo, obviamente, un tiempo mínimo que exige la logística de equipos humanos así como la disponibilidad de quirófanos de urgencia y la preinducción anestésica previa a la cirugía.

**Madrid**



Hemos de decir que los cirujanos que eran los apropiados para realizar la intervención, no estaban de guardia, interrumpieron sus actividades en curso y fueron sustituidos para estar presentes en el quirófano sin esperar a terminar esas actividades".

Añade el Informe que:

"Aunque nunca sabremos cuándo y por qué sucedió la trombosis de la arteria mesentérica superior tras la cirugía inicial, del análisis por el equipo implicado en la atención del paciente resulta: la actuación quirúrgica con mínima contundencia de la arteria mesentérica superior para liberarla del tumor, motivo de la cirugía, que no hacía presagiar una complicación sobre la misma; las manifestaciones clínicas que el paciente refería, en ningún momento hizo sospechar la presencia o existencia de la trombosis de la arteria mesentérica pues no es el cuadro habitual, (...) y la excepcionalidad del cuadro, nunca descrito, cuando no hay actuación quirúrgica invasiva y directa sobre la arteria mesentérica superior, como era este caso. "

En consecuencia, refiere el citado Informe que las actuaciones practicadas "nunca podrían ser consideradas como extemporáneas pues se hicieron en tiempo y forma para salvar la vida al paciente, como afortunadamente así sucedió, tras la presentación de una complicación tan inesperada y a menudo mortal de necesidad"

Al respecto conviene recordar que la medicina supone una obligación de medios únicamente, los cuales fueron adecuadamente prestados y no resulta procedente juzgar la corrección de una actuación médica partiendo de la evolución posterior del paciente, en una llamada "prohibición de regreso", tal y como así ha puesto de manifiesto la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid en su Dictamen 448119, de 30 de octubre de 2019, emitido al efecto:

"Procede recordar que la asistencia sanitaria implica una obligación, de medios y no de resultados, pero atendiendo siempre a las circunstancias y los síntomas que presenta el paciente en el momento en que dicha atención tiene lugar (Sentencia del Tribunal Supremo de 9 de marzo de 2017, recurso 203/2014), sin que sea posible argumentar la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente

**Madrid**



(Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 8 de septiembre de 2016, recurso 131/2014).

El reclamante señala que, cuando el 7 de junio el paciente sufrió fuerte dolor abdominal y se realizó un TAC de urgencia a las 11:48 h, no fue hasta las 13.32 h cuando se decidió la reintervención mediante laparatomía. Cifra el retraso en 1 hora y 50 minutos.

Frente a ello, además de la circunstancia obvia de que ha de esperarse al resultado del TAC y a su examen para la toma de decisiones, es imprescindible la presencia de medios humanos y materiales y el quirófano libre para poder intervenir, por lo que el tiempo de espera de menos de dos horas no parece, prima facie, elevado."

Aduce, por último, el reclamante falta de higiene y medios necesarios para una correcta asistencia hospitalaria por la que tuvo que soportar una segunda recesión intestinal por necrosis del muñón.

En contra de lo sostenido por el reclamante debe ponerse de manifiesto que tal y como resulta de la historia clínica del paciente y se refleja en el Informe del Servicio de Cirugía y Aparato Digestivo del Hospital de 28 de abril de 2018, la segunda resección intestinal en el muñón -cierre de la anterior recesión masiva-, no es consecuencia de ninguna infección, sino de la isquemia intestinal que se presentó teniendo que intervenir de urgencia al paciente. De ahí que en el Informe emitido por el Servicio de Medicina Preventiva de 22 de mayo de 2018 tan solo se deje constancia de que "el hospital dispone de sistemas de vigilancia y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria", ya que no tuvo que atender al paciente.

Al hilo de lo expuesto, el citado Informe del Servicio de Cirugía y Aparato Digestivo puso de manifiesto en relación con la resección intestinal que "es fundamental el ser lo más conservador para evitar en lo posible el denominado síndrome de intestino corto, pues de esos 20 a 30 cm de viabilidad dudosa y que parecía se podían recuperar, dependía en buena manera la calidad de vida que el paciente podría tener si superaba la situación crítica en que se encontraba", no obstante, como quiera que el paciente experimentó un empeoramiento, tuvo que realizarse una segunda resección de intestino, sin que la causa fuera, como ya se ha dicho, ninguna infección sino la propia isquemia intestinal.

**Madrid**



En este sentido se pronuncia igualmente el Informe de la Inspección Médica de 21 de junio de 2018, poniendo de manifiesto que esa segunda resección intestinal en el muñón tuvo como origen la isquemia intestinal:

"(..) el día 7 existe mal estado general, taquicardia e importante dolor en región lumbar en cinturón, abdomen distendido y doloroso por lo que se realizan análisis de urgencia que evidencia Leucocitosis importante, PCR muy elevada y Hb en descenso. En el TAC de urgencia se informa que existe oclusión de AMS que permeabiliza a nivel distal, con neumatosis intestinal, surgiendo la urgencia quirúrgica que revela la existencia de isquemia intestinal teniendo que hacer resección masiva dejando 30 cm de intestino de dudosa viabilidad.

Existe una recuperación parcial de la perfusión por lo que se decide conducta expectante, (día 8) realizando ileostomía de descarga y esperar evolución constando los datos de la vigilancia.

El día 8 a las 20:08, se avisa a Anestesia por mal estado general con inestabilidad hemodinámica. Abdomen bloqueado, estoma congestivo, edematoso, regular aspecto, por lo que se realiza laparotomía exploradora encontrando isquemia intestinal de los 30 cm de la yeyunostomía previa, por lo que se reseca y se vuelve a hacer la yeyunostomía nueva."

Por tanto, tal y como concluye la Inspección Médica en su Informe de 21 de junio de 2018, la asistencia sanitaria dispensada al paciente fue conforme a la lex artis, habiéndose utilizado todos los medios diagnósticos y terapéuticos disponibles en relación con la patología que presentaba y la evolución de su proceso.(...)"

SEGUNDO.- Alegaciones de las partes

La parte actora solicita la anulación de la resolución impugnada por estimar que la misma no es conforme a Derecho, fundamentando su reclamación en que la asistencia prestada al hijo del recurrente, D. _____ en el Hospital

_____ no ha sido adecuada y como resultado de una mala praxis de los servicios sanitarios se le ha ocasionado un daño patrimonial imputable a la





Administración. Alega en su escrito de demanda, en síntesis, la existencia de mala praxis en la realización de la cirugía de exéresis de tumor retroperitoneal practicada el 5 de junio de 2017, alegando que se realizó con una técnica incorrecta, al romperse vasos relacionados con la mesentérica y no reanudarse el riego sanguíneo de forma adecuada. Sostiene igualmente que existió un retraso diagnóstico y de tratamiento que permitió el avance de la isquemia, con graves e irreversibles secuelas para el paciente pues no fue hasta las 11:48 horas del día siguiente a la intervención cuando, por fin, se decidió la práctica de un TAC abdominal, pese a que los síntomas venían del postoperatorio inmediato. Que la prueba mostró una “amputación de la arteria mesentérica superior a aproximadamente 1 cm de su origen”, además de un “pequeño hematoma en lecho quirúrgico con ausencia de repleción de arteria mesentérica superior sugestivo de trombosis” y “hallazgos compatibles con isquemia mesentérica con extensa afectación de asas intestinales y del colon derecho”, afirmando que la cirugía ha tenido que realizarse de forma incorrecta para llegar a la amputación de una arteria, provocar un hematoma y la trombosis, aunque lo que sucedió ha quedado oculto al no haberse facilitado el protocolo original de la intervención. En definitiva, considera que el paciente presentó indicios de complicación postquirúrgica desde el postoperatorio inmediato y que se fueron agravando con el paso de las horas, a pesar de lo cual no se llevó a cabo un TAC diagnóstico hasta 48h después de la cirugía, y que además, una vez conocidos los graves hallazgos del TAC, transcurrieron casi dos horas hasta que el paciente fue reintervenido mediante laparotomía exploradora, siendo esta demora diagnóstica y asistencial determinante para las gravísimas e irreversibles secuelas que sufre el paciente. Añade que a pesar de la mala evolución del paciente tras la relaparotomía, no se llevó a cabo una nueva exploración quirúrgica hasta transcurridas casi 10 horas de iniciada la sintomatología. Asimismo, denuncia que no se ha entregado la documentación completa de la historia clínica para conocer el desarrollo y evolución del paciente. Alude que la pérdida o extravío de documentación clínica es esencial para conocer qué se hizo exactamente durante la intervención, de manera que la falta de disposición de la misma le provoca indefensión y vulneración del artículo 24 de la Constitución Española al privársele de la posibilidad de probar y defender la hipótesis de incorrecta técnica en la intervención en la que se rompieron vasos y no se reanudó el riego sanguíneo. Al efecto, señala que cuando se solicitó la historia clínica completa del paciente, por parte del Centro Hospitalario se omitió cierta información de relevancia para el caso, entre ella el protocolo quirúrgico de la cirugía practicada el 05-06-2017, las Hojas de evolución postoperatoria —entre los días 05-06-2017 y





07-06-2017, desde la extirpación del tumor hasta la realización del TAC el día 07-06-2017 en el que por primera vez se observan graves indicios de isquemia y se procede a la práctica de la primera laparotomía exploradora— y las analíticas practicadas al paciente entre los días 05-06-2017 y 07-06-2017, entre otros. Finalmente invoca la invalidez del consentimiento prestado por a la intervención de exéresis de tumor realizada el 5 de junio de 2017, por no contemplar la posibilidad de sufrir una isquemia, ni de sus posibles alternativas, privando al paciente de su autonomía de la voluntad a la hora de decidir si someterse o no a la cirugía, asumiendo, o no, el riesgo de sufrir graves e irreversibles secuelas. Añade que no es cierto que al paciente o su familia se le informara de que la existencia del tumor era incompatible con la vida y que la única alternativa era extirparlo, pero que, en cualquier caso, hubiera o no alternativa terapéutica a la exéresis del tumor, era el paciente quien tenía la última palabra, ya que siempre existe la opción de un tratamiento conservador o actitud expectante, de lo cual también se le debería haber informado.

En cuanto a las sumas objeto de reclamación, aplica la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, por la que se da publicidad a las cuantías de las indemnizaciones básicas por lesiones permanentes en accidente de tráfico, solicitando ser indemnizado, según el tenor literal de su demanda, por los siguientes conceptos:

“1. PERJUICIO PERSONAL BÁSICO (T.2.A.1 y 2.A.2)

- Trastorno arterial de origen postraumático TIPO IV (30 puntos).....46.242,16 €
- Yeyuno-ilectomía con trastorno funcional (40 puntos)71.911,60 €
- Perjuicio Estético Importante (40 puntos)..... 71.911,60 €

TOTAL PERJUICIO POR SECUELAS: 190.065,36 €

PERJUICIO PERSONAL PARTICULAR (T.2.B)

- Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida ocasionada por las secuelas

(Muy grave) 100.000 €

TOTAL PERJUICIO PERSONAL: 100.000 €

PERJUICIO PATRIMONIAL (T.2.C)





- Gastos previsibles de asistencia sanitaria futura (4000 € x 23,52).....94.080 €

(T.2.C.1)

- Incapacidad para cualquier trabajo o actividad profesional (Absoluta)62.128 €

(T.2.C.4)

TOTAL PERJUICIO PATRIMONIAL: 156.208 €

INDEMNIZACIONES POR LESIONES TEMPORALES (T.3.B)

Perjuicio personal particular por pérdida temporal de calidad de vida:

- Muy grave (23 x 100)2.300 €

- Grave (96 x 75)7.200 €

- Moderado (102 x 52).....5.304 €

- Intervenciones quirúrgicas adicionales (5 x 1600).....8.000 €

TOTAL INDEMNIZACIÓN POR LESIONES TEMPORALES: 22.804 €

TOTAL CUANTUM INDEMNIZATORIO: CUATROCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL SETENTA Y SIETE EUROS CON TREINTA Y SEIS CÉNTIMOS

(469.077,36 €)."

Termina suplicando, según su tenor literal, se dicte "Sentencia por la que se declare la responsabilidad de la demandada por los daños provocados y, consecuentemente, se le condene a indemnizar a mi representado en la cantidad de CUATROCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL SETENTA Y SIETE EUROS CON TREINTA Y SEIS CÉNTIMOS (469.077,36 €), más intereses, por los daños y perjuicios sufridos, todo ello con expresa imposición de costas a la demandada."

La Comunidad de Madrid, por su parte, se opone a la estimación del recurso contencioso-administrativo deducido de contrario, alegando la inadmisibilidad parcial del recurso contencioso-administrativo por desviación procesal en relación con la pretensión de





.- El 07/02/2017, en ecografía abdominal se visualiza una lesión nodular, sólida, próxima a los vasos mesentéricos superiores, de unos 3-4cm, sin clara dependencia de órganos específicos. Se realiza una TAC que lo confirma. Las hormonas en orina y la gammagrafía descartan se trate de un feocromocitoma. Los probables diagnósticos que se barajan son el paraganglioma, o un leiomioma, por lo que se propone intervención quirúrgica con intención de resección completa si es posible. Se completa estudio con una TAC de tórax normal y una resonancia abdominal y hepática, más un PET-TAC, sin conseguir más información, salvo que se halla en relación con la arteria mesentérica superior (AMS) a la que rodea en más de un 50% sin ocluirla.

Se cita al enfermo en consulta y el 30 de mayo de 2017 firma el consentimiento informado para laparotomía exploradora.

El caso es presentado al Comité de Tumores, y el paciente acepta la intervención.

.- Es operado el 05/06/2017 conjuntamente con Cirugía Vascular. La AMS es tutorizada mediante una guía introducida por la arteria femoral derecha que se mantiene toda la operación. La tumoración rodea la arteria en un 270%, pero se consigue su extracción sin incidencias. La arteriografía realizada al final así lo muestra. A la URPA llega a las 14:52, taquicárdico e hipertenso. Requiere pauta analgésica.

.- El 06/06/2017 a las 08:10, alta de URPA, estable, con buena evolución y abdomen no doloroso. Constantes normales. A las 10:07, sigue bien, inicia tolerancia que se suspende por descontrol del enfermo. A las 17:15 las constantes son 37°C temperatura-tensiones 160 y 102nun Hg- 98ppm de frecuencia cardiaca, dolor 6 en la escala de EVA, severo. Saturación 91%. A las 17:30 se anota saturación de 96% y sin dolor. A las 17:33 registro de vías y catéteres. Llega a planta, a las 17:52 sin novedad anotado por la auxiliar y la enfermera. Por último a las 20:00 presenta una crisis de ansiedad que se comunica al facultativo de guardia que pauta un ansiolítico.

.- El 07/06/2017 a las 00:58, temperatura 36°C, tensiones 140 y 102 mm Hg, 134ppm de frecuencia cardiaca y dolor 9 (escala de EVA) insoportable, saturación 92%. A las 03:37, la enfermera registra dolor importante de espalda y ansiedad, 130ppm de frecuencia cardiaca, abdomen distendido. Se avisa al médico de guardia quien lo valora y pauta analgesia que es parcialmente efectiva. A las 04:50, comienza con desasosiego, dolor que no cede, taquicardia

**Madrid**



de 140 ppm, afebril. Avisado médico de guardia, se le pide una analítica (a las 05:00) que muestra leucocitosis, niveles elevados de PCR, hemoglobina en descenso, y coagulopatía. A las 10:00, sigue taquicárdico, con tensiones mantenidas y dolor severo. A las 11:45, mal estado general, mal control del dolor, taquicardia. Abdomen doloroso y distendido. Nueva analítica y gasometría. TAC urgente que es informado de oclusión por trombosis de la AMS con repermialización a nivel distal, neumatosis intestinal y ausencia de realce. Se decide reintervención urgente, se avisa a Vascular y se anticoagula al paciente. El inicio de la anestesia es a las 11.55, la salida de quirófano se produce a las 14:06, habiendo durado la cirugía hora y media.

Es intervenido, encontrando una isquemia masiva del intestino por trombosis de la AMS. Se reseca todo el intestino afectado hasta ciego, conservando 20-30cm proximales de dudosa viabilidad. Previamente, Vascular realiza la extracción del trombo por arteriotomía, lavado y heparinización. A las 20:00 se realiza "second look" observando discreta mejoría y dejando la yeyunostomía en fosa iliaca derecha. Anestesia a las 21:49 escribe la evolución. Pasa a UCI a las 23:00h.

.- El 08/06/2017, a las 20:08, el enfermo está en situación crítica, tensiones bajas, inestabilidad hemodinámica, mal estado general, drogas vasoactivas en ascenso, y estoma congestivo.

.- Se decide reintervención, 09/06/17 a las 00:49, resecando los 20-30cm que se habían intentado conservar, solo restan unos 15cm desde el Treitz. Nueva yeyunostomía terminal en flanco izquierdo.

.- El 09/06/2017, a las 14:07, el enfermo sigue en situación crítica, con insuficiencia respiratoria aguda y neumonía derecha, shock séptico, fracaso renal agudo que requiere TCRR (técnica continua de reemplazo renal), en definitiva fallo multiorgánico. Reunidos en sesión clínica, y habiendo hablado con la familia se decide continuar con medidas de soporte.

.- Tras cuatro días críticos el 13/06/2017, empieza a mejorar excepto por ácido láctico elevado.





.- Sigue mejorando, se halla con NPT, y se intenta desintubar, se hace traqueostomía (20/06/17), e inicia rehabilitación.

.- El 30/06/2017, previo TAC sin hallazgos que reseñar, tras 22 días en UCI es dado de alta. La anatomía patológica del tumor es la de un schwannoma, de carácter benigno.

.- El 10/07/2017, se traslada al hospital para valorar trasplante intestinal, que desestima cuando se le informa de la elevada morbilidad.

Presenta problemas de control del dolor que se tratan con parches de fentanilo y, tiene débitos altos por la yeyunostomía, que además se obstruye con frecuencia.

Es evaluado y tratado por varios Servicios, Medicina Interna, Endocrino que controla la NPT y lo prepara para seguir en domicilio, Rehabilitación por su neuropatía axonal de miembros inferiores, Nefrología, Unidad del dolor y Anestesia e Intensivos, que emiten los correspondientes informes. Medicina Preventiva aporta todos sus protocolos de actuación en un ámbito hospitalario.

.- Es dado de alta el 31/08/2017 con informe completo y detallado.

Hematología concluye que la trombofilia se debe a una elevación leve del factor VIII que puede aumentar el riesgo trombótico, y que se potenciaría con la aparición de otros factores protrombóticos si los hubiere.

.- El 06/09/2017 ingresa por urgencias en Medicina Interna, por infección del catéter central, que se cambia por un Hickman y se va de alta el 15/09/2017.

.- El 06/10/2017, un mes después, ingresa de nuevo por pancreatitis con coledocolitiasis y coledocolitiasis. El alta se produce el 20/10/2017.

.- El 20/12/2017, dos meses después, ingreso programado para realización de CPRE (colangiopancreatografía endoscópica), y papilotomía endoscópica para eliminar los cálculos del colédoco.

**Madrid**



El 27/02/18 ingreso programado para intervención de colecistectomía y reconstrucción del tránsito, eliminando así la yeyunostomía y sus secuelas.

.- Mediante escrito presentado en el Registro del Servicio Madrileño de Salud con fecha 1 de abril de 2018, D. , en nombre y representación de su hijo D.

formuló reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia de la intervención de un tumor retroperitoneal en el Hospital

.- Por Resolución de 2 de diciembre de 2019 dictada por el Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada, que es objeto del presente recurso contencioso administrativo.

CUARTO.- Sobre el régimen jurídico y jurisprudencia en materia de responsabilidad patrimonial

Resulta conveniente hacer una mención al régimen jurídico y jurisprudencia aplicable en materia de responsabilidad patrimonial y en este sentido, con carácter general debemos recordar que el artículo 106.2 de la Constitución Española reconoce el derecho de los ciudadanos a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo los casos de fuerza mayor, y que sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos.

.- La responsabilidad patrimonial de la Administración Pública.

En concordancia con la norma constitucional el artículo 139 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común disponía : "Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de 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 normal o anormal de los servicios públicos. En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con





relación a una persona o grupo de personas".

Diremos también que el artículo 32.1 y 2 y el artículo 34 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, actualmente vigente y aplicable al caso de autos atendida la fecha de la prestación sanitaria, disponen:

"Artículo 32. Principios de la responsabilidad.

1. Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley.

.../...

2. En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas".

"Artículo 34. Indemnización.

1. Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos.

.../...

2. La indemnización se calculará con arreglo a los criterios de valoración establecidos en la legislación fiscal, de expropiación forzosa y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado. En los casos de





muerte o lesiones corporales se podrá tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de Seguros obligatorios y de la Seguridad Social.

3. La cuantía de la indemnización se calculará con referencia al día en que la lesión efectivamente se produjo, sin perjuicio de su actualización a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad con arreglo al Índice de Garantía de la Competitividad, fijado por el Instituto Nacional de Estadística, y de los intereses que procedan por demora en el pago de la indemnización fijada, los cuales se exigirán con arreglo a lo establecido en la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria, o, en su caso, a las normas presupuestarias de las Comunidades Autónomas.

4. La indemnización procedente podrá sustituirse por una compensación en especie o ser abonada mediante pagos periódicos, cuando resulte más adecuado para lograr la reparación debida y convenga al interés público, siempre que exista acuerdo con el interesado".

La doctrina jurisprudencial en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración recogida, entre otras, en las sentencias del Tribunal Supremo de 5 de noviembre de 2012 y de 29 de julio de 2013, exige para que la misma se produzca que concurran los siguientes requisitos:

1º.- Un hecho imputable a la Administración, bastando con acreditar que el daño se ha producido en el desarrollo de una actividad cuya titularidad corresponde a un ente público.

2º.- Un daño antijurídico producido, en cuanto detrimento patrimonial injustificado, o lo que es igual, que el que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportar.

El daño o perjuicio patrimonial ha de ser real, no basado en meras esperanzas o conjeturas, evaluable económicamente, efectivo e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

**Madrid**



La Sentencia del Tribunal Supremo, de 15 de marzo de 2011, con cita de la de 1 de julio de 2009, declara que " no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa". Y añade que, conforme a la sentencia del Tribunal Supremo de 25 de septiembre de 2007, "la viabilidad de la responsabilidad patrimonial de la Administración exige la antijuridicidad del resultado o lesión siempre que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido". Finalmente, insiste en que "es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado o la de un tercero la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo , 23 de mayo , 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995 , 25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996 , 16 de noviembre de 1998 , 20 de febrero , 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)".

3º.- Relación de causalidad entre el hecho que se imputa a la Administración y el daño producido.

Se ha de señalar que el concepto de relación causal se reduce a fijar qué hecho o condición puede ser considerado como relevante por sí mismo para producir el resultado final, como presupuesto o "conditio sine qua non" , esto es, como acto o hecho sin el cual es inconcebible que otro hecho o evento se considere consecuencia o efecto del anterior, aunque es necesario además que resulte normalmente idóneo para determinar aquel evento o resultado teniendo en consideración todas las circunstancias del caso, hasta alcanzar la categoría de causa adecuada, eficiente y verdadera del daño (sentencias del Tribunal Supremo de 26 de septiembre de 1998 y de 16 de febrero de 1999 , entre otras).

4º.- Ausencia de fuerza mayor, como causa extraña a la organización y distinta del caso fortuito, supuesto este que sí impone la obligación de indemnizar.

5º.- Que el derecho a reclamar no haya prescrito, lo que acontece al año de





producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo, si bien, en caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, dicho plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

También es doctrina jurisprudencial consolidada la que entiende que esa responsabilidad patrimonial es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, aunque es imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, dado que no es posible constituir a la Administración en aseguradora universal (sentencias del Tribunal Supremo de 21 de julio de 2011 y 14 de noviembre de 2011 , entre otras).

.- La responsabilidad patrimonial de la Administración Pública en la prestación de los servicios sanitarios.

Más específicamente, en el ámbito de la prestación de los servicios sanitarios, la jurisprudencia ha establecido una serie de criterios que sirven para diferenciar aquellos casos en los que surge el deber de indemnizar por parte de la Administración y aquellos otros en los que, aun existiendo un daño, no existe esa obligación.

A tal efecto, podemos recordar la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 según la cual, "la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes 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, una curación".

Igualmente las Sentencias del Tribunal Supremo de 15 de enero y 1 de febrero de 2008, con cita de otras anteriores como las de 7 y 20 de marzo, 12 de julio y 10 de octubre de 2007, dicen que "a la Administración no le es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente", insistiendo la Sentencia de 11 de julio de 2007 en que "a la Administración sanitaria pública no cabe exigirle otra prestación que la de los medios disponibles por la ciencia médica en el momento histórico en que se produce su actuación, lo que impide un reconocimiento tan amplio de la responsabilidad objetiva que conduzca a la obtención de una indemnización aun en el supuesto de que se hubiera actuado con una correcta praxis médica por el hecho de no obtener curación, puesto que lo contrario sería tanto como admitir una especie de consideración de la Administración como una aseguradora de todo resultado sanitario contrarios a la salud del actor, cualquiera que sea la posibilidad de curación admitida por la ciencia médica cuando se produce la actuación sanitaria.

Por el contrario, y partiendo de que lo que cabe exigir de la Administración sanitaria es una correcta aportación de los medios puestos a disposición de la ciencia en el momento en que se produce la prestación de la asistencia sanitaria pública, es lo cierto que no existiendo una mala praxis médica no existe responsabilidad de la Administración y, en definitiva, el paciente o sus familiares están obligados a sufrir las consecuencias de dicha actuación al carecer la misma del carácter antijurídico, que, conforme a lo dispuesto en el artículo 139.3 de la Ley 30/92, es exigible como requisito imprescindible para el reconocimiento de responsabilidad de la Administración".

Más recientemente, los principios que rigen la responsabilidad patrimonial de la Administración en el ámbito sanitario, se recogen, entre otras muchas, en la sentencia del Tribunal Supremo de 19 de mayo de 2015 de la que podemos destacar el siguiente tenor:

**Madrid**



"En relación con la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, ha señalado este Tribunal con reiteración (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012, dictada en el recurso de casación núm. 4229/2011 , y 4 de julio de 2013, recaída en el recurso de casación núm. 2187/2010) que " no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de 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", por lo que "si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis , no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido" ya que " la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados ".

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la lex artis y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, hemos señalado (sentencias de 2 de enero de 2012, recaída en el recurso de casación núm. 3156/2010 , y de 27 de abril de 2015, recurso de casación núm. 2114/2013) que, en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales " puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido ", cabe entender conculcada la lex artis , pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal".

.- La doctrina de la "pérdida de oportunidad"

Es conveniente también citar la doctrina de la "pérdida de oportunidad" declarada, entre muchas otras, en las sentencias del Tribunal Supremo de 2 de enero y de 3 de





diciembre de 2012, en las que, remitiéndose a la de 27 de septiembre de 2011 que, a su vez, se refería a otras anteriores, se recuerda que aquélla definía la doctrina citada en los siguientes términos:

<< Como hemos dicho en la Sentencia de 24 de noviembre de 2009:

"La doctrina de la pérdida de oportunidad ha sido acogida en la jurisprudencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo, así en las sentencias de 13 de julio y 7 de septiembre de 2005, como en las recientes de 4 y 12 de julio de 2007, configurándose como una figura alternativa a la quiebra de la lex artis que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico consecuencia del funcionamiento del servicio. Sin embargo, en estos casos, el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera. En la pérdida de oportunidad hay, así pues, una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja en cierto modo al daño moral y que es el concepto indemnizable. En definitiva, es posible afirmar que la actuación médica privó al paciente de determinadas expectativas de curación, que deben ser indemnizadas, pero reduciendo el montante de la indemnización en razón de la probabilidad de que el daño se hubiera producido, igualmente, de haberse actuado diligentemente". (FD 7º)>> .

Con cita de las sentencias del Tribunal Supremo de 19 de octubre de 2011 y de 22 de mayo de 2012, la dictada en fecha de 20 de marzo de 2018 insiste en la doctrina de la pérdida de la oportunidad desde la óptica de la incertidumbre "acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o mejorado el deficiente estado de salud del paciente, con la consecuente entrada en juego a la hora de valorar el daño así causado de dos elementos o sumandos de difícil concreción, como son el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido el efecto beneficioso, y el grado, entidad o alcance de éste mismo".

En similar sentido, la sentencia del Tribunal Supremo de 18 de julio de 2016 reitera





que la doctrina de la pérdida de la oportunidad "exige que concurra un supuesto estricto de incertidumbre causal, esto es una probabilidad causal seria, no desdeñable, de que un comportamiento distinto en la actuación sanitaria no solo era exigible, sino que podría haber determinado, razonablemente, un desenlace distinto".

La sentencia del Tribunal Supremo de 7 de julio de 2008 se refería a la doctrina de la pérdida de la oportunidad por retraso en dispensar al paciente, en las mejores condiciones posibles, el tratamiento que necesitaba, lo que le privó de la probabilidad de obtener un resultado distinto y más favorable para su salud; en ella se declaraba que "(...) esta privación de expectativas, denominada en nuestra jurisprudencia doctrina de la " pérdida de oportunidad " [sentencias de 7 de septiembre de 2005 (casación 1304/01, FJ2 °) y 26 de junio de 2008 , ya citada, FJ6°], constituye, como decimos, un daño antijurídico, puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación), los ciudadanos deben contar, frente a sus servicios públicos de la salud, con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las administraciones sanitarias; tienen derecho a que, como dice la doctrina francesa, no se produzca una "falta de servicio".

En la de 12 de julio de 2007, tras declarar el Tribunal Supremo que hubo un error de diagnóstico producido por evidente mala praxis, al no haberse valorado adecuadamente al paciente en función de los síntomas y signos que presentaba, se añade que " Al no diagnosticarse en forma, por esa mala praxis médica, la crisis que sufría el marido de la recurrente, remitiéndole a su domicilio sin un tratamiento adecuado, con independencia de cuáles hubiesen sido los resultados finales de ese tratamiento, se le generó la pérdida de la oportunidad de recibir una terapia acorde a su verdadera dolencia y por tanto se ocasionó un daño indemnizable, que no es el fallecimiento que finalmente se produjo y respecto al cual es imposible médicamente saber, como dice el informe de la médico forense, si hubiese podido evitarse, sino esa pérdida de la oportunidad de recibir el tratamiento médico adecuado".

En la sentencia del Tribunal Supremo de 12 de marzo de 2007 se entiende que, en estos casos, es a la Administración a la que incumbe probar que, en su caso y con independencia del tratamiento seguido, se hubiese producido el daño finalmente ocasionado





por ser de todo punto inevitable. En el mismo sentido, la sentencia del Tribunal Supremo de 7 de julio de 2008 insistió en que "acreditado que un tratamiento no se ha manejado de forma idónea o, que lo ha sido con retraso, no puede exigirse al perjudicado la prueba de que, de actuarse correctamente, no se habría llegado al desenlace que motiva su reclamación. Con tal forma de razonar se desconocen las especialidades de la responsabilidad pública médica y se traslada al afectado la carga de un hecho de demostración imposible... Probada la irregularidad, corresponde a la Administración justificar que, en realidad, actuó como le era exigible. Así lo demanda el principio de la "facilidad de la prueba", aplicado por esta Sala en el ámbito de la responsabilidad de los servicios sanitarios de las administraciones públicas".

.- El consentimiento informado

Al hilo de lo anterior, hemos de hacer igualmente referencia al consentimiento informado, habida cuenta su relevancia en el campo de la responsabilidad patrimonial de la Administración en materia sanitaria. Y a tal efecto, el consentimiento se define como el acto unilateral del paciente o, en su caso, de sus familiares o allegados, a través del cual manifiestan su voluntad de someterse a un determinado tratamiento clínico o quirúrgico.

Descendiendo a su régimen jurídico, la regulación del derecho al consentimiento informado se contiene en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

En el terreno en el que nos encontramos, hemos de destacar el art. 8 del referido Texto Legal que dispone que:

“1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.

2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.





3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.

4. Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.

5. El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.”

Por su parte, el artículo 10.1 de la Ley 41/2002 que regula las condiciones de la información y consentimiento por escrito, señala que:

“1. El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:

- a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.
- b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
- c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
- d) Las contraindicaciones.

2. El médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente.”

Desde el punto de vista jurisprudencial, nuestro Tribunal Supremo (Sala Tercera) recoge la doctrina sobre esta cuestión, entre otras, en la sentencia de 26 de mayo de 2015, recurso nº 2548/2013, según la cual:

“Como se sigue de los artículos 3, 4 y 8 de la Ley 41/2002, de 14 de





noviembre , reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en la definición del consentimiento informado se comprende "la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud", consentimiento que ha de ser escrito en los casos de intervenciones quirúrgicas y bien entendido que la información que ha de proporcionarse al paciente ha de consistir en " la finalidad y naturaleza de la intervención, sus riesgos y sus consecuencias".

De esta manera, para que el consentimiento produzca el efecto de eximir a la Administración de responsabilidad cualquiera que fuera la forma de manifestarse, es necesario que sea válido y que el hecho determinante del daño esté dentro del objeto del consentimiento. Según la jurisprudencia, entre otros aspectos, toda persona tiene derecho a que se le dé en términos comprensibles a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y medidas de tratamiento. Asimismo, tiene derecho a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso. También tiene derecho a que quede constancia por escrito de todo su proceso.

En el ámbito sanitario es de suma importancia la elaboración de formularios específicos, puesto que sólo mediante un protocolo amplio y comprensivo de las distintas posibilidades y alternativas, seguido con especial cuidado, puede garantizarse la finalidad pretendida por la Ley. El contenido concreto de la información transmitida al paciente para obtener su consentimiento puede condicionar la elección o el rechazo a una terapia por razón de sus riesgos.

Por lo demás, la jurisprudencia también ha puesto de relieve que el defecto del consentimiento informado se considera como incumplimiento de la "lex artis" y revela una manifestación de funcionamiento anormal del servicio sanitario, aunque obviamente se requiere que se haya ocasionado un resultado lesivo como consecuencia de actuaciones médicas realizadas sin tal consentimiento informado. Esta exigencia de consentimiento informado se extiende también a los tratamientos alternativos que pueden darse al margen de la intervención que se practique, exigiéndose que el paciente dé su consentimiento a la





realización de éstos, una vez que haya sido debidamente informado de las posibilidades alternativas que hubiere al tratamiento quirúrgico.

En estos supuestos el principio general de la carga de la prueba sufre una excepción en los casos en que se trata de hechos que prácticamente pueden ser probados por la Administración, que debe demostrar que el paciente ha sido informado de los riesgos reales de la operación y los resultados lesivos verdaderamente previsibles.

Sobre la falta o ausencia del consentimiento informado, nuestro Alto Tribunal ha tenido ocasión de recordar con reiteración que "tal vulneración del derecho a un consentimiento informado constituye en sí misma o por sí sola una infracción de la lex artis ad hoc, que lesiona su derecho de autodeterminación al impedirle elegir con conocimiento, y de acuerdo con sus propios intereses y preferencias, entre las diversas opciones vitales que se le presentan". De esta forma, " causa, pues, un daño moral , cuya indemnización no depende de que el acto médico en sí mismo se acomodara o dejara de acomodarse a la praxis médica, sino de la relación causal existente entre ese acto y el resultado dañoso o perjudicial que aqueja al paciente; o, dicho en otras palabras, que el incumplimiento de aquellos deberes de información solo deviene irrelevante y no da por tanto derecho a indemnización cuando ese resultado dañoso o perjudicial no tiene su causa en el acto médico o asistencia sanitaria (sentencias de 2 octubre 2012, recurso de casación núm. 3925/2011 ó de 20 de noviembre de 2012, recurso de casación núm. 4598/2011, con cita en ambos casos de numerosos pronunciamientos anteriores) ".

En principio la jurisprudencia entiende que la falta de consentimiento no da lugar automáticamente a responsabilidad patrimonial, porque para que así sea, resulta necesario la producción de un resultado dañoso. Cuando se produce, se causa un daño moral cuya indemnización no depende de que el acto médico en sí mismo se haya acomodado o dejara de acomodarse a la praxis médica, sino de la relación causal existente entre este acto y el resultado dañoso o perjudicial que aqueja al paciente. El incumplimiento de los deberes de información sólo deviene irrelevante y no da por tanto derecho a indemnización cuando el resultado dañoso o perjudicial no tiene su causa en el acto médico o asistencia sanitaria (STS de 2 de enero de 2012).

En consecuencia, si se cumple el anterior requisito deben indemnizarse los daños





ocasionados por haberse producido el riesgo no previsto. En estos casos, la cuantificación de la indemnización se debe fijar en función de la potencialidad o probabilidad de que el paciente, de haber conocido el riesgo, no se hubiera sometido al tratamiento, debiendo tener en cuenta también otros factores como el estado previo del paciente, el pronóstico y la gravedad del proceso patológico, las alteraciones terapéuticas existentes, la necesidad de la actuación médica y su carácter preferente o no.

QUINTO.- Régimen de la valoración de la prueba

Igualmente, hemos de recordar la importancia que en esta materia tiene lo dispuesto en las leyes procesales respecto a la carga de la prueba, y así, conforme a lo dispuesto en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, corresponde al demandante "la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda, según las normas jurídicas a ellos aplicables, el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda ", y corresponde al demandado " la carga de probar los hechos que, conforme a las normas que les sean aplicables, impidan, extingan o enerven la eficacia jurídica de los hechos a que se refiere el apartado anterior ". Las precitadas reglas generales se matizan en el apartado 7 del precepto citado, en el sentido de que se " deberá tener presente la disponibilidad y facilidad probatoria que corresponde a cada una de las partes del litigio".

La Jurisprudencia (STS de 7 de septiembre y 18 de octubre de 2005 , de 9 de diciembre de 2008 , de 30 de septiembre , 22 de octubre , 24 de noviembre , y 18 y 23 de diciembre de 2009 , y las que en ellas se citan) han precisado el alcance de las anteriores normas sobre la carga probatoria en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria a la luz del principio de facilidad probatoria, en el sentido de que compete al recurrente la prueba del daño antijurídico y del nexo o relación de causalidad entre éste y el acto de asistencia médica, de forma que, no habiéndose producido esa prueba no existe responsabilidad administrativa, si bien tales exigencias deben moderarse, en aplicación del principio de facilidad de la prueba, tomando en consideración las dificultades que en cada caso concreto haya encontrado el recurrente para cumplir con la carga probatoria que le incumbe debido a que la Administración es la parte que dispone del expediente administrativo.





Pero una vez acreditado por el demandante el daño antijurídico y el nexo causal entre éste y la actuación sanitaria, corresponde a la Administración la prueba de que ajustó su actuación a las exigencias de la "lex artis", por la mayor dificultad del reclamante de acreditar que la Administración sanitaria no ha actuado conforme a las exigencias de una recta praxis médica, si bien no faltan sentencias en las que, sin excluir el principio de facilidad probatoria, se indica que la prueba de un mal uso de la "lex artis" corre a cargo de quien reclama, aunque en ellas se considera la prueba de presunciones como un medio idóneo de justificación de este mal uso, en concreto, cuando el daño sufrido por el paciente resulta desproporcionado y desmedido con el mal que padecía y que provocó la intervención médica, en cuyo caso cabrá presumir que ha mediado una indebida aplicación de la "lex artis" (STS de 17 de mayo de 2002 y 26 de marzo de 2004).

De esta manera previamente incumbe a la parte actora acreditar la antijuricidad del daño, y ello lleva implícita la prueba de que la prestación sanitaria no se acomodó al estado de la ciencia o que, atendidas las circunstancias del caso, los Servicios Públicos Sanitarios no adoptaron los medios a su alcance.

De otra parte, es claro que, si la Administración invocara la existencia de fuerza mayor o, en general, la ruptura del nexo causal como causa de exoneración de su responsabilidad, es ella la que debe acreditar el hecho, para que tal causa de exoneración resulte operativa.

Y, finalmente, como es sabido, por haber sido reiterado en numerosas sentencias que se han dictado acerca de cuestiones relativas a la responsabilidad patrimonial sanitaria, resulta necesario acudir a los informes técnicos que suministran al Tribunal los conocimientos necesarios, de carácter técnico-médico, para resolver las cuestiones debatidas. Y, también es sabido que las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que





informe al Tribunal sobre los extremos solicitados. En estos casos, los órganos judiciales vienen obligados a decidir con tales medios de prueba empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica con el fin de zanjar el conflicto planteado.

En estos casos es procedente un análisis crítico de los mismos, dándose preponderancia a aquellos informes valorativos de la praxis médica que, describiendo correctamente los hechos, los datos y fuentes de la información, están revestidos de mayor imparcialidad, objetividad e independencia y cuyas afirmaciones o conclusiones vengan dotadas de una mayor explicación racional y coherencia interna, asumiendo parámetros de calidad asentados por la comunidad científica, con referencia a protocolos que sean de aplicación al caso y estadísticas médicas relacionadas con el mismo. También se acostumbra a dar preferencia a aquellos dictámenes emitidos por facultativos especialistas en la materia, o bien con mayor experiencia práctica en la misma. Y en determinados asuntos, a aquéllos elaborados por funcionarios públicos u organismos oficiales en el ejercicio de su cargo y a los emitidos por sociedades científicas que gozan de prestigio en la materia sobre la que versa el dictamen.

No obstante debemos de realizar también una consideración respecto a los informes elaborados por la Inspección Sanitaria; informes que contienen también una opinión de carácter técnico, obtenida extraprocesalmente, por lo que sus consideraciones deben ser ponderadas como un elemento de juicio más en la valoración conjunta de la prueba, debiéndose significar que los informes de los Inspectores Médicos son realizados por personal al servicio de las Administraciones Públicas, que en el ejercicio de su función actúan de acuerdo a los principios de imparcialidad y especialización reconocidos a los órganos de las Administraciones, y responden a una realidad apreciada y valorada con arreglo a criterios jurídico-legales, por cuanto han de ser independientes del caso y de las partes y actuar con criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad.

Además de los dictámenes obrantes en autos, se erige asimismo en elemento probatorio el conjunto de documentos que contienen datos, valoraciones e información de cualquier índole sobre la situación clínica del paciente a lo largo del proceso asistencial y que se recogen en la Historia Clínica, así como los protocolos y las guías médicas.





Señalaremos, finalmente, que en la valoración de la prueba también se ha de tener en consideración la doctrina jurisprudencial sobre la prohibición de regreso lógico desde acontecimientos posteriores desconocidos en el momento de la actuación desencadenante del daño, declarada en las sentencias de la Sala Primera del Tribunal Supremo de 14 y 15 de febrero de 2006, 7 de mayo de 2007 y de 10 de junio de 2008

SEXTO.- Sobre las infracciones de la *lex artis* que se denuncian en la demanda y el examen de la prueba practicada.

Expuestas las alegaciones y pretensiones de los escritos de demanda y contestación, así como los antecedentes fácticos más relevantes, impera, a renglón seguido, entrar en el examen y decisión de las cuestiones planteadas por las partes que pasa por examinar y valorar los elementos probatorios relevantes existentes en el expediente administrativo y las pruebas practicadas en este proceso, a fin de determinar si ha quedado demostrado, en los términos que se alegan en la demanda, el mal funcionamiento del servicio y su relación con el daño que la recurrente afirma y a cuya indemnización aspira.

A la vista de lo que antecede debe determinarse, en primer lugar, si en este supuesto, la actuación médica fue o no correcta y ajustada o no a la *lex artis* o si ha existido una pérdida de oportunidad.

Ya se ha dicho que para que surja la responsabilidad patrimonial no es suficiente con que exista una relación causal directa entre la asistencia prestada por los servicios sanitarios y el resultado lesivo, sino que es preciso que en la prestación sanitaria se haya vulnerado la *lex artis* o producido pérdida de la oportunidad.

La parte demandante sostiene en síntesis, los siguientes títulos de imputación:

.- La mala praxis en la cirugía de exéresis de tumor retroperitoneal practicada el 5 de junio de 2017 por cuanto, considera que se debió realizar con una técnica incorrecta, rompiendo vasos relacionados con la mesentérica y no se reanudó el riego sanguíneo de forma adecuada.

**Madrid**



.- Falta de aportación del protocolo quirúrgico de la cirugía practicada el 05-06-2017 y las Hojas de evolución hasta la realización del TAC el día 07-06-2017.

.- Retraso diagnóstico y de tratamiento por no practicarse un TAC diagnóstico hasta 48 h después de la primera cirugía, y el transcurso de casi dos horas hasta la nueva intervención mediante laparotomía exploradora, sin efectuarse una nueva exploración quirúrgica hasta transcurridas casi 10 horas de iniciada la sintomatología.

.- La invalidez del consentimiento prestado por D. _____ relativo a la intervención de exéresis de tumor realizada el 5 de junio de 2017, por no contemplar la posibilidad de sufrir una isquemia mesentérica, ni de sus posibles alternativas.

Como hemos relacionado, en este proceso se han practicado diversas pruebas, entre ellas periciales que abordan las antedichas cuestiones, las cuales han de valorarse junto a la historia clínica, al informe de la Inspección Sanitaria y a los informes de los Servicios Sanitarios implicados incorporados al expediente.

Recordemos que la prueba pericial es uno de los cauces apropiados para dilucidar tales cuestiones porque su carácter técnico requiere que los hechos relevantes se aprecien y se valoren mediante conocimientos especiales.

A tal fin, como documentos y medios de prueba más relevantes, disponemos de los siguientes:

.-El Informe de la Inspección Sanitaria de 21 de junio de 2018, obrante en los folios 1.926 a 1.938 del expediente administrativo.

.- El informe pericial elaborado por perito insaculado a instancia de la recurrente por la Dra. Dña. _____, especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo de fecha 13 de abril de 2021.

.-El informe pericial elaborado a instancia de la entidad codemandada, por el Dr.

_____, especialista en Medicina Legal y forense y por la Dra. Dña.

_____, especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo, de fecha 25 de noviembre de 2020.





- El informe del Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital Universitario del de fecha 20 de abril de 2018, obrante a los folios 1.771 y siguientes del expediente administrativo.
- El Dictamen de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, de 19 de mayo de 2020, folios 1.958 y siguientes del expediente administrativo.

Expuesto lo anterior, debemos examinar la concurrencia o no de los títulos de imputación invocados por la parte recurrente en atención a los medios de prueba y documentos referidos.

Como hemos reseñado, en el presente caso, los actores consideran, en esencia, que ha existido mala praxis durante la intervención quirúrgica practicada al Sr. , un retraso en el diagnóstico y tratamiento de la amputación de una arteria mesentérica y de la trombosis y una insuficiencia en el consentimiento informado.

Para su examen, resulta necesario hacer una referencia al contenido más relevante de los diversos informes que obran en las actuaciones y que está relacionado con las cuestiones planteadas.

En primer lugar, haremos referencia al Informe de la Inspección Sanitaria que concluye la adecuación de la *lex artis* de la asistencia sanitaria prestada, con fundamento en las siguientes consideraciones médico sanitarias:

“La isquemia mesentérica puede presentarse como uno de dos síndromes clínicos distintos: isquemia mesentérica aguda e isquemia mesentérica crónica. La enfermedad oclusiva crónica de las arterias mesentéricas casi siempre se presenta en personas debilitadas con aterosclerosis generalizada. Por otro lado, la isquemia mesentérica puede ser un fenómeno súbito, como en el embolismo de origen central.

La isquemia mesentérica se define como un déficit circulatorio total o parcial con respecto a los requerimientos intestinales, que puede causar necrosis total o segmentaria. La oclusión tromboembólica de la arteria mesentérica superior es una patología infrecuente, con una incidencia de 8.6/100,000 personas al año y suele presentarse con un cuadro catastrófico de infarto intestinal que supone una mortalidad del 70 al 90 % de los casos.





La isquemia mesentérica aguda se suele producir por la oclusión arterial embólica de la AMS, por trombosis arterial aguda mesentérica, por trombosis venosa mesentérica.

Suele presentar clínica de dolor abdominal, vómitos, diarrea y signos de irritación peritoneal. Como factores de riesgo existen antecedentes de tabaquismo, HTA, dislipemia y diabetes entre otros. Presenta una alta mortalidad.

El diagnóstico clínico es más importante que las pruebas diagnósticas, por lo que en caso de signos peritoneales evidentes se debe hacer una valoración quirúrgica de los mismos. (...)

En el caso del paciente, consideramos que estaba siendo estudiado por un cuadro de hiperferritinemia en Atención Primaria cuando detectaron una masa retroperitoneal, por lo que fue derivado al hospital, Servicio de Cirugía que determina que dicha masa se encuentra adyacente a la salida de la AMS y V. porta por lo que explica al paciente y familia de los riesgos de la cirugía y las posibilidades de lesión visceral. De hecho, tal y como consta en el historial, debido a dicha localización, es posible que no se pueda realizar por laparoscopia. En la RM abdominal destaca la íntima relación de la lesión con la arteria mesentérica superior que la rodea en más del 50% sin ocluirla.

En mayo de 2017 se informó al paciente que tras la revisión de las imágenes se recomienda Ecoendoscopia con PAAF para filiar la lesión ya que hay dudas de infiltración de AMS.

Debido a esta localización y posible afectación de la arteria, en la intervención quirúrgica, día 5- 6-2017, se cateteriza la AMS mediante una guía para evitar la lesión del vaso, se diseca y se procede a la exéresis de la tumoración sólida de 3-4 cm. Al terminar la cirugía se retira el catéter y se hace una arteriografía selectiva de la AMS comprobando permeabilidad y ausencia

De lesiones. Ingresa en URPA, y el post operatorio curso de forma favorable (día 6-6-17), abdomen blando, no doloroso. Sin embargo, el día 7 existe mal estado general, taquicardia e importante dolor en región lumbar en cinturón, abdomen distendido y doloroso por lo que se realizan análisis de urgencia que evidencian Leucocitosis importante, PCR muy elevada y Hb en descenso. En el TAC de urgencia se informa que existe oclusión de AMS que permeabiliza a nivel distal, con neumatosis intestinal, surgiendo la urgencia quirúrgica que revela la existencia de isquemia intestinal teniendo que hacer resección masiva dejando 30 cm de intestino de dudosa viabilidad.

Existe una recuperación parcial de la perfusión por lo que se decide conducta expectante, (día 8) realizando ileostomía de descarga y esperar evolución constando los datos de la vigilancia.

**Madrid**



El día 8 a las 20:08, se avisa a Anestesia por mal estado general con inestabilidad hemodinámica. Abdomen bloqueado, estoma congestivo, edematoso, regular aspecto, por lo que se realiza laparotomía exploradora encontrando isquemia intestinal de los 30 cm de la yeyunostomía previa, por lo que se reseca y se vuelve a hacer la yeyunostomía nueva.

La evolución es hacia el empeoramiento progresivo llegando a situación crítica, con shock distributivo, insuficiencia respiratoria e insuficiencia renal en los siguientes días llegándose a plantear LET pero explican a la familia que la situación es compatible con la vida a pesar que sea de baja calidad.

El paciente permaneció ingresado en la UCI con un postoperatorio prolongado muy complejo.

Consta en Horus que el pasado mes de marzo de 2018, el paciente acudió para Colecistectomía y para Cierre de yeyunostomía con anastomosis yeyuno-cólica. Buena evolución.”

Y termina con la siguiente conclusión:

“Tal y como hemos comentado anteriormente, el cuadro de isquemia intestinal es infrecuente pero se caracteriza por su peligrosidad y las pocas posibilidades que existen para evitar que desencadene una situación catastrófica, como ocurrió en el caso del paciente que estaba siendo estudiado de una masa retroperitoneal de difícil y comprometida situación al encontrarse cerca de AMS, tal y como se le informó en varias ocasiones.

La masa retroperitoneal con independencia de su naturaleza benigna/maligna, puede crecer y plantear un problema de espacio que al estar cerca de un vaso importante, daría lugar a un cuadro incompatible con la vida.

Consideramos que, a pesar de lo sucedido, la asistencia sanitaria fue correcta ya que se utilizaron todos los medios al alcance no pudiendo evitar un cuadro tan devastador.”

Por su parte, el informe pericial elaborado por perito insaculado a instancia de la recurrente por la Dra. especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo, en el que analiza, entre otros los siguientes conceptos:

“Los schwannomas son tumores raros de la vaina de Schwann, que pueden ser benignos o malignos. Su localización en retroperitoneo es muy poco frecuente, siendo aquí más grandes y con tendencia a la degeneración maligna y la hemorragia. Por lo común son tumores sólidos en región paravertebral. Crecen lentamente y de forma silente hasta que alcanzan

**Madrid**



cierto tamaño. Si se malignizan, se comportan como los sarcomas con gran tendencia a la recidiva y a las metástasis. Se detectan por ecografía y TAC y MRI. Hay que diferenciarlos de otros tumores retroperitoneales, neurofibromas, paraganglioma, feocromocitomas, liposarcomas o leiomiomas. La escisión completa es el tratamiento correcto siempre que sea posible.

La isquemia intestinal aguda. (IIA) se define como una situación de hipoxia del intestino delgado por descenso de perfusión sanguínea por embolia (55%), trombosis arterial (15%) o venosa (30%). Es una afección muy grave, con una mortalidad elevada de más del 60%, a pesar de instaurar un tratamiento correcto. Es poco frecuente, solo un 0,5% de los dolores abdominales atendidos de urgencia. Los pacientes tienen una edad media de 70 años, siendo más jóvenes en los casos de trombosis venosa. La edad avanzada, las patologías asociadas —especialmente la arteriosclerosis y la obstrucción progresiva de la AMS a esas edades hacen que la clínica pueda ser inicialmente anodina o escasa y la morbimortalidad muy alta. La sintomatología suele ser inespecífica y el diagnóstico se realiza a menudo en quirófano mediante laparotomía exploradora, a veces tardía y con peritonitis. El diagnóstico precoz es fundamental, por lo que se precisa tener un elevado nivel de sospecha clínica y pruebas exploratorias disponibles para su confirmación.”

En cuanto al análisis médico pericial del caso, efectúa las siguientes consideraciones:

Se trata de un varón de 41 años con antecedentes de tabaquismo, alcohol e hipercolesterolemia.

Estudiado por ferritina elevada, se detecta una lesión retroperitoneal, de 3-4cm que engloba la arteria mesentérica superior, no pudiendo establecer su histología pese a haber realizado todas las pruebas de imagen disponibles, incluyendo un ecoendoscopia con biopsia, siendo la sospecha más probable la de leiomioma o liposarcoma, ambos tumores malignos de elevada mortalidad. Todo el proceso diagnóstico se ha realizado de forma secuencial y conforme a la práctica habitual.

La propuesta razonable es la exploración quirúrgica con intención de resección completa curativa y la filiación de la lesión para conocer el pronóstico, mediante estudio anatomopatológico. No hay alternativa terapéutica a la cirugía.

Se facilita al paciente un consentimiento informado genérico, no se dispone de uno específico para este tipo de lesiones, pero en el que se hace constar el diagnóstico de "tumor





retroperitoneal". Se afirma que el paciente ha sido debidamente informado, varias veces, de la cirugía a realizar y sus riesgos, que comprende y acepta la intervención. En el consentimiento escrito no se registra la isquemia mesentérica como posible complicación, quizás porque no es frecuente aunque sus secuelas sean muy graves. No sabemos si se informó verbalmente de ello. También es cierto que no se sabía si la resección iba a ser posible dada la implicación de la arteria con el tumor.

La manipulación de la arteria es inevitable, debiendo proteger la unión aorto-mesentérica, lo que constituye un factor de riesgo trombótico no desdeñable. Por ello son avisados los cirujanos vasculares que tutorizan la arteria, y al terminar, hacen una arteriografía de control. Cabe pensar en que al ser una complicación poco frecuente, especialmente en personas jóvenes, no se quisiese alarmar al paciente en exceso.

Se programa la operación, intervienen primero los vasculares introduciendo una guía endovascular para control de la AMS. La cirugía según consta en protocolo transcurre sin incidencias, habiendo podido extirpar completo el tumor, que rodeaba la arteria sin infiltrarla. Antes de retirar la guía se realiza una angiografía que atestigua la integridad del árbol arterial, tras la manipulación quirúrgica requerida para extraer el tumor. La técnica es la correcta y no ha habido ninguna lesión vascular externa demostrable con y sin arteriografía. En caso contrario se hace constar en el protocolo correspondiente de cirugía y anestesia. Y no es el caso. Claro está que se comprobó la ausencia de daño externo en la primera porción mesentérica, pero no es posible comprobar un mínimo daño endotelial por el catéter, que puede desencadenar una trombosis endotelial progresiva, hasta que se obstruye gravemente en las siguientes 24-35 horas.

Pasa a la URPA, 14:52h, donde según el comentario evolutivo de Anestesia, está estable, extubado, con tendencia a la hipertensión y taquicardia, requiriendo pauta analgésica. El alta se produce a las 08:10 del día 06/06/17, (1º día postoperatorio), pero no llega a planta hasta las 17:52h. En los comentarios de anestesia y enfermería se reflejan las constantes vitales normales, y la aparición de dolor severo, 6 en la escala de EVA a las 17:15 que ya no tiene a las 17:52 según anotación de la auxiliar y la enfermera de planta. Ya han pasado veinticuatro horas de la cirugía.

Dos horas después presenta una crisis de ansiedad que cede con ansiolíticos. Alrededor de 5 horas más tarde, ya día 07/06/17 (2º día postoperatorio), por la noche, el paciente vuelve a presentar dolor importante, 9 según escala, que se notifica al médico de guardia, que no le llama la atención en el postoperatorio inmediato de una cirugía de abdomen, sin otros





hallazgos salvo taquicardia. Avisado otras dos veces por dolor que no cede, abdomen doloroso y distendido se solicita una analítica urgente que es patológica, leucocitosis elevada, PCR alta, hemoglobina en descenso y datos de coagulopatía. Con estos resultados y el dolor y distensión abdominal está claro que hay que reintervenir aunque no se sepa la causa. La TAC puede dar el diagnóstico pero la reintervención está fuera de dudas. No hay sospecha de oclusión vascular. La sintomatología y exploración son comunes a otros procesos abdominales. El TAC se hace a las 11:00 de la mañana, no se indica el motivo, probablemente por presión asistencial de Radiología de urgencias, son las 6-7 h, con el personal justo de un turno de noche. Han pasado 5-6 horas de evolución clínica.

En el caso que nos ocupa, la decisión para reintervenir es clara a partir de las 5-6 horas de la mañana, pero con mucha probabilidad la isquemia ya estaba establecida, por lo que existe la posibilidad de que hubiera podido salvarse algo más de intestino. Visto retrospectivamente el paciente refiere dolor importante desde las 17:15 del día 06/06/17 en la URPA, a las escasas 24 horas de la intervención, pero como el postoperatorio de cirugía abdominal es siempre doloroso, y el paciente no quiso se le pusiera catéter epidural, no se toma en consideración. Cuando ya en planta tiene un cuadro de ansiedad, éste puede ser el indicador de qué algo podía estar pasando en el abdomen. El cuadro agudo se desarrolla durante la noche y la madrugada donde además del dolor intenso que no cede y es referido a espalda, se registra desaturación, persistente taquicardia y distensión abdominal. Se solicita una analítica a las 05:00, que es patológica pero no se habla de reintervenir. Se pospone la decisión hasta que se hace una TAC, que confirma se trata de una trombosis de la AMS ya evolucionada porque existe repermeabilización distal. Han pasado de 12-14 horas de retraso en un diagnóstico que podría teóricamente haberse sospechado antes. Estas demoras son importantes. La posibilidad de daño arterial por la manipulación externa del cirujano, inevitable por otra parte, es extensiva a la manipulación interna de los vasculares al tutorizar la arteria, porque el endotelio puede dañarse de forma inadvertida o producir la suelta de una placa de ateroma. Si se cuenta con Cirugía Vascular para cubrir esos riesgos es porque se ha pensado que pueden ocurrir.

Es imposible determinar cuándo empieza el proceso, un trombo requiere un cierto tiempo, y aun cuando se sabe que a los 30' del accidente vascular, la mucosa intestinal presenta cambios por hipoxia ya, clínicamente esto pasa desapercibido hasta mucho después, siendo la sospecha lo que lleva a realizar una laparotomía precoz, con más posibilidades de éxito, cuánto antes se haga.

**Madrid**



Cuando se interviene, los vasculares extraen el trombo (trombectomia), lavan y restablecen el flujo pero tiene lesiones establecidas, no reversibles, en todo el territorio irrigado por la AMS. La resección es obligada, aunque intentan conservar 20-40cm de intestino de dudosa viabilidad. En el "second look", parece que hay discreta mejoría, por lo que se cierra abocando el cabo terminal de intestino a la piel. (Yeyunostomia). Se considera que hay que conservar al menos un metro de intestino para poder vivir. Al día siguiente, 08/06/17, el paciente está en situación crítica y se decide nueva intervención, 2411 después de la cirugía, en la que se reseca lo que se había intentado conservar. No es solo un intestino corto, es que solo restan 15cm hasta el asa fija (ángulo de Treitz). Tras esta cirugía entra en fallo multiorgánico, la familia pide se limite el esfuerzo terapéutico (LEI) pero los facultativos defienden seguir con medidas de soporte, pues puede salir adelante, dada su edad, aunque con importantes secuelas.

La mortalidad de estos casos es muy alta, pudiendo llegar a un 70%. Todas las demás reintervenciones son ajustadas a la evolución del enfermo. Los días siguientes son críticos, se reflejan en los evolutivos de Intensivos, Nefrología y Endocrino principalmente. Pero sale adelante, recuperando las funciones pulmonar y renal e iniciando la NPT. Lo han atendido diferentes servicios, según ha precisado y la evolución ha sido muy buena pese a las inevitables secuelas.

Las diversas infecciones que ha presentado son las normales en un enfermo en situación crítica, de larga hospitalización, y que además ha pasado por una UCI. Aducir falta de cuidado, falta de medidas higiénicas etc, es no conocer cómo funciona un hospital hoy en día, máxime del nivel y prestigio del que nos ocupa. En el expediente se incluyen algunos de los muchos protocolos que están en vigor y se aplican sin demora por el Servicio de Medicina Preventiva, en este y todos los hospitales de nuestro entorno. Las vías, catéteres y sondas tienen que cambiarse cada cierto tiempo porque se infectan con frecuencia, sin que ello signifique descuido o falta de atención. Esto ocurre en el reingreso de septiembre.

Al mes tiene una pancreatitis por cálculos vesiculares que se han formado con posterioridad como secuela de la nutrición. La vesícula requerirá otra operación, pero la litiasis del colédoco se trata de forma conservadora mediante una papilotomía endoscópica por CPRE. Con el precedente de pancreatitis, hay que esperar al menos dos meses porque podría presentar otro episodio de pancreatitis por manipulación. Y esto es lo que se ha hecho. Por último se restablece el tránsito digestivo en febrero del año siguiente con el paciente ya recuperado, y se elimina la vesícula en el mismo tiempo."

**Madrid**



Sintetiza sus conclusiones en las siguientes:

1. Se trata de un paciente con un tumor muy raro, de localización aún menos frecuente, en retroperitoneo, que engloba la AMS, denominado schwannoma.
2. Es informado de que la cirugía es la opción terapéutica para este tipo de tumores. El consentimiento no hace referencia a la isquemia mesentérica como complicación de la misma. De hecho no se encuentra esta complicación en la literatura publicada de la cirugía de estos tumores. Puede decirse que es una rareza. No sabemos si verbalmente se amplió la información.
3. Es un paciente joven pero con hipercolesterolemia, alcohol y tabaco, más elevación no relevante del factor VIII de coagulación como factores de riesgo. Pero ha habido manipulación quirúrgica, inevitable, lo que constituye un factor predisponente más a tener en cuenta.
4. Es imposible saber la causa exacta, pero a los factores de riesgo ya referidos, hay que añadir la manipulación quirúrgica interna y externa, que puede producir una trombosis de forma totalmente accidental e inesperada.
5. La actuación médica ha sido la correcta pero con demora diagnóstica, porque la sintomatología, constantes vitales y exploración abdominal eran claros de abdomen agudo quirúrgico.
6. No puede negarse que se ha llegado tarde, y esa demora, estimada en más de 12h, ha influido obviamente en el resultado.
7. Es evidente que cuánto antes se actúe más posibilidades tiene el enfermo pero hay que decir también que el resultado podía haber sido el mismo, aunque se hubiera operado antes porque muy probablemente la isquemia llevaba tiempo establecida.
8. El manejo de los Servicios Sanitarios Públicos, en todo su conjunto se ajusta a "lex artis ad hoc".
9. El paciente pudo haber fallecido, la tasa de mortalidad puede alcanzar el 70%.

Tras ello, sienta las siguientes conclusiones finales:

“Se trata de un paciente joven pero con antecedentes que pueden favorecer la aparición de complicaciones vasculares, que en el postoperatorio de un tumor retroperitoneal, presenta una complicación muy infrecuente pero de efectos devastadores, a menudo mortales,





denominada isquemia mesentérica, por una trombosis arterial de causa no probada.

El resultado es la pérdida de prácticamente todo el intestino, quedando supeditado a nutrición parenteral de por vida y una larga serie de complicaciones derivadas de ello que supondrán un acortamiento de su ciclo vital sin duda. La asistencia médica fue la requerida pero se produce una demora en el diagnóstico y toma de decisiones que resulta crucial y determinante para el pronóstico y las secuelas que padece. No se ha detectado ni mala praxis ni vulneración de la lex artis.

La actuación de las diferentes especialidades en su recuperación y de los profesionales implicados ha sido de acuerdo a los conocimientos y prácticas de la medicina actual.”

.-El informe pericial elaborado a instancia de la entidad codemandada, por el

, especialista en Medicina Legal y forense y por la

especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo, de fecha 25 de noviembre de 2020, concluye la adecuación de la lex artis del equipo sanitario en los siguientes términos:

1. D. es un varón de 41 años con factores de riesgo cardiovasculares (fumador e hiperlipidemia) y por ello con riesgo de arteriosclerosis elevado.
2. Presenta una tumoración retroperitoneal como hallazgo casual que no puede ser diagnosticada etiológicamente de forma previa a la cirugía, a pesar de realizarse numerosas exploraciones radiológicas y una ecoendoscopia con PAAF.
3. Se indica cirugía ante la sospecha de tumor maligno, siendo informado en repetidas ocasiones y se le entrega CI con la información básica, debido a la indeterminación del tipo de lesión, por lo que no fue posible dar más explicaciones, a expensas de la exploración quirúrgica que era la determinante de la actuación a seguir. Por tanto, consideramos que el CI fue el adecuado y no pudo ofrecerse otro a la espera de la cirugía.
4. La intervención quirúrgica se realizó con la debida cautela, contando con apoyo del Sº de Cirugía vascular, colocando una guía para control de la AMS y con una angiografía de control al finalizar, que no presentó hallazgos. Por tanto la cirugía fue correcta, se resecó el tumor con márgenes y no hubo complicaciones.
5. En el postoperatorio inmediato, presentó dolor severo, y se sospechó isquemia mesentérica por lo que se reinterviene evidenciando isquemia intestinal, practicándose una resección intestinal según necesidad, realizada lo más precozmente posible, pero la



Madrid



trombosis de la AMS era ya estable y había producido lesiones severas que no tenían indicación de otra técnica quirúrgica.

6. Es sometido nuevamente a otra resección por nueva isquemia de otro fragmento intestinal y se realiza yeyunostomía terminal, siendo controlado y tratado por más de 12 servicios médicos del hospital en sus respectivas disciplinas, evolucionando de manera satisfactoria a pesar las complicaciones que desarrolla (insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal, neumonía, necesidad de nutrición parenteral por S. de intestino corto, entre otros)

7. En todas las cirugías el equipo quirúrgico actuó con pericia y capacitación técnica, solventando las situaciones, realizando la técnica quirúrgica adecuada y con resultados satisfactorios para el paciente, siendo dado de alta tras más de 2 meses y medio de estancia hospitalaria sin presentar ninguna complicación de la técnica quirúrgica tras ninguna de las intervenciones a las que fue sometido.

8. Varios meses más tarde se precisa de nueva cirugía por presentar pancreatitis y colelitiasis mediante CPRE y colecistectomía, y además se le realizó la continuidad del tránsito intestinal con anastomosis yeyunocólica, sin incidencias.

9. A pesar de la desgraciada situación del paciente, consideramos que todas las cirugías y actuaciones que se realizaron durante la estancia de D. fueron realizadas de manera acorde a la Lex artis, poniendo todos los medios técnicos y humanos para la resolución y el manejo de la patología complicada y excepcional que el paciente presentó.

.- El informe del Servicio de Cirugía General y Digestiva del

del que caben destacar siguientes manifestaciones:

“Por otro lado habiendo agotado todas las pruebas diagnósticas y llegando a la conclusión de la existencia del tumor, su incierta naturaleza maligna o benigna y la posibilidad de crecimiento del mismo, hacían que no fuera compatible con la vida si no se extirpaba el mismo. De estos extremos se dio conocimiento al paciente y familia”.

Refiere además que la intervención se programó junto con Cirugía Vascular a efectos que ocurriera algún accidente quirúrgico vascular durante la resección del tumor, cosa que afortunadamente no ocurrió.

Manifiesta que las actuaciones quirúrgicas están recogidas en los informes entregados y que

**Madrid**



la vigilancia y control del paciente fueron los correspondientes a este tipo de intervenciones pero que en toda cirugía pueden aparecer complicaciones y la ausencia absoluta de que aparezcan es imposible.

Considera que "al terminar la cirugía se retiró el catéter y se comprobó por arteriografía selectiva de la AMS se encontraba permeable y sin lesiones, por lo que nada hacía sospechar que fuera a aparecer el cuadro que posteriormente se dio. Tampoco las manifestaciones clínicas eran las típicas de una trombosis mesentérica aguda por lo que el caso era excepcional."

Refiere que "Por otro lado, es evidente que a partir de la sospecha y la necesidad de intervenir, se precisa de un tiempo mínimo para reunir a todo el equipo humano y de material a efectos de poder llevar a cabo la revisión.

La resección intestinal estuvo condicionada por la isquemia masiva que afectó a una zona necrótica irreversible. Habitualmente se suele proceder de forma conservadora al objeto de poder preservar parte de los intestinos a efectos de obtener cierta calidad de vida. De todo ello fueron informados el paciente y la familia".

Y en relación al consentimiento informado precisa:

Con respecto al "Consentimiento informado" efectivamente se le entregó al paciente el consentimiento informado denominado laparotomía exploradora" correspondiente al grupo de intervenciones como la que precisaba el paciente. No obstante, dada la multitud de patologías y soluciones quirúrgicas contenidas en este tipo de consentimientos, resulta inviable detallar exhaustivamente la totalidad de la casuística clínica. De este modo, este consentimiento incluye los procedimientos más habituales que exigen una laparotomía exploradora, y reserva un espacio para la inclusión por el equipo médico de las características de las intervenciones más infrecuentes. Dado que el tumor que presentaba el paciente, "era harto infrecuente" se anota, en el espacio reservado a ese efecto en mayúsculas "extirpación tumor retroperitoneal".

En cualquier caso al paciente se le informó de forma exhaustiva verbalmente, hasta en tres ocasiones diferentes, lo que acredita nuestro interés en que comprendiera la trascendencia de la cirugía a la que se debía someter. Desde un punto vista quirúrgico, la posibilidad de la lesión de la arteria mesentérica superior siempre está presente en este tipo de intervención por el hecho de que la tumoración estuviera en contacto con la misma, así como la posibilidad de que fuera inextirpable.

**Madrid**



Por otro lado, el hecho de la naturaleza incierta del tumor a pesar de haber agotado todas las pruebas diagnósticas preoperatorias con probable diagnóstico de sarcoma entendemos que hacía inevitable la cirugía, aunque se hubieran pormenorizado los efectos adversos de cualquier cirugía, sobre todo por la edad del paciente. Incluso con un diagnóstico de benignidad pues, aunque así fuera, el hecho de tratarse de una patología expansiva, a largo plazo y dada su localización era posible que fuera incompatible con la vida si no se procedía a su extirpación. De estos extremos se dio información al paciente y familiares.

En la primera ocasión que se informa al paciente y se le entrega el consentimiento informado, se anota en la historia clínica "Informe de riesgos de la extirpación quirúrgica, incluido sangrado o lesión visceral, que entiende y no tiene dudas" (en lesión visceral estaría incluida la lesión intestinal que se produjo en este caso); en la segunda se anota "se reinforma al paciente nuevamente de la intervención quirúrgica" y en la tercera ocasión, una semana antes de la cirugía, se reinforma nuevamente sobre la intervención quirúrgica al paciente que acude acompañado al menos junto a su padre y, en esta ocasión, por el Dr. (..) en presencia del Dr. (...). Esta información pensamos que es franca, extensa e incluso con la confección de un croquis sobre papel de lo que iba a ser la intervención, desconocemos si este papel se le entregó al paciente y aún lo conserva.

Esta información reiterada expresa la preocupación del equipo porque el paciente tuviera conocimiento detallado de su intervención pues el quid de la misma era la situación del tumor sobre la citada arteria mesentérica superior, pues una lesión o complicación sobre esta arteria podría tener consecuencias no deseadas, como desgraciadamente así sucedió y que incluso podrían haber causado la muerte del paciente. Igualmente, para evitar en lo posible las consecuencias de una hipotética lesión de la citada arteria se programó junto al servicio de Cirugía Vascular el acceso vascular preoperatorio que solucionara endoluminalmente un eventual accidente quirúrgico durante la resección del tumor, cosa que afortunadamente no existió. De este procedimiento se informó al paciente adecuadamente y constituyó parte fundamental de esta tercera información que se le dio al propio paciente y familiares."

Finalmente, el Dictamen de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, de 19 de mayo de 2020, folios 1.958 y siguientes del expediente administrativo

SÉPTIMO.- Sobre las infracciones de la *lex artis* que se denuncian en la demanda y su conexión causal con los daños y perjuicios reclamados





Un adecuado análisis del caso que se nos presenta requiere un análisis diferenciado de cada uno de los títulos de imputación invocados por los recurrentes.

.- Mala praxis en la cirugía de exéresis de tumor retroperitoneal practicada el 5 de junio de 2017.

Alega la parte recurrente que la cirugía de exéresis de tumor retroperitoneal practicada el 5 de junio de 2017 se debió realizar con una técnica incorrecta, rompiendo vasos relacionados con la mesentérica y no se reanudó el riego sanguíneo de forma adecuada.

Pues bien, un examen conjunto de la prueba practicada impide llegar a la conclusión que afirma el recurrente, en la medida en que, todos los informes coinciden en que la actuación médica en la realización de la cirugía de laparotomía era necesaria y se efectuó con arreglo a la "lex artis" de la actuación.

Hemos de precisar, en primer lugar, que en el caso de D. , nos encontramos con un tumor raro denominado schwannomas, que tal y como explica el informe pericial elaborado por perito insaculado a instancia de la recurrente, la Dra. especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo, "Los schwannomas son tumores raros de la vaina de Schwann, que pueden ser benignos o malignos. Su localización en retroperitoneo es muy poco frecuente, siendo aquí más grandes y con tendencia a la degeneración maligna y la hemorragia. Por lo común son tumores sólidos en región paravertebral. Crecen lentamente y de forma silente hasta que alcanzan cierto tamaño. Si se malignizan, se comportan como los sarcomas con gran tendencia a la recidiva y a las metástasis.(...) La escisión completa es el tratamiento correcto siempre que sea posible".

En este tipo de casos resulta acreditado que es necesario intervenirlos pues en caso de que no se extirpen pudiera derivar en mortalidad. Así lo explica el informe emitido por el Jefe de Servicio de Cirugía del señalar que, "el hecho de la naturaleza incierta del tumor, a pesar de haber agotado todas las pruebas diagnósticas preoperatorias con probable diagnóstico de sarcoma entendemos que hacía inevitable la





cirugía- aunque se hubieran pormenorizado los efectos adversos de cualquier cirugía, sobre todo por la edad del paciente, incluso con un diagnóstico de benignidad pues, aunque así fuera, el hecho de tratarse de una patología expansiva a largo plazo y dada su localización era posible que fuera incompatible con la vida si no se procedía a su extirpación. De estos extremos se dio información al paciente y familiares.”

Ello es corroborado por la perito judicial al afirmar que “Estudiado por ferritina elevada, se detecta una lesión retroperitoneal, de 3-4cm que engloba la arteria mesentérica superior, no pudiendo establecer su histología pese a haber realizado todas las pruebas de imagen disponibles, incluyendo un ecoendoscopia con biopsia, siendo la sospecha más probable la de leiomiiosarcoma o liposarcoma, ambos tumores malignos de elevada mortalidad. Todo el proceso diagnóstico se ha realizado de forma secuencial y conforme a la práctica habitual.

La propuesta razonable es la exploración quirúrgica con intención de resección completa curativa y la filiación de la lesión para conocer el pronóstico, mediante estudio anatomopatológico. No hay alternativa terapéutica a la cirugía.”

Una vez acreditada la necesidad y la adecuación de la técnica a emplear, hemos de considerar adecuada a la *lex artis* de la actuación del personal médico en la práctica de la intervención quirúrgica.

Así, la Dra. explica en su informe que:

“La manipulación de la arteria es inevitable, debiendo proteger la unión aorto-mesentérica, lo que constituye un factor de riesgo trombótico no desdeñable. Por ello son avisados los cirujanos vasculares que tutorizan la arteria, y al terminar, hacen una arteriografía de control. Cabe pensar en que al ser una complicación poco frecuente, especialmente en personas jóvenes, no se quisiese alarmar al paciente en exceso.

Se programa la operación, intervienen primero los vasculares introduciendo una guía endovascular para control de la AMS. La cirugía según consta en protocolo transcurre sin incidencias, habiendo podido extirpar completo el tumor, que rodeaba la arteria sin infiltrarla. Antes de retirar la guía se realiza una angiografía que atestigua la integridad del árbol arterial, tras la manipulación quirúrgica requerida para extraer el tumor. La técnica es la correcta y no ha habido ninguna lesión vascular externa demostrable con y sin arteriografía. En caso contrario se hace constar en el protocolo correspondiente de cirugía y anestesia. Y no es el caso. Claro está que se comprobó la ausencia de daño externo en la

**Madrid**



primera porción mesentérica, pero no es posible comprobar un mínimo daño endotelial por el catéter, que puede desencadenar una trombosis endotelial progresiva, hasta que se obstruye gravemente en las siguientes 24-35 horas.”

También el informe de la Inspección confirma esta afirmación, refiriendo que “en la intervención quirúrgica, día 5 6-2017, se cateteriza la AMS mediante una guía para evitar la lesión del vaso, se disecciona y se procede a la exéresis de la tumoración sólida de 3-4 cm. Al terminar la cirugía se retira el catéter y se hace una arteriografía selectiva de la AMS comprobando permeabilidad y ausencia de lesiones.”

En la misma línea el Informe pericial emitido por el Dr. _____, donde precisan que “para la cirugía se tomaron todas las precauciones oportunas, desde colocación de guía para control de la AMS hasta que los cirujanos vasculares estuviesen en la cirugía, tal como se establece en las guías que exponemos en el punto 2.1. A pesar de la colocación de la guía en la cirugía, de la realización de una arteriografía al final de la resección, que confirma su indemnidad, y por ende que no hubo lesión ni complicaciones durante la intervención, (...)”

Finalmente el Informe del jefe de Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del _____ de 20 de abril de 2018, explica que la intervención se programó junto con Cirugía Vascular a efectos que ocurriera algún posible accidente quirúrgico vascular durante la resección del tumor, cosa que afortunadamente no sucedió. Señala que, al terminar la cirugía, se retiró el catéter y se comprobó por arteriografía selectiva de la AMS se encontraba permeable y sin lesiones, “por lo que nada hacía sospechar que fuera a aparecer el cuadro que posteriormente se dio”.

Por lo demás, también podemos considerar ajustada a la *lex artis* el resot de intervenciones practicadas a D. _____ a lo largo de su asistencia en el Hospital _____, pues así lo corroboran todos los informes periciales.

En este sentido, el Informe de la Inspección sanitaria “Consideramos que, a pesar de lo sucedido, la asistencia sanitaria fue correcta ya que se utilizaron todos los medios al alcance no pudiendo evitar un cuadro tan devastador”





Ello se corrobora por la perito judicial al afirmar que “Todas las demás reintervenciones son ajustadas a la evolución del enfermo. Las diversas infecciones que ha presentado son las normales en un enfermo en situación crítica, de larga hospitalización, y que además ha pasado por una UCI. Aducir falta de cuidado, falta de medidas higiénicas, etc, es no conocer cómo funciona un hospital hoy en día, máxime del nivel y prestigio del que nos ocupa (...) y concluye señalando que “El manejo de los Servicios Sanitarios Públicos, en todo su conjunto se ajusta a "lex artis ad hoc”.

Y también se llega a esta conclusión en el informe emitido por el Dr. y la Dra. diciendo que “En todas las cirugías el equipo quirúrgico actuó con pericia y capacitación técnica, solventando las situaciones, realizando la técnica quirúrgica adecuada y con resultados satisfactorios para el paciente, siendo dado de alta tras más de 2 meses y medio de estancia hospitalaria sin presentar ninguna complicación de la técnica quirúrgica tras ninguna de las intervenciones a las que fue sometido”

Así, las afirmaciones en las que la parte demandante fundamenta la mala praxis en la práctica de la exéresis de tumor retroperitoneal pues dicha afirmación ha sido absolutamente desvirtuada. En primer lugar, por el relevante pronunciamiento del informe de la inspección médica cuya imparcialidad y objetividad es concluyente cara a acreditar los hechos acaecidos al no guardar ningún tipo de relación con los intereses en juego, teniendo en cuenta sus argumentos sólidos, exhaustivamente razonados y fundamentados, que rebaten las afirmaciones de la recurrente desde un punto de vista médico y con evidente objetividad, ateniéndose estrictamente a la historia clínica y resultado de las pruebas practicadas, exponiendo las razones de ciencia por las que la asistencia médica enjuiciada se ajustó a la lex artis. Y en segundo lugar, por exhaustivas y argumentadas consideraciones del resto de los informes que obran en el expediente y en autos, y cuyo contenido hemos transcrito previamente, que son emitidas por Médicos especialistas en aparato digestivo y son plenamente coincidentes con el informe de la inspección médica, en especial, el informe emitido por la perito judicial, cuya objetividad e imparcialidad avala una valoración relevante de sus consideraciones médicas y por la exhaustividad de su informe, todo lo cual, conduce a esta Sala, partiendo de una valoración conjunta de las pruebas practicadas con arreglo a las reglas de la sana crítica, a estimar que la actuación del personal médico, no solo en la primera intervención sino en las restantes, se ajustó a la lex artis.





.- Retraso diagnóstico y de tratamiento de la isquemia mesentérica.

Se afirma por la parte recurrente que el paciente presentó indicios de complicación postquirúrgica desde el postoperatorio inmediato y que se fueron agravando con el paso de las horas, a pesar de lo cual no se llevó a cabo un TAC diagnóstico hasta 48h después de la cirugía, y que además, una vez conocidos los graves hallazgos del TAC, transcurrieron casi dos horas hasta que el paciente fue reintervenido mediante laparotomía exploradora, siendo esta demora diagnóstica y asistencial determinante para las gravísimas e irreversibles secuelas que sufre el paciente.

Pues bien, respecto de esta cuestión, existe discrepancia en los informes obrantes en las actuaciones, pues frente al informe emitido por la perito judicial elaborado por la Dra. que considera existente tal retraso en el diagnóstico de la isquemia mesentérica, el informe emitido por la Inspección Sanitaria, el aportado por SHAM y el del Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital no evidencian dicha actuación.

Así, en el informe emitido por el Dr. y la Dra. aportado por la entidad codemandada, señala que "tanto las cirugías, como la resolución de las complicaciones por parte del Sº de anestesia, y del resto de servicios médicos del centro, fueron acordes y correctas en el tiempo, sin que mediara más que el tiempo necesario para preparar un quirófano y dotarlo de todo el personal necesario para una cirugía de este tipo. La tumoración se extirpa íntegra y con márgenes y su estudio histopatológico fue de schwannoma, lo que es una rareza." Y continúa diciendo que "En ningún momento, tal como afirma el Jefe de Sº de CGD en su informe, los cirujanos fueron pasivos, sino al contrario, estuvieron pendientes del paciente y de su evolución, y gracias a su pericia se pudieron realizar las cirugías indicadas para corregir todas las complicaciones surgidas. En cuanto el paciente presentó dolor no tratable, se pensó en una complicación de la cirugía, a pesar de que no aparecieron más síntomas (triada clásica) y por ello el diagnóstico fue más difícil. Todas las cirugías fueron realizadas en el menor tiempo posible, contando con la disponibilidad de un centro hospitalario con urgencias de un gran área sanitaria, y técnicamente de manera impecable, dado que en ninguna de ellas, y pesar de las





circunstancias de gravedad del paciente, se produjeron complicaciones postquirúrgicas y se resolvieron las patologías”

Y termina estableciendo en su conclusión quinta que “En el postoperatorio inmediato, presentó dolor severo, y se sospechó isquemia mesentérica por lo que se reinterviene evidenciando isquemia intestinal, practicándose una resección intestinal según necesidad, realizada lo más precozmente posible, pero la trombosis de la AMS era ya estable y había producido lesiones severas que no tenían indicación de otra técnica quirúrgica”.

En relación a esta cuestión, el Informe del Servicio de Cirugía y Aparato Digestivo del centro hospitalario pone de manifiesto lo siguiente:

"En cualquier caso, no existió demora alguna entre el diagnóstico y la realización de la intervención quirúrgica. En esos momentos no se toman tiempos pero podemos asegurar que la decisión fue inmediata así como la cirugía existiendo, obviamente, un tiempo mínimo que exige la logística de equipos humanos así como la disponibilidad de quirófanos de urgencia y la preinducción anestésica previa a la cirugía.

Hemos de decir que los cirujanos que eran los apropiados para realizar la intervención, no estaban de guardia, interrumpieron sus actividades en curso y fueron sustituidos para estar presentes en el quirófano sin esperar a terminar esas actividades”.

Y añade el Informe que:

Aunque nunca sabremos cuándo y por qué sucedió la trombosis de la arteria mesentérica superior tras la cirugía inicial, para justificar si existió el considerado retraso diagnóstico, a posteriori, solo cabe realizar elucubraciones que asimismo ha sido motivo de preocupación y de análisis por el equipo implicado en la atención del paciente:

- En primer lugar, la actuación quirúrgica con mínima contundencia de la arteria mesentérica superior para liberarla del tumor, motivo de la cirugía, que no hacía presagiar una complicación sobre la misma.
- En segundo lugar, como aparece en el presente informe en el apartado protocolo clínico, "Tras cierre de laparotomía, se realiza por Cirugía Vascular retirada de guía con paso de catéter hidrofílico, realizándose arteriografía selectiva de la AMS (arteria





meséntrica superior), permeable y sin lesiones" la constatación postoperatoria de la situación óptima de la citada arteria sin que nada hiciera sospechar que apareciera una complicación sobre la misma por la rotundidad de esta exploración radiológica.

- En tercer lugar, las manifestaciones clínicas que el paciente refería, en ningún momento hizo sospechar la presencia o existencia de la trombosis de la arteria mesentérica pues no es el cuadro habitual que aparece en los casos de aparición espontánea de esta situación.

- Y por último, La excepcionalidad del cuadro, nunca descrito, cuando no hay actuación quirúrgica invasiva y directa sobre la arteria mesentérica superior, como era este caso.

Al ser una cirugía excepcional, -la afectación por un tumor de la arteria mesentérica superior habitualmente hace considerar los casos en que ello sucede, como no operables o no resecables-, no hay datos en la literatura médica que prevengan contra esta complicación y es más, en nuestra experiencia en decenas de casos en la resección de otro tipo de tumores más habituales que la puedan interesar, jamás habíamos tenido esta complicación."

Frente a estas consideraciones, el informe de la perito insaculada, realiza un exhaustivo y meticuloso análisis de la situación pudiendo destacar las siguientes apreciaciones:

"Pasa a la URPA, 14:52h, donde según el comentario evolutivo de Anestesia, está estable, extubado, con tendencia a la hipertensión y taquicardia, requiriendo pauta analgésica. El alta se produce a las 08:10 del día 06/06/17, (1º día postoperatorio), pero no llega a planta hasta las 17:52h. En los comentarios de anestesia y enfermería se reflejan las constantes vitales normales, y la aparición de dolor severo, 6 en la escala de EVA a las 17:15 que ya no tiene a las 17:52 según anotación de la auxiliar y la enfermera de planta. Ya han pasado veinticuatro horas de la cirugía.

Dos horas después presenta una crisis de ansiedad que cede con ansiolíticos. Alrededor de 5 horas más tarde, ya día 07/06/17 (2º día postoperatorio), por la noche, el paciente vuelve a presentar dolor importante, 9 según escala, que se notifica al médico de guardia, que no le llama la atención en el postoperatorio inmediato de una cirugía de abdomen, sin otros hallazgos salvo taquicardia. Avisado otras dos veces por dolor que no cede, abdomen





doloroso y distendido se solicita una analítica urgente que es patológica, leucocitosis elevada, PCR alta, hemoglobina en descenso y datos de coagulopatía. Con estos resultados y el dolor y distensión abdominal está claro que hay que reintervenir aunque no se sepa la causa. La TAC puede dar el diagnóstico pero la reintervención está fuera de dudas. No hay sospecha de oclusión vascular. La sintomatología y exploración son comunes a otros procesos abdominales. El TAC se hace a las 11:00 de la mañana, no se indica el motivo, probablemente por presión asistencial de Radiología de urgencias, son las 6-7 h, con el personal justo de un turno de noche. Han pasado 5-6 horas de evolución clínica.

En el caso que nos ocupa, la decisión para reintervenir es clara a partir de las 5-6 horas de la mañana, pero con mucha probabilidad la isquemia ya estaba establecida, por lo que existe la posibilidad de que hubiera podido salvarse algo más de intestino. Visto retrospectivamente el paciente refiere dolor importante desde las 17:15 del día 06/06/17 en la URPA, a las escasas 24 horas de la intervención, pero como el postoperatorio de cirugía abdominal es siempre doloroso, y el paciente no quiso se le pusiera catéter epidural, no se toma en consideración. Cuando ya en planta tiene un cuadro de ansiedad, éste puede ser el indicador de qué algo podía estar pasando en el abdomen. El cuadro agudo se desarrolla durante la noche y la madrugada donde además del dolor intenso que no cede y es referido a espalda, se registra desaturación, persistente taquicardia y distensión abdominal. Se solicita una analítica a las 05:00, que es patológica pero no se habla de reintervenir. Se pospone la decisión hasta que se hace una TAC, que confirma se trata de una trombosis de la AMS ya evolucionada porque existe repermeabilización distal. Han pasado de 12-14 horas de retraso en un diagnóstico que podría teóricamente haberse sospechado antes. Estas demoras son importantes. (...)

Es imposible determinar cuándo empieza el proceso, un trombo requiere un cierto tiempo, y aun cuando se sabe que a los 30' del accidente vascular, la mucosa intestinal presenta cambios por hipoxia ya, clínicamente esto pasa desapercibido hasta mucho después, siendo la sospecha lo que lleva a realizar una laparotomía precoz, con más posibilidades de éxito, cuánto antes se haga."

Y en sus conclusiones afirma que:

"La actuación médica ha sido la correcta pero con demora diagnóstica, porque la sintomatología, constantes vitales y exploración abdominal eran claros de abdomen agudo quirúrgico.

6. No puede negarse que se ha llegado tarde, y esa demora, estimada en más de 12h, ha influido obviamente en el resultado.





7. Es evidente que cuánto antes se actúe más posibilidades tiene el enfermo pero hay que decir también que el resultado podía haber sido el mismo, aunque se hubiera operado antes porque muy probablemente la isquemia llevaba tiempo establecida.

Hemos de resalta también que, el informe de la inspección, aunque no se pronuncia de manera expresa sobre esta cuestión y concluye que la actuación del personal médico se ajustó a la *lex artis*, no obstante, señala en su informe que “la isquemia mesentérica aguda suele presentar clínica de dolor abdominal, vómitos, diarrea y signos de irritación peritoneal, siendo factores de riesgo antecedentes de tabaquismo”, y que “El diagnóstico clínico es más importante que las pruebas diagnósticas, por lo que en caso de signos peritoneales evidentes se debe hacer una valoración quirúrgica de los mismos”

Una valoración conjunta de los informes reseñados nos hace considerar la existencia de un retraso en el diagnóstico la isquemia mesentérica, con base en el informe emitido por la perito judicial, la Dra. teniendo en cuenta, no solo la objetividad e imparcialidad del mismo, sino también y especialmente, la exhaustividad y meticulosidad en el examen de la trayectoria clínica del paciente y de sus conclusiones.

Teniendo en cuenta que en estos casos, tal y como revela la inspección sanitaria, el diagnóstico clínico es más importante que las pruebas diagnósticas, y que los síntomas de la patología se evidenciaron ya sobre las 5-6 horas de la madrugada del día 7 de junio de 2017, al presentar el paciente dolor importante y distensión abdominal, resulta claro que hay que reintervenir aunque no se sepa la causa. Como refiere la Dra. “Con estos resultados y el dolor y distensión abdominal está claro que hay que reintervenir aunque no se sepa la causa. La TAC puede dar el diagnóstico pero la reintervención está fuera de dudas”. Sin embargo y pese a ello, el TAC se hace a las 11:00 de la mañana, y no existe justificación por parte del personal médico para esta espera. Como señala la Dra. “la decisión para reintervenir es clara a partir de las 5-6 horas de la mañana, pero con mucha probabilidad la isquemia ya estaba establecida, por lo que existe la posibilidad de que hubiera podido salvarse algo más de intestino”, y precisa, “han pasado de 12-14 horas de retraso en un diagnóstico que podría teóricamente haberse sospechado antes. Estas demoras son

**Madrid**

Administración
de Justicia

importantes.”

Teniendo en cuenta estas consideraciones llegamos a la conclusión de que ha existido un retraso en el diagnóstico de la isquemia mesentérica que padeció el paciente. Ahora bien, no podemos afirmar con la parte recurrente que ese retraso en el diagnóstico haya supuesto una mala praxis por parte del personal médico del Hospital , y ello, por cuanto, los síntomas del paciente no fueron tan claros y evidentes desde el postoperatorio, ya que, pues si bien es cierto que el informe de la Dra. revela un retraso en el diagnóstico, no lo es menos que nos encontramos con otros dos informes que, también razonados, concluyen en sentido contrario. A este respecto, es destacable el informe de la Inspección sanitaria que revela que “La isquemia mesentérica aguda es una entidad infrecuente” y considera los riesgos que conlleva una nueva intervención en el postoperatorio inmediato debido a complicaciones quirúrgicas y afirma que “las reintervenciones se asocian a una alta tasa de morbilidad” y que por dichos motivos, “se consideran de vital importancia valorar la realización de las mismas si el cuadro no es suficientemente alarmante”.

Igualmente el del el del Jefe del servicio de Cirugía que declara que “ las manifestaciones clínicas que el paciente refería, en ningún momento hizo sospechar la presencia o existencia de la trombosis de la arteria mesentérica pues no es el cuadro habitual que aparece en los casos de aparición espontánea de esta situación”, y que “Al ser una cirugía excepcional, (...), no hay datos en la literatura médica que prevengan contra esta complicación y (...), en nuestra experiencia en decenas de casos en la resección de otro tipo de tumores más habituales que la puedan interesar, jamás habíamos tenido esta complicación”.

El propio informe de la Dra precisa que “Es imposible determinar cuándo empieza el proceso, un trombo requiere un cierto tiempo, y aun cuando se sabe que a los 30' del accidente vascular, la mucosa intestinal presenta cambios por hipoxia ya, clínicamente esto pasa desapercibido hasta mucho después, siendo la sospecha lo que lleva a realizar una laparotomía precoz, con más posibilidades de éxito.

En definitiva, nos encontramos ante un supuesto de bastante rareza y excepcionalidad, cuya aparición, habida cuenta que se había comprobado que la cirugía se había desarrollado sin incidencia, era imprevisible, además de no existir datos en la literatura médica que hubieran hecho prever dicha complicación. Por otra parte, no está tan claro el momento concreto de cuando debieron realizarse las pruebas idóneas al paciente para diagnosticar la isquemia, y ello porque no resulta de lo actuado con absoluta claridad el momento en el que la patología



Madrid



debuta. Así, el propio informe de la Dra. refiere que “Es imposible determinar cuándo empieza el proceso, un trombo requiere un cierto tiempo”, “ la decisión para reintervenir es clara a partir de las 5-6 horas de la mañana, pero con mucha probabilidad la isquemia ya estaba establecida” y concluye señalando que “Es evidente que cuánto antes se actúe más posibilidades tiene el enfermo pero hay que decir también que el resultado podía haber sido el mismo, aunque se hubiera operado antes porque muy probablemente la isquemia llevaba tiempo establecida.” Y sentando finalmente que que “el manejo de los Servicios Sanitarios Públicos, en todo su conjunto se ajusta a "lex artis ad hoc".

Siendo así y ante informes médicos no coincidentes y contradictorios en algunos aspectos, y partiendo de la base incontestable de que el schwannoma sufrido por el paciente es un tumor muy raro, de localización aún menos frecuente en retroperitoneo, que engloba la AMS, de que la existencia de la trombosis de la arteria mesentérica no es el cuadro habitual, no existiendo literatura médica al respecto y que no se puede concretar el momento en el que comenzó a desarrollarse, no podemos hablar en puridad de mala praxis médica por retraso de diagnóstico, aunque sí de pérdida de oportunidad, puesto que, en estos casos, cuánto antes se actúe más posibilidades tiene el enfermo, sin perjuicio de lo cual, y en este caso, como señala la Dra. “el resultado podía haber sido el mismo, aunque se hubiera operado antes porque muy probablemente la isquemia llevaba tiempo establecida”.

En consecuencia, no se deduce de lo afirmado y expuesto que existan pruebas contundentes reveladoras de la concurrencia de una mala praxis por retraso de diagnóstico en una fase relevante del proceso asistencial, lo que determinaría la infracción de la "lex artis ad hoc".

Cierto, que una actuación de mala praxis y un supuesto de pérdida de oportunidad no son compartimentos estancos, no es así, no es absoluta o diametralmente contradictorio, pues aún en los supuestos de pérdida de oportunidad se produce mala praxis, lo que sucede es que la doctrina de la "pérdida de oportunidad" según la jurisprudencia (ssTS 19 de junio y 9 de octubre de 2012 , recursos 579 y 1895/2011 respectivamente entre otras muchas) se aplica cuando no hay total seguridad acerca de si la actuación omitida hubiere sido eficaz para evitar el resultado final no querido. Y esto es lo sucedido en el caso de autos.





En consecuencia, concurren elementos probatorios suficientes para deducir que, no se pusieron a disposición del Sr. [redacted] todos los medios de la sanidad pública para detectar con antelación suficiente la isquemia mesentérica, que finalmente, determinó una nueva intervención con los consiguientes perjuicios de acortamiento del intestino, impidiendo de ese modo que pudiera afrontarse el tratamiento que, podría haber permitido superar un poco mejor la grave patología y con ello mejorar la calidad de vida del paciente. Y de ello se deriva la concurrencia del presupuesto de la antijuridicidad del daño, recogido en el artículo 34.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, y básico para la apreciación de la responsabilidad patrimonial de la Administración que se reclama. Por lo demás, y como hemos expuesto, el resto de la actuación médica hemos de considerarla ajustada a la lex artis.

.- Falta de aportación del protocolo quirúrgico de la cirugía practicada el 05-06-2017 y las Hojas de evolución hasta la realización del TAC el día 07-06-2017.

Se alega por el recurrente, que no se ha entregado la documentación completa de la historia clínica para conocer el desarrollo y evolución del paciente. Al efecto, señala que cuando se solicitó la historia clínica completa del paciente, por parte del Centro Hospitalario se omitió cierta información de relevancia para el caso, entre ella el protocolo quirúrgico de la cirugía practicada el 05-06-2017, las Hojas de evolución postoperatoria – entre los días 05-06-2017 y 07-06-2017, desde la extirpación del tumor hasta la realización del TAC el día 07-06-2017 en el que por primera vez se observan graves indicios de isquemia y se procede a la práctica de la primera laparotomía exploradora– y las analíticas practicadas al paciente entre los días 05-06-2017 y 07-06-2017, entre otros.

Pues bien, a este respecto en el Informe del Servicio de Cirugía y Aparato Digestivo del Hospital [redacted] de 20 de abril de 2018, es concluyente al afirmar que "se han trasladado los informes disponibles tanto del día 5 al 6 de junio de 2017 mientras estuvo ingresado en la URPA a cargo del servicio de Anestesia, como lo que existe en la historia clínica en las 24 horas siguientes. Obviamente, solo se





reseña aquello que se considera fundamental como habitualmente se hace en los comentarios de evolución clínica" y en cuanto al protocolo quirúrgico, refiere que "existe una transcripción literal del mismo en el informe clínico que se entregó al paciente al ser dado de alta y que probablemente no se ha advertido que allí estaba reflejado".

No podemos estimar la denuncia efectuada en este punto sobre esta cuestión, toda vez que, además de lo reflejado en el informe citado, resulta evidente que ninguno de los peritos actuantes en el presente procedimiento ha manifestado la imposibilidad de acceder a la historia clínica del paciente, que, por otra parte, obra en el expediente administrativo, y con arreglo a ella, han emitido sus correspondientes informes sobre la praxis médica. Se aprecia por lo demás que, tal y como refiere el informe pericial aportado por la entidad codemandada, que "En los evolutivos de seguimiento de la UCPQ, pueden también objetivarse, todos los procedimientos, pruebas, tratamientos y decisiones que se iban tomando de manera razonada, y conforme a los protocolos establecidos", por lo que, en atención a lo expuesto, no ha resultado acreditada la omisión u ocultación de información alguna, y por ende, no ha existido indefensión alguna por lo que procede desestimar el motivo invocado.

.- La invalidez del consentimiento informado.

Finalmente, invoca la parte recurrente invalidez del consentimiento informado, prestado por D. para la laparotomía exploradora, que firmó con fecha 30 de marzo de 2017, afirmando que no constaba como riesgo la isquemia mesentérica, ni de sus posibles alternativas, lo que estima, privó al paciente de su autonomía de la voluntad a la hora de decidir si someterse o no a la cirugía, asumiendo, o no, el riesgo de sufrir graves e irreversibles secuelas.

A este respecto conviene recordar al reclamante que en el citado documento de consentimiento, que obra en el folio 243 del expediente administrativo, constaba:

"Este documento informativo pretende explicar, de la forma más sencilla posible, la intervención denominada LAPAROTOMIA EXPLORADORA así como los aspectos más importantes del periodo postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que como





consecuencia de la intervención pueden aparecer. Esto tiene el objetivo de que usted tenga una información adecuada previa a su consentimiento para la intervención. Tal como establece la ley Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (41/2002)

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO. BENEFICIOS ESPERABLES

El cirujano/a me ha explicado que mediante este procedimiento se pretende acceder a la cavidad abdominal, para realizar una exploración de la misma, con objeto de intentar diagnosticar la enfermedad que padezco y actuar en consecuencia, incluyendo la realización de otros procedimientos quirúrgicos si la enfermedad lo requiere.

El procedimiento requiere anestesia de cuyos riesgos será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesario la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Beneficios esperables: El cirujano/a me ha explicado que, mediante este procedimiento, se pretende llegar a un diagnóstico de la enfermedad que padezco, que no ha podido ser determinado por otros medios y, en caso de que mi enfermedad tenga un tratamiento quirúrgico, intentar si es posible tratarla en el mismo procedimiento

RIESGOS

Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas como otros específicos del procedimiento, que pueden ser:

Riesgos poco graves y frecuentes; Infección o sangrado de la herida quirúrgica, retención aguda de orina, flebitis, Dolor prolongado en la zona de la operación, Retraso en la recuperación del tránsito intestinal.

Riesgos poco frecuentes y graves Dehiscencia de la laparotomía (apertura de la herida). Si se realizan suturas intestinales pueden producirse fistulas por fallos en la cicatrización de las mismas. Sangrado o infección intraabdominal. Obstrucción intestinal.

**Madrid**



Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia. y excepcionalmente puede producirse la muerte.

Riesgos relacionados con circunstancias personales o profesionales: "Hemorragia lesión víscera hueca"

ALTERNATIVAS A INTERVENCIÓN

En su caso particular, tras haberle realizado pruebas diagnósticas pensamos que ésta es la mejor alternativa para intentar diagnosticar su enfermedad y si es posible tratarla."

Refiere el Informe del Servicio de Cirugía y Aparato Digestivo del Hospital de 20 de abril de 2018 lo siguiente:

«Con respecto al "Consentimiento informado", efectivamente se le entregó al paciente el consentimiento informado denominado "laparotomía exploradora" correspondiente al grupo de intervenciones como la que precisaba el paciente. No obstante, dada la multitud de patologías y soluciones quirúrgicas contenidas en este tipo de consentimientos, resulta inviable detallar exhaustivamente la totalidad de la casuística clínica. De este modo, este consentimiento incluye los procedimientos más habituales que exigen una laparotomía exploradora, y reserva un espacio para la inclusión por el equipo médico de las características de las intervenciones más infrecuentes. Dado que el tumor que presentaba el paciente, "era harto infrecuente" se anota, en el espacio reservado a ese efecto en mayúsculas "extirpación tumor retroperitoneal".

En cualquier caso al paciente se le informó de forma exhaustiva verbalmente, hasta en tres ocasiones diferentes, lo que acredita nuestro interés en que comprendiera la trascendencia de la cirugía a la que se debía someter. Desde un punto vista quirúrgico, la posibilidad de la lesión de la arteria mesentérica superior siempre está presente en este tipo de intervención por el hecho de que la tumoración estuviera en contacto con la misma, así como la posibilidad de que fuera inextirpable.

**Madrid**



Por otro lado, el hecho de la naturaleza incierta del tumor a pesar de haber agotado todas las pruebas diagnósticas preoperatorias con probable diagnóstico de sarcoma entendemos que hacía inevitable la cirugía, aunque se hubieran pormenorizado los efectos adversos de cualquier cirugía, sobre todo por la edad del paciente. Incluso con un diagnóstico de benignidad pues, aunque así fuera, el hecho de tratarse de una patología expansiva, a largo plazo y dada su localización era posible que fuera incompatible con la vida si no se procedía a su extirpación. De estos extremos se dio información al paciente y familiares.

En la primera ocasión que se informa al paciente y se le entrega el consentimiento informado, se anota en la historia clínica "Informo de riesgos de la extirpación quirúrgica, incluido sangrado o lesión visceral, que entiende y no tiene dudas" (en lesión visceral estaría incluida la lesión intestinal que se produjo en este caso); en la segunda se anota "se reinforma al paciente nuevamente de la intervención quirúrgica" y en la tercera ocasión, una semana antes de la cirugía, se reinforma nuevamente sobre la intervención quirúrgica al paciente que acude acompañado al menos junto a su padre y, en esta ocasión, por el Dr. (..) en presencia del Dr. (..). Esta información pensamos que es franca, extensa e incluso con la confección de un croquis sobre papel de lo que iba a ser la intervención, desconocemos si este papel se le entregó al paciente y aún lo conserva.

Esta información reiterada expresa la preocupación del equipo porque el paciente tuviera conocimiento detallado de su intervención pues el quid de la misma era la situación del tumor sobre la citada arteria mesentérica superior, pues una lesión o complicación sobre esta arteria podría tener consecuencias no deseadas, como desgraciadamente así sucedió y que incluso podrían haber causado la muerte del paciente. Igualmente, para evitar en lo posible las consecuencias de una hipotética lesión de la citada arteria se programó junto al servicio de Cirugía Vascular el acceso vascular preoperatorio que solucionara endoluminalmente un eventual accidente quirúrgico durante la resección del tumor, cosa que afortunadamente no existió. De este procedimiento se informó al paciente adecuadamente y constituyó parte fundamental de esta tercera información que se le dio al propio paciente y familiares."

En el informe de la Dra. se manifiesta respecto de este punto que "Se facilita al paciente un consentimiento informado genérico, no se dispone de uno específico para este tipo de lesiones, pero en el que se hace constar el diagnóstico de "tumor retroperitoneal". Se afirma que el paciente ha sido





debidamente informado, varias veces, de la cirugía a realizar y sus riesgos, que comprende y acepta la intervención. En el consentimiento escrito no se registra la isquemia mesentérica como posible complicación, quizás porque no es frecuente aunque sus secuelas sean muy graves. No sabemos si se informó verbalmente de ello. También es cierto que no se sabía si la resección iba a ser posible dada la implicación de la arteria con el tumor” y concluye afirmando que “Es informado de que la cirugía es la opción terapéutica para este tipo de tumores. El consentimiento no hace referencia a la isquemia mesentérica como complicación de la misma. De hecho no se encuentra esta complicación en la literatura publicada de la cirugía de estos tumores. Puede decirse que es una rareza. No sabemos si verbalmente se amplió la información.”

Por su parte, el informe emitido por los Dres. Sr. [redacted] y Sra. [redacted] se afirma que “Se indica cirugía ante la sospecha de tumor maligno, siendo informado en repetidas ocasiones y se le entrega CI con la información básica, debido a la indeterminación del tipo de lesión, por lo que no fue posible dar más explicaciones, a expensas de la exploración quirúrgica que era la determinante de la actuación a seguir. Por tanto, consideramos que el CI fue el adecuado y no pudo ofrecerse otro a la espera de la cirugía.

También se hace referencia a este punto en el al Dictamen de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, donde en relación al consentimiento de “laparatomía exploratoria” refiere que figura debidamente completado y firmado el 30 de marzo de 2017, y en él se hacen constar los distintos riesgos tanto frecuentes como menos frecuentes. Asimismo, que se hace constar, en el espacio reservado al efecto, que la intervención consistía en “extirpación tumor retroperitoneal”, tumor muy infrecuente según señala el informe del Servicio de Cirugía e igualmente se anota como riesgo relacionado con circunstancias personales o profesionales en el caso concreto del paciente “Hemorragia lesión víscera hueca”.

Por ello, tanto el paciente y alguno de sus familiares tuvieron conocimiento detallado de su intervención y de sus riesgos, no sólo por la lectura del documento de Consentimiento Informado, sino por la detallada información verbal que recibieron, dando así cumplimiento a lo establecido en el artículo 4 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora





de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

A la vista de lo expuesto, no podemos considerar que haya existido insuficiencia de información respecto de la intervención a practicar "laparotomía exploradora", que está descrita en el consentimiento informado, así como de los riesgos que la misma conlleva. Si bien es cierto que no aparece expresamente identificado como riesgo la de la isquemia mesentérica, no lo es menos que en el mismo, constaba entre los riesgos poco frecuentes y graves: (...) apertura de la herida, fístulas (...), sangrado o infección intraabdominal. Obstrucción intestinal" Además figura otra anotación en el riesgo relacionado con circunstancias personales o profesionales como es "Hemorragia lesión víscera hueca". Como precisa el informe del Jefe del Servicio de Cirugía se anota en la historia clínica "Informo de riesgos de la extirpación quirúrgica, incluido sangrado o lesión visceral, que entiendo y no tiene dudas" (en lesión visceral estaría incluida la lesión intestinal que se produjo en este caso)"

Y como se ha precisado, este consentimiento incluye los procedimientos más habituales que exigen una laparotomía exploradora, y reserva un espacio para la inclusión por el equipo médico de las características de las intervenciones más infrecuentes. Dado que el tumor que presentaba el paciente, "era harto infrecuente" se anota, en el espacio reservado a ese efecto en mayúsculas "extirpación tumor retroperitoneal".

Como hemos puesto de relieve en muchas ocasiones, el Consentimiento informado tiene como finalidad poner en conocimiento del paciente de manera sencilla y entendible los riesgos que conlleva una determinada actuación médica, pero ello no implica que deba existir una numeración exhaustiva de todas y cuantas complicaciones puedan surgir, pues este no es la finalidad del consentimiento sino trasladar al paciente los riesgos que en general puede entrañar la intervención a la que va a ser sometido, que en este caso, se menciona incluso el riesgo de mortalidad.

**Madrid**



Por lo tanto, la firma de la paciente en este documento viene a confirmar que fue informada cumplidamente de las particularidades de la técnica aplicada en los términos exigidos en los protocolos de actuación, así como los posibles riesgos y complicaciones que podía conllevar. En suma: se ha cumplido con la diligencia debida en materia de información.

En este sentido, debemos traer a colación la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, de 12 de enero de 2011, Sección octava que señala:

“En el Fundamento Primero no hay un solo dato que evidencie una mala praxis, sin que el hecho de que en la Hoja del consentimiento informado no se reflejase específicamente esta infrecuente complicación no convierte automáticamente en antijurídicas las graves secuelas consecuencia de esa rara complicación y ello porque el Consentimiento informado tiene como finalidad poner en conocimiento del paciente los riesgos que conllevo y asume una determinada actuación médica, sin que ese consentimiento exija una numeración exhaustiva de todas y cuantas complicaciones puedan surgir, basta con reflejar el riesgo que conlleva para que el paciente sea consciente del peligro que la intervención entraña.

En la Hoja de consentimiento, firmada por la paciente, si bien no se recoge- como acabamos de decir-específicamente esta infrecuente complicación, si quedan descritas numerosas y graves complicaciones, entre otras, “los efectos secundarios de la medicación antirechazo- dentro del que podría incluso, quedar subsumida la complicación sufrida llegando, a recogerse expresamente: “Soy consciente de que algunas complicaciones no controladas pueden ocasionar la muerte.” Entendemos, discrepando del esquemático Informe pericial judicial – realizado por Especialista en Medicina

Interna y Endocrinología – que esa Hoja contenía información suficiente para que la paciente tuviera perfecto conocimiento de los importantes riesgos que corría al someterse a tan compleja intervención, último “cartucho” que tenía que quemar para lograr sus superveniencia dada la gravísima situación clínica en la que se encontraba (...).”



Administración
de Justicia

Igualmente, la Sentencia 298/2017 dictada por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de abril de 2018,

“En consecuencia, la información proporcionada se considera suficiente por cuanto, como ha destacado la jurisprudencia, la información previa a la actividad médica no puede ser excesiva, ilimitada, ya que de lo contrario puede contrarrestar su propia finalidad. Pretender que en la información previa se constaten todos y cada uno de los riesgos y posibilidades existentes supone - por exceso - contravenir los principios de la norma, ya que no se respetaría la exigencia de claridad, concreción y adaptación a los conocimientos de quienes lo reciben. Esto es, se debe evitar el exceso en el contenido de la información que se ofrece para que sea realmente efectiva y no desmedida. En este sentido, en la STS 9 de octubre de 2012, (recurso de casación 6878/2010) se señala que “la información no puede ser ilimitada o excesiva, so pena de producir el efecto contrario, atemorizante o inhibitor y que ha de ofrecerse en términos comprensibles, claros y adaptados al usuario de la asistencia.” Por tanto, es un derecho que ha de ponerse en relación con los datos que en concreto se han de transmitir y la finalidad de la información misma en cuanto al conocimiento de los riesgos y alternativas existentes según el estado de la técnica»”

Es por ello que consideramos que la hoja del consentimiento informado firmado por la paciente, contenía información suficiente para que la paciente tuviera perfecto conocimiento de los importantes riesgos que corría al someterse a la intervención.

En definitiva, consideramos que la paciente fue informada cumplidamente de la técnica aplicada y de los posibles riesgos y complicaciones que podía conllevar, cumpliendo con la diligencia debida en materia de información.

OCTAVO.- Cuantía de la Indemnización.

Llegados a este punto procede determinar la indemnización procedente.



Madrid



Como se ha expuesto, la imposible determinación de cuál es el daño en el caso examinado, y al mismo tiempo el desconocimiento de cómo habría evolucionado el paciente en el supuesto de haber tenido una asistencia médica más rápida, lleva a considerar que la situación provocada comporta una privación de expectativas que, desde el punto de vista jurídico, como se ha dicho viene calificado como pérdida de oportunidad (Sentencias del Tribunal Supremo de 7 de septiembre de 2005 y 26 de junio de 2008).

A este respecto, la denominada pérdida de oportunidad se ha precisado por el Tribunal Supremo en sus justos términos. En primer lugar, precisando su concepto: "Es sabido que en el ámbito de la responsabilidad sanitaria se habla de pérdida de oportunidad, de vida o de curación, cuando en la asistencia médica correspondiente se ha omitido un diagnóstico adecuado, un tratamiento específico, el suministro de un concreto fármaco o una mayor celeridad en la actuación de tal modo que se habría privado al paciente, previsiblemente, de una mayor posibilidad de curación" (STS del 18 de julio de 2016, rec. 4139/2014).

También la sentencia del TS del 25 de mayo de 2016, rec. 2396/2014, refiere que "La cuantificación de la indemnización, atendiendo a las circunstancias del caso, exige tener en cuenta que en la pérdida de oportunidad no se indemniza la totalidad del perjuicio sufrido, sino que precisamente ha de valorarse la incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o minorado.

Hemos expuesto que los límites entre la pérdida de oportunidad y la mala praxis o infracción de la lex artis ad hoc no siempre aparecen claros y certeros. Respecto a ello, la sentencia de esta Sala de 21 de octubre de 2015 (recurso nº 367/2015), que se cita a su vez en otras posteriores, razona que "a la hora de concretar la cuantía indemnizatoria no resulta indiferente especificar si ha concurrido un supuesto de pérdida de oportunidad o, por el contrario, si ha existido quiebra de la lex artis ad hoc, pues, tal como ha señalado la sentencia de 3 de diciembre de 2012, la pérdida de oportunidad se configura como una figura alternativa a la quiebra de la lex artis que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico consecuencia del funcionamiento del servicio, añadiendo seguidamente, a efectos de

**Madrid**



cuantificación de la indemnización que, en estos casos, el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera. En la pérdida de oportunidad hay, así pues, una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja en cierto modo al daño moral y que es el concepto indemnizable. En definitiva, es posible afirmar que la actuación médica privó al paciente de determinadas expectativas de curación, que deben ser indemnizadas, pero reduciendo el montante de la indemnización en razón de la probabilidad de que el daño se hubiera producido, igualmente, de haberse actuado diligentemente. En análogo sentido se han pronunciado las Sentencias del Tribunal Supremo de 26 de junio de 2008 , 25 de junio de 2010 , 23 de septiembre de 2010 y 16 de febrero de 2011 .

En consecuencia, la cuantía de la indemnización es diferente si se acredita la infracción de la *lex artis*, en cuyo caso ha de tenderse a la reparación integral o plena indemnidad de los daños y perjuicios causados (Sentencias del Tribunal Supremo de 10 de octubre de 2011 , 3 de mayo de 2012 y 16 de mayo de 2012), o si, pese a no demostrarse la quiebra de esta, se justifica la privación de expectativas en que consiste la pérdida de oportunidad, debido a la incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o minorado el deficiente estado de salud del paciente (...) con la consiguiente entrada en juego a la hora de valorar el daño así causado de dos elementos o sumandos de difícil concreción, como son, el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido ese efecto beneficioso, y el grado, entidad o alcance de éste mismo (Sentencia del Tribunal Supremo 23 de septiembre de 2010 , 19 de octubre de 2011 , 23 de enero de 2012 y 3 de julio de 2012), de modo que en este segundo caso la pérdida se asemeja en cierto modo al daño moral, que es el concepto indemnizable (Sentencia del Tribunal Supremo de 3 de diciembre de 2012)".

En este caso, no se pueda descartar que el recurrente hubiera padecido igualmente un proceso complicado que hubiera llegado al mismo desenlace, pero ello ha de tenerse en cuenta en el momento de fijar la indemnización, porque la pérdida de oportunidad tiene que ver con el daño moral concretado en la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran

**Madrid**



tomado los hechos de haberse seguido, en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubiesen acaecido de otra manera, ésta pérdida de oportunidad se asemeja a un daño moral que es el concepto indemnizable.

A la hora de cuantificar la indemnización, resulta extremadamente difícil valorar en términos objetivos, la incidencia que podía tomar el haberse diagnosticado la isquemia mesentérica horas antes de confirmarlo el personal médico del

Para concretar el contenido y la entidad del daño causado y determinar el importe de la indemnización correspondiente, la doctrina jurisprudencial tiene en cuenta las circunstancias concurrentes en cada caso concreto, y atiende a la edad, circunstancias de la asistencia recibida, evolución y/o probabilidades de supervivencia y demás circunstancias (sentencias del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2007 , 1 de febrero de 2008 , 30 de septiembre de 2009 , 25 de mayo , 30 de septiembre y 2 de noviembre de 2011 , y 26 de marzo de 2012 , entre otras).

Lo cierto es que las consecuencias de esa pérdida de oportunidad son limitadas, de un lado, porque no se sabe exactamente el momento exacto de la aparición de la dolencia, y por otro lado, porque no existe prueba alguna que demuestre cumplidamente que de haberse diagnosticado en ese momento hubiese cambiado el resultado final o la calidad de vida del paciente.

En esas condiciones hemos de cuantificar la indemnización por ese retraso de diagnóstico que ha supuesto la privación de ese incierto desenlace, debiendo valorar igualmente que ello ha supuesto además de alargar innecesariamente el dolor de la paciente, ello unido al daño moral sufrido por sus familiares al no encontrar el origen de sus dolencias.

Y en este sentido, tomando en consideración las consecuencias de los hechos, que el paciente tenía la edad de 41 y demás circunstancias (la rareza del tumor, práctica de la intervención con arreglo a la lex artis y sin incidencias, falta de previsión en la literatura médica de la complicación, las dificultades del diagnóstico, la imposibilidad de determinar el

**Madrid**



momento exacto de la aparición de la isquemia mesentérica) y la no constancia fehaciente de las posibilidades de mejorar la calidad de vida del paciente, consideramos que una indemnización que se entienda como ponderada para cubrir los daños y las pérdidas causadas, podría fijarse y se fija prudencialmente en la cantidad de 90.000 euros. Las cantidades señaladas han de entenderse actualizadas por todos los conceptos a la fecha de la presente resolución, lo que conlleva la estimación parcial del presente recurso contencioso administrativo.

Por todo lo expuesto, procede estimar parcialmente el recurso

NOVENO.- La inadmisibilidad parcial del recurso contencioso-administrativo por desviación procesal en relación con la pretensión de abono de intereses.

Por el Letrado de la Comunidad De Madrid, en representación y defensa del Servicio Madrileño De Salud, se alega que se ha incurrido en desviación procesal al solicitar en la demanda la condena al pago de los intereses, cuando no se solicitaron los mismos en vía administrativa.

Dicha inadmisión ha de ser desestimada pues, basta con revisar el Expediente Administrativo para comprobar, que en el suplico de la reclamación administrativa, que dichos intereses sí fueron solicitados, por lo que no se ha incurrido en desviación procesal alguna. Sin embargo, en el presente caso, con arreglo a lo expuesto en la fundamentación precedente, estimamos la cantidad de 90.000 € como cantidad actualizada por todos los conceptos a la fecha de la presente resolución.

ÚLTIMO.- Costas procesales

De conformidad con lo dispuesto en el apartado 1 del artículo 139 de la Ley 29/1998, de 13 de Julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa, en la redacción que del mismo efectúa la Ley 37/2011, de 10 de Octubre, de Medidas de Agilización





Procesal, en la medida en que la estimación es parcial, no se imponen las costas procesales.

Vistos los preceptos citados y demás de general y pertinente aplicación

FALLO

LA SALA ACUERDA:

Estimar parcialmente el recurso contencioso-administrativo interpuesto por la Procuradora Dña. en nombre y representación de D.

contra la Resolución de 2 de diciembre de 2019 dictada por el Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid por la que se desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada contra el

por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria recibida por

en el **HOSPITAL**

, reclamando un importe total de 469.077,36 €, que se anula condenando solidariamente al Servicio Madrileño de Salud y a la compañía aseguradora a abonar al recurrente la suma de 90.000 €. Sin costas.

La presente sentencia es susceptible de recurso de casación, que deberá prepararse ante esta Sala en el plazo de **treinta días**, contados desde el siguiente al de su notificación, acreditándose en el escrito de preparación del recurso el cumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 89.2 de la Ley de la Jurisdicción Contencioso-administrativa, con justificación del interés casacional objetivo que presente. Previa constitución del depósito previsto en la Disposición Adicional Decimoquinta de la Ley Orgánica del Poder Judicial, bajo apercibimiento de no tener por preparado el recurso.

Dicho depósito habrá de realizarse mediante el ingreso de su importe en la Cuenta de Depósitos y Consignaciones de esta Sección, cuenta-expediente nº 4982-0000-93-0112-20 (Banco de Santander, Sucursal c/ Barquillo nº 49), especificando en el campo **concepto** del documento Resguardo de ingreso que se trata de un "Recurso" 24 Contencioso-Casación (50 euros). Si el ingreso se hace mediante transferencia bancaria, se realizará a la cuenta general nº 0049-3569-92-0005001274 (IBAN ES55-0049-3569 9200) y se consignará el número de cuenta-expediente 4982-0000- en el campo



Este documento es una copia auténtica del documento Sentencia
2021 firmado electrónicamente por

Carlos Sardinero García
ABOGADO
SANTA ENGRACIA, 36 - BAJO B
28010 MADRID
TEL.: 91 686 91 60 / 91 448 96 92

SARDINERO ABOGADOS



“Observaciones” o “Concepto de la transferencia” y a continuación, separados por espacios, los demás datos de interés.

Así por esta nuestra Sentencia, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.

La difusión del texto de esta resolución a partes no interesadas en el proceso en el que ha sido dictada sólo podrá llevarse a cabo previa disociación de los datos de carácter personal que los mismos contuvieran y con pleno respeto al derecho a la intimidad, a los derechos de las personas que requieran un especial deber de tutela o a la garantía del anonimato de las víctimas o perjudicados, cuando proceda.

Los datos personales incluidos en esta resolución no podrán ser cedidos, ni comunicados con fines contrarios a las leyes.

