



Tribunal Superior de Justicia de Madrid
Sala de lo Contencioso-Administrativo
Sección Décima
C/ General Castaños, 1 , Planta 2 - 28004

Carlos Sardinero García
ABOGADO
C/ ALBERTO AGUILERA 34 - ENTREPLANTA F
28015 - MADRID
TEL.: 91 686 91 60 - 91 448 96 92

NIG: 28.079.00.3-2023/0000531

Procedimiento Ordinario 8/2023

Demandante: TORREJON SALUD S.A.

Demandado: COMUNIDAD DE MADRID
LETRADO DE COMUNIDAD AUTÓNOMA

Dña. _____ Dña.

y D. _____

PROCURADOR Dña. PALOMA SOLERA LAMA

SENTENCIA Nº 571 / 2024

ILMA. SRA. PRESIDENTE:

Dña. M^a DEL CAMINO VÁZQUEZ CASTELLANOS

ILMAS. SRAS. MAGISTRADAS:

Dña. FRANCISCA ROSAS CARRIÓN

Dña. GUILLERMINA YANGUAS MONTERO

En la Villa de Madrid a quince de julio de dos mil veinticuatro.

La Sección Décima de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid ha visto el recurso contencioso administrativo tramitado con el número 8/2023 de su registro, que se ha interpuesto por la entidad TORREJÓN SALUD, S.A, representada por el Procurador don _____ y dirigida por el Letrado don _____ contra la resolución dictada en fecha de 28 de octubre de 2022 por el Viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública de la Comunidad de Madrid, parcialmente estimatoria de reclamación de responsabilidad patrimonial.

Ha sido parte demandada la Comunidad de Madrid, representada y dirigida por la Letrado de su Abogacía General doña _____ se han personado en autos doña _____ don _____ y doña _____





ANTECEDENTES DE HECHO

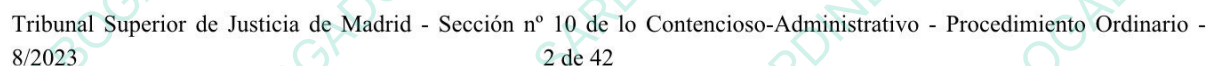
SEGUNDO. - La Comunidad de Madrid y doña [REDACTED] don [REDACTED] y doña [REDACTED] se opusieron a la demanda, de conformidad con los hechos y fundamentos de derecho que invocaron, terminando por solicitar sentencia desestimatoria del recurso, con imposición de costas a la parte actora.

TERCERO. - Habiéndose recibido el proceso a prueba, se practicaron los medios probatorios propuestos y admitidos con el resultado que obra en autos.

Presentados los escritos de conclusiones por todas las partes personadas en autos y finalizada la tramitación del proceso, se señaló para votación y fallo del recurso el día 10 de julio de 2024, fecha en que tuvo lugar.

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

Ha sido Magistrado Ponente doña [REDACTED] quien expresa el parecer de la Sección.



FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO. – La entidad TORREJÓN SALUD, S.A ha interpuesto el presente recurso contencioso administrativo contra la resolución dictada en fecha de 28 de octubre de 2022 por el Viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública de la Comunidad de Madrid, parcialmente estimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial que formularon doña _____ don _____ y doña _____ en fecha de 11 de mayo de 2020, para la indemnización, en cuantía de 217.772,44 euros, de los daños y perjuicios sufridos por el fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, don _____ el 1 de octubre de 2019, a causa de mala praxis por parte del Hospital de Torrejón, por error en el diagnóstico del dolor abdominal que presentaba, por falta de realización de pruebas, ausencia de tratamiento antibiótico y de intervención ulterior, señalando que “la evolución incontrolada de esa infección durante 4 días devino en una perforación de vesícula, que no se intervino a tiempo, produciéndose un shock séptico, que le condujo a la muerte”, añadiendo que no se informó de la existencia de infección ni de los elevados niveles de glucosa.

Con fundamento en la historia clínica, los informes de los servicios hospitalarios implicados, el informe de la Inspección Sanitaria y el dictamen pericial de praxis y de valoración del daño corporal realizado a instancia del órgano instructor, la resolución dictada en fecha de 28 de octubre de 2022 por el Viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública, estimó parcialmente la reclamación administrativa y reconoció a los reclamantes una indemnización actualizada de 112.229,42 euros en total, a cuyos efectos razona, en esencia:

“Pues bien, en este caso, según se ha expuesto, hay ciertamente un inicial error de diagnóstico, sin que, no obstante, tal y como concluyen ambos técnicos informantes (Inspección y _____) pueda determinarse con certeza cómo habría evolucionado la infección/sepsis de haberse detectado más tempranamente.

Y al asimilarse en estos casos el daño indemnizable al daño moral, su resarcimiento carece de módulos objetivos, lo que conduce a valorarlo en una cifra razonable, que, como señala la jurisprudencia, siempre tendrá un cierto componente subjetivo, dadas las dificultades que comporta la conversión de circunstancias complejas y subjetivas en una

suma dineraria (por todas, la sentencia del Tribunal Supremo de 19 de julio de 1997), ponderándose aquellas circunstancias concurrentes que pudieran determinar una mayor proporcionalidad y adecuación de la valoración de dicho quantum.

En el caso objeto de este procedimiento, para la valoración de la indemnización en la incertidumbre de lo que habría ocurrido de haberse diagnosticado la infección más tempranamente, deben ponderarse las siguientes circunstancias concurrentes en la relación causal: la sepsis en su fase más leve tiene una tasa de mortalidad del 7%, del 16% en su segunda etapa, y del 20% cuando es severa o grave (según consta en el Informe de la Dra.

); además, en este paciente, concurría la imposibilidad que evitar los efectos adversos e interacciones de los actuales anticoagulantes en situaciones de desequilibrio homeostático; y por último, padeció también una hemorragia subaracnoidea que actuó, según el Informe de la Autopsia, “como causante del cuadro de deterioro de conciencia y entrada en coma y como precipitante final del fallecimiento”.

Ponderando todo ello, parece adecuada la valoración que realiza la Dra.

en su Informe, concluyendo una indemnización de 112.229,42 Euros, para la que, como la citada jurisprudencia admite y aplica, se ha utilizado como base orientativa el cálculo del valor del fallecimiento del paciente según el baremo para accidentes de tráfico de la Ley 35/2015 (actualizado a 2022), realizando una minoración del 50% de su resultado.

Esta misma solución indemnizatoria se viene aplicando por los tribunales en casos similares, como ocurre con la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid nº 596/2017, de 9 de octubre, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 10ª, que concluye que “a falta de acreditación específica de la mayor o menor incidencia de uno u otro de los factores analizados, y dada su relevante entidad en ambos casos, consideramos razonable atribuir a cada uno de ellos el 50% de aportación causal a la producción del resultado”.

En definitiva, se reconoce una indemnización a la parte reclamante, ya actualizada, por importe total de CIENTO DOCE MIL DOSCIENTOS VEINTINUEVE EUROS CON CUARENTA Y DOS CÉNTIMOS (112.229,42 €)”.

Con invocación del artículo 106 de la Constitución Española, los artículos 91 y 92 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre,

de Régimen Jurídico del Sector Público, así como de la doctrina jurisprudencial en la materia, apoyándose en los dictámenes periciales de praxis y de valoración del daño realizados por la doctora doña _____ y el doctor _____

respectivamente, y previa descripción de la asistencia sanitaria dispensada a don _____ se alega en la demanda que en el caso no concurre ninguno de los requisitos que originan la responsabilidad patrimonial porque no se acredita relación de causalidad entre la asistencia sanitaria y el fallecimiento del paciente, que sufrió un shock por una hemorragia subaracnoidea súbita, imprevisible e inevitable, sin ninguna relación con el proceso séptico ni con la colecistitis, a lo que se añade que tampoco ha concurrido ninguna vulneración de la "lex artis" ni pérdida de la oportunidad terapéutica al haberse efectuado las pruebas diagnósticas y los tratamientos correctos y disponibles en atención a los signos y síntomas que presenta el paciente. Con carácter subsidiario se alega que la cantidad de 112.229,42 euros es excesiva y desproporcionada a la indemnidad del daño moral ocasionado por pérdida de la oportunidad.

La Comunidad de Madrid, atribuyendo mayor fuerza de convicción al informe de la Inspección Sanitaria, ha solicitado la desestimación del recurso contencioso administrativo por considerar que, desde la primera visita a Urgencias, no se tuvieron en cuenta los síntomas que presentaba el paciente y se dio lugar a un error en el diagnóstico con consecuencias nefastas para el mismo, añadiendo que la indemnización acordada a favor de su esposa e hijos fue correcta y proporcional al daño moral causado.

Igual pretensión desestimatoria deducen doña _____ don _____ y doña _____ que, en su escrito de contestación a la demanda han opuesto la excepción de falta de legitimación activa ad causam de TORREJÓN SALUD, S.A. para recurrir el acto administrativo en que la Comunidad de Madrid ha reconocido y declarado su responsabilidad patrimonial por la incorrecta asistencia sanitaria dispensada a don _____ ya que no puede evitar que la Administración reconozca y asuma su propia responsabilidad, y la resolución de 28 de octubre de 2022 no ha formulado ningún pronunciamiento frente a ella.

En lo atinente a la cuestión de fondo, afirman la existencia de responsabilidad patrimonial por mala praxis médica, que ha sido reconocida en la resolución de 28 de octubre de 2022 con fundamento en los razonamientos y conclusiones de los informes y dictamen emitidos en vía administrativa, y que aparecen respaldados por el dictamen pericial



colegido realizado por los doctores don _____ y don _____
aportado a este proceso, al que se atribuye mayor fuerza de convicción.

SEGUNDO. - Conviene recordar ahora que el artículo 106.2 de la Constitución Española proclama la responsabilidad patrimonial de la Administración, al disponer que: *"Los particulares, en los términos establecidos por la Ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos"*.

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, vigente al tiempo de la asistencia sanitaria por la que se reclama, 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”.

Pues bien, 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 que para que la misma se produzca concurren 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.

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).

TERCERO. - En asuntos de reclamaciones de responsabilidad patrimonial derivadas de asistencia sanitaria, la doctrina jurisprudencial -por todas, la sentencia del Tribunal Supremo de 9 de diciembre de 2008- tiene declarado que "*(...) el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial no impide que para su exigencia, como señala la sentencia de 7 de febrero de 2006, sea imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido. A tal efecto, la jurisprudencia viene modulando el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial, rechazando que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la*

Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con el mismo que se pueda producir, lo que supondría convertir a la Administración en aseguradora universal de todos los riesgos, con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados que pueda producirse con independencia del actuar administrativo, siendo necesario, por el contrario, que esos daños sean consecuencia del funcionamiento normal o anormal de la Administración (Ss. 14-10-2003 y 13-11-1997). La concepción del carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial que se mantiene por la parte recurrente no se corresponde con la indicada doctrina de esta Sala y la que se recoge en la sentencia de 22 de abril de 1994, que cita las de 19 enero y 7 junio 1988, 29 mayo 1989, 8 febrero 1991 y 2 noviembre 1993, según la cual: "esa responsabilidad patrimonial de la Administración se funda en el criterio objetivo de la lesión, entendida como daño o perjuicio antijurídico que quien lo sufre no tiene el deber jurídico de soportar, pues si existe ese deber jurídico decae la obligación de la Administración de indemnizar" (en el mismo sentido sentencias de 31-10-2000 y 30-10-2003)".

Se ha de precisar que, cuando se trata de reclamaciones derivadas de actuaciones sanitarias, la doctrina jurisprudencial viene declarando 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, de manera que, si el servicio sanitario o médico se prestó correctamente y de acuerdo con el estado del saber y de los medios disponibles, la lesión causada no constituiría un daño antijurídico – sentencia del Tribunal Supremo de 14 de octubre de 2002, con cita de la de 22 de diciembre de 2001-.

En este sentido, en la sentencia del Tribunal Supremo de 9 de octubre de 2012 se declaraba:

"(...) debemos insistir en que, frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todas las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso,

garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento del régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concorra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles (así Sentencia de esta Sala de 25 de febrero de 2.009, recurso 9.484/2.004, con cita de las de 20 de junio de 2.007 y 11 de julio del mismo año).

Con esto queremos decir que la nota de objetividad de la responsabilidad de las Administraciones Públicas no significa que esté basada en la simple producción del daño, pues además este debe ser antijurídico, en el sentido que no deban tener obligación de soportarlo los perjudicados por no haber podido ser evitado con la aplicación de las técnicas sanitarias conocidas por el estado de la ciencia y razonablemente disponibles en dicho momento, por lo que únicamente cabe considerar antijurídica la lesión que traiga causa en una auténtica infracción de la “lex artis” (...), es decir, que la adopción de los medios al alcance del servicio y el empleo de la técnica correcta, en cuanto supone la acomodación de la prestación sanitaria al estado del saber en cada momento y su aplicación al caso concreto atendiendo a las circunstancias del mismo, traslada el deber de soportar el riesgo al afectado y determina que el resultado dañoso no sea antijurídico –sentencias del Tribunal Supremo de 14 de octubre de 2002, con cita de la de 22 de diciembre de 2001, y de 25 de febrero de 2009-, ya que ya que la responsabilidad de la Administración en el servicio sanitario no se deriva tanto del resultado como de la prestación de los medios razonablemente exigibles y de la utilización de los conocimientos científicos o técnicos en el nivel más avanzado de las investigaciones, pero no abarca el deber de garantizar un resultado positivo.

También la sentencia del Tribunal Supremo de 6 de mayo de 2015 (recurso de casación nº 2099/2013) declaraba 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>>.

En suma, el criterio de normalidad delimita la responsabilidad sanitaria exigiendo no sólo que exista el elemento de lesión sino también que no se haya prestado un servicio adecuado a los estándares habituales, bien sea porque el personal sanitario no haya actuado con arreglo a la diligencia debida, diligencia que incluye la utilización de los conocimientos presentes en el circuito informativo de la comunidad científica o técnica en su conjunto, *"teniendo en cuenta las posibilidades concretas de circulación de la información"*, y la disposición de los medios al alcance que, por su propia naturaleza, no tienen un carácter ilimitado.

CUARTO. – Puesto que en la resolución de 28 de octubre de 2022 ha reconocido la responsabilidad patrimonial a título de pérdida de la oportunidad, interesa también citar la doctrina 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, FJ2º) y 26 de junio de 2008 , ya citada, FJ6º], 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*".

La ya citada sentencia del Tribunal Supremo de 2 de enero de 2012, con cita de otras, delimita los ámbitos de la responsabilidad patrimonial sanitaria por vulneración de la “lex

artis” y por pérdida de la oportunidad, así como la interrelación entre ambas, en un supuesto de fallecimiento con demora en el diagnóstico y en el tratamiento la citada sentencia parte de una inicial vulneración de la lex artis: aunque en el caso existió un lapso temporal inicial en el que el diagnóstico fue adecuado a la sintomatología del paciente, se vulneró la lex artis cuando, al no mejorar, no se reevaluaron los síntomas y signos ni se efectuó un diagnóstico diferencial, lo que le privó de un diagnóstico adecuado más temprano, sin embargo, la indemnización del daño causado se determinó en función de la pérdida de oportunidad, no solo por la inicial adecuación del diagnóstico a los síntomas y signos que entonces presentaba el paciente, sino también por la incertidumbre sobre el curso que habría tomado la enfermedad si se hubiera diagnosticado precozmente.

Por ello, en los casos en que no conste, de manera clara e indubitada, que se ha incurrido en una clara y patente vulneración de la “lex artis”, aun existiendo un cierto quebranto de la misma, o cuando el daño producido no sea consecuencia de una acción directa de los facultativos, sino debidos a errores de diagnóstico u omisiones de pruebas o de tratamiento, o cuando no haya certidumbre sobre el resultado final en el caso de no haber mediado aquel quebranto, se estaría ante un supuesto de pérdida de la oportunidad debiendo determinarse la indemnización en proporción a la pérdida sufrida

QUINTO. – La entidad TORREJÓN SALUD, S.A ostenta legitimación “ad causam” para constituirse en parte demandante de este proceso porque tiene un interés legítimo (artículo 19.1.a) de la Ley Jurisdiccional):

Es cierto que la resolución dictada en fecha de 28 de octubre de 2022 por el Viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública de la Comunidad de Madrid, no contiene pronunciamiento sobre la responsabilidad de TORREJÓN SALUD, S.A, pero también lo es que la responsabilidad patrimonial se reconoció con fundamento en la pérdida de la oportunidad terapéutica ocasionada a don [redacted] en la asistencia sanitaria que le dispuso el Hospital de Torrejón, que era la concesionaria de ese servicio público en virtud de la adjudicación del correspondiente contrato de gestión, entre cuyas cláusulas administrativas particulares se encontraba, en el artículo art 9.1.3.7, la obligación de la entidad adjudicataria de:

“Asumir las obligaciones derivadas de perjuicios que pudieran causarse a los usuarios del servicio sanitario, por actuaciones sanitarias o de otro tipo y reconocidas bien por iniciativa de la propia entidad adjudicataria, bien por resoluciones judiciales o administrativas aunque no sean firmes. A estos efectos, la entidad adjudicataria deberá suscribir la correspondiente póliza de seguro o adherirse si fuera posible a la que mantenga suscrita la Administración para garantizar estos riesgos, en los términos previstos en el ANEXO XII. Tales pólizas de seguro deberán estar contratadas y mantenerse en vigor durante la correspondiente fase de ejecución del contrato desde la puesta en funcionamiento del Hospital. Siempre que exista sentencia judicial firme en la que se ordene a la Administración Sanitaria el pago de una indemnización, derivada de responsabilidad directa o subsidiaria por actuaciones asistenciales incluidas en el objeto del presente contrato, la Administración Sanitaria, sin perjuicio de ejecutar la sentencia, repercutirá el importe abonado a la Sociedad Concesionaria mediante la correspondiente factura”.

La precitada clausula se ajusta a lo dispuesto en la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, cuyo artículo 196, relativo a la indemnización de daños y perjuicios causados a terceros, dispone en su apartado 1:

“Será obligación del contratista indemnizar todos los daños y perjuicios que se causen a terceros como consecuencia de las operaciones que requiera la ejecución del contrato”

Y cuyo artículo 288.c) establece, entre las obligaciones generales del concesionario del servicio, la de:

“(c) Indemnizar los daños que se causen a terceros como consecuencia de las operaciones que requiera el desarrollo del servicio, excepto cuando el daño sea producido por causas imputables a la Administración”.

Por ello, la entidad TORREJÓN SALUD, S.A, a la que no cabe incluir dentro del supuesto del artículo 20 .c) de la Ley Jurisdiccional -porque no es una entidad de derecho público, sino una sociedad mercantil- tiene un interés legítimo en la impugnación de la resolución administrativa que ha reconocido la responsabilidad patrimonial y cuantificado la indemnización, ya que la Comunidad de Madrid podría repercutir contra la concesionaria la

cantidad abonada por la responsabilidad patrimonial derivada de las actuaciones asistenciales.

Ello no significa, sin embargo, que la eventual estimación del recurso modifique la vinculación de la Comunidad de Madrid a su propia resolución, que queda invariable para la Administración y para los aquí codemandados en virtud del principio de los actos propios, de forma que, de prosperar la demanda, los efectos de la presente resolución solo se proyectarían sobre las relaciones existentes entre la Comunidad de Madrid y TORREJÓN SALUD, S.A., excluyendo la posibilidad de que la primera pueda repetir contra la concesionaria del servicio.

SEXTO. – Tal y como se desprende de los términos en que se ha planteado el debate, y puesto que, frente a lo afirmado por la parte actora, se sostiene de contrario la defectuosa actuación de los servicios sanitarios del Hospital de Torrejón, resulta preciso determinar si en este proceso se ha acreditado el correcto funcionamiento del servicio en los términos que se afirman en la demanda.

Para ello se han de examinar los elementos probatorios aportados al proceso y valorarlos en su conjunto y según las reglas de la sana crítica -puesto que en nuestras leyes procesales no rige el principio de prueba tasada-, y aplicando, en su caso, las reglas sobre la carga probatoria establecidas en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, conforme al cual 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”*, si bien se ha de señalar que en este caso ambas partes han tenido una facilidad probatoria similar, por cuanto que en el expediente administrativo y en los autos obra la documentación necesaria para resolver la litis.

Ha de señalarse que, como normas reguladoras de la sentencia, las reglas generales o principios de carga de la prueba establecidos en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, entran en juego cuando en la misma se estime que no se ha probado un hecho básico, para atribuir las consecuencias de la falta de prueba a la parte a la que le correspondía el "onus probandi", según las reglas aplicables para su imputación a una u otra parte, pero no cuando se considera que un presupuesto fáctico esencial para la resolución de la litis ha quedado debidamente acreditado mediante cualquier elemento probatorio, sin que, en virtud del principio de adquisición procesal, importe qué parte aportó la prueba –sentencias de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 31 de enero y 14 de febrero de 2012, y de 8 de abril de 2013 de la Sala Primera del Tribunal Supremo, entre otras, conforme a las cuales el tribunal ha de valorar todas las pruebas practicadas con independencia de qué parte las haya aportado al proceso, al considerar que los resultados de la actividad probatoria en su conjunto son comunes para todas las partes, de manera que, a los efectos de acreditar los hechos controvertidos, es irrelevante que los medios probatorios se hayan practicado a instancia de una u otra-.

Señalaremos 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, 10 de junio de 2008, 29 de enero de 2010, y 20 de mayo y 1 de junio de 2011, y conforme a la que en sede de responsabilidad patrimonial por defectuosa asistencia sanitaria no es factible cuestionar si hubo el error o retraso diagnóstico o inadecuación del tratamiento si el reproche se realiza exclusiva o primordialmente fundándose en la evolución posterior del paciente y, por ende, infringiendo la prohibición de regreso que imponen las leyes del razonamiento práctico, ya que la valoración ha de efectuarse según los síntomas y los signos existentes en el momento de la valoración y de los medios diagnósticos y terapéuticos entonces disponibles, no siendo válido incurrir en la prohibición del regreso a partir del diagnóstico final.

SÉPTIMO. - La decisión de las cuestiones litigiosas de fondo pasa por tener en consideración la relación de hechos acreditados en el procedimiento administrativo que se

recoge en la resolución dictada en fecha de 28 de octubre de 2022 por el Viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública de la Comunidad de Madrid, que las partes de este proceso no cuestionan. Los hechos resultantes de la historia clínica son los siguientes:

<< D. de 67 años de edad en el momento de los hechos, acude a Urgencias del Hospital Universitario de Torrejón el 26 de septiembre de 2019, a las 23:56 horas, por "dolor epigástrico". Acude "porque presenta desde hoy tras la cena, dolor a nivel epigastrio y retroesternal, asociando náuseas y vómitos, sin diarrea, ni alza térmica, ni disnea". En la exploración física, el paciente está consciente. Buena hidratación. Buena perfusión. Normocoloreado. Tórax: rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservado, dolor a la palpación al nivel del tercio inferior de esternón. Abdomen: blando y depresible. Dolor a la palpación epigástrica. Sin irritación peritoneal. Puño percusión renal derecha negativa. Puño percusión renal izquierda negativa. Miembros inferiores sin edemas. Sin signos de trombosis venosa profunda. A destacar en las analíticas sanguíneas: glucosa 158, urea 42, creatinina 1.17 y bilirrubina total 0.5. Enzimas: ASAT (GOT) 22, ALAT (GPT) 44, Amilasa. Número total leucocitos: 8.93. Radiografía de tórax: sin hallazgos. Electrocardiograma: fibrilación auricular a 86 lpm, bloqueo rama derecha, similar morfología a ecocardiograma, con analítica con enzimas cardíacas negativas. El juicio clínico es de dolor abdominal epigástrico en relación con gastroenteritis. Se instaura como tratamiento omeprazol (40 mg viales), 1 vial cada hora, ondansetron normon (4 mg ampollas), 1 ampolla cada hora, paracetamol (10mg/ml 100 ml solución perfusión), 1 bolsa cada hora. Recomendaciones: omeprazol 20mg desayuno, Buscapina comprimidos cada 8 horas si persiste el dolor abdominal, Primperan 10mg cada 8 horas si hay náuseas o vómito, suero oral, dieta blanda y control por su médico de Atención Primaria o su médico habitual.

El paciente acude de nuevo a Urgencias del Hospital Universitario de Torrejón el 28 de septiembre de 2019, a las 10:12 horas, por dolor en el pecho de 2 días de evolución; sensación de presión con predominio en el hemitórax derecho, sin disnea, que se exacerba con la respiración sin modificarse con los movimientos, sin cortejo vegetativo. Se realiza electrocardiograma al ingreso: frecuencia 100 lpm, sin otros cambios (similar al previo 48 horas antes). En la exploración física: tensión arterial sistólica: 130, tensión arterial diastólica: 81, frecuencia cardíaca: 101, saturación: 97. A destacar en las analíticas sanguíneas: glucosa 286, creatinina 1.26. Número total leucocitos 17.49. Radiografía de tórax: sin infiltrados (sin cambio respecto a previo). A las 11.30 horas, en la analítica:

enzimas cardiacas negativas, se aprecia leucocitosis con neutrofilia con Glucosa > 200. Sin otra incidencia durante estancia en urgencia. Alta con indicaciones. El juicio clínico es de dolor torácico de características mecánicas de 2 días de evolución en probable relación a síndrome emético previo. Tratamiento en el hospital: Metamizol normon (2g ampollas 5 ml), 1 ampolla c/24 horas; Primperan (10 mg 12 ampollas 2 ml), 1 ampollas c/24 Horas. Tratamiento al alta: Nolotil 575mg 1 cada 8 horas por 4 días, paracetamol 1gr, si el dolor no cede, y seguimiento por su médico habitual.

Con fecha 30 de septiembre de 2019, el paciente acude al a consulta con su enfermera, para solicitar material de autoanálisis para el control de su diabetes mellitus. En la valoración, la enfermera detecta tinte icterico de piel y mucosas con elevación de la glucosa basal: 1ª toma: 480 mg/dl y 2ª toma: 512 mg/dl. En esta situación, el paciente es derivado a consulta con su médico habitual. Durante la anamnesis, el paciente comenta que había estado en Urgencias del Hospital Universitario de Torrejón en dos ocasiones los días previos por dolor abdominal y torácico. A la exploración, se objetiva deterioro de su estado general, con tinte icterico de piel y mucosas y la elevación de la glucosa capilar. Dada la situación clínica, se canaliza vía venosa, se administran 8 unidades intravenosas de insulina Actrapid y se avisa a la familia, con la autorización del paciente, sobre la actuación.

D. es trasladado en transporte sanitario, hemodinámicamente estable, con tensión arterial 120/8° mmHg, frecuencia cardíaca: 88 lpm, saturación: 96%, al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Torrejón, donde ingresa a las 14:50 horas, con dolor abdominal a nivel de epigastrio e hipocondrio lado derecho. Asocia mal estado general con náuseas, sin vómitos. Sin diarrea. Exploración física: consciente. Buena hidratación. Buena perfusión. Ictericia en escleras. Tórax: rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando y depresible. Dolor a la palpación en hipocondrio derecho. Sin irritación peritoneal. Puño percusión renal derecha negativa. Puño percusión renal izquierda negativa. Miembros Inferiores: sin edemas y sin signos de trombosis venosa profunda. Analítica: glucosa 451, urea 109, creatinina 1.49, bilirrubina total 6.7. Enzimas: ASAT (GOT) / ALAT (GPT) 277, amilasa 7, lipasa 109. Número total leucocitos 14.14. Se realiza TC abdominopélvico urgente, tras administración de contraste yodado intravenoso. Vesícula biliar con litiasis en infundíbulo de 10 mm, distendida y con engrosamiento mural en relación con colecistitis aguda, que presenta discontinuidad de su pared en el fundus

adyacente al hígado, en relación con perforación contenida. En el parénquima hepático, en el segmento V, en íntimo contacto con la vesícula biliar, se observa colección con gas en su interior en relación con absceso, de 4,3 x 4 cm. Área hipodensa perivesicular también sugestiva de pequeño absceso, de 7mm. Eje esplenoportal permeable. Desde Urgencias se solicita interconsulta con el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, el cual, tras la valoración del paciente y las pruebas complementarias, emite el juicio diagnóstico de ictericia, colecistitis aguda litiásica con absceso hepático perivesicular, insuficiencia renal aguda e hiperglucemia. En las anotaciones de Enfermería de la citada fecha se habla de infección renal, y no de insuficiencia renal. Plan: dada la estabilidad en ese momento y la ausencia de signos de sepsis grave, en el contexto de la ictericia (que no impresiona de síndrome de Mirizzi al revisar las imágenes del TC), no se considera indicada cirugía urgente. Tampoco se estima oportuno reversión urgente de la anticoagulación para colecistostomía percutánea en ese momento. Se aconseja a) completar estudio con colangiografía magnética para descartar coledocolitiasis y b) colecistostomía/drenaje del absceso hepático vía percutánea, cuando la situación de anticoagulación se haya revertido. Seguir evolución. El paciente se encuentra estable y afebril. Plan: se inicia antibioterapia con Meropenem y, tras valoración con Cirugía General, no consideran cirugía urgente. Ingreso en Medicina Interna.

El paciente ingresa en la planta de hospitalización a cargo de Medicina Interna. Afebril, 36°C; tensión arterial 110/70 mmHg; frecuencia cardíaca 82 lpm; SatO2 94% con O2 a 2L/min; Glucosa 219mg/dL. Consciente, orientado, sequedad mucosas, ictericia de piel y mucosas. Ligera taquipnea con los esfuerzos. Tonos arrítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, dolor a la palpación en hipocondrio derecho, sin masas ni visceromegalias. Sin signos de íleo ni peritonismo. Peristaltismo presente. Descompresión negativa. Miembros inferiores sin edemas y sin signos de trombosis venosa profunda. Pulsos pedios presentes y simétricos. Se habla con Radiología Intervencionista para programar colecistostomía/drenaje absceso hepático vía percutánea para la mañana del día 1 de octubre de 2019. Última dosis de Xarelto (rivaroxabán) esa mañana. No se administrarán nuevas dosis de ACOD. De momento se mantiene sin heparina de bajo peso molecular previa a la intervención y también se solicita colangiografía magnética para el 1 de octubre de 2019.

Durante la madrugada del día 1 de octubre de 2019 se avisa a la internista de guardia por dolor abdominal. El dolor es el mismo por el que ha consultado en Urgencias, mejora con analgesia, pero el efecto calmante de esta es muy limitado (1,5-2h). Se administra adolonta 1/2 ampolla sobre las 02:00 horas, metamizol iv sobre las 11 de la noche y paracetamol y buscapina a última hora de la tarde. También ha tenido náuseas, que han mejorado con metoclopramida. Por otra parte, tenía dolor abdominal bajo y dificultad para orinar, habiendo sido sondado por Enfermería, con salida de 100 ml de orina muy colérica y habiendo mejorado de dicho dolor posteriormente. SatO2 91% GN 4 L/min, taquipneico (refiere por dolor, no por disnea); tensión arterial 160-170/100 mmHg, frecuencia cardíaca 110 lpm. Afectado. Abdomen blando, distendido, depresible, doloroso en epigastrio. Se administra paracetamol y buscapina iv. Nulo efecto, cada vez más afectado por el dolor. Aparte, deterioro respiratorio progresivo que precisa subir FiO2 (hasta llegar a reservorio), frialdad distal y pulsioxímetro que no capta adecuadamente. Comienza a deteriorarse el estado general, mostrándose menos alerta. Se solicita radiografía de tórax (sin hallazgos agudos) y analítica completa. En la gasometría venosa pH 6.96, HCO3- 6mmoL/L, Láctico 19 mmol/L. Se avisa a Medicina Interna. A su llegada, se encuentra al paciente obnubilado (Glasgow 10, O3 V1 M6), aunque se intenta comunicar. Refiere disnea y dolor abdominal. Hemodinámicamente estable, incluso con tendencia a HTA 172/80 mmHg. Auscultación pulmonar con murmullo presente bilateral sin ruidos sobreañadidos. Hematuria franca por la sonda vesicular. Se decide el ingreso en la UCI.

Al ingreso, se procede a monitorización hemodinámica no invasiva, objetivándose desaturación progresiva, imposibilidad para medir tensión arterial; pulso central presente pero muy débil. Paciente con rigidez intensa de las cuatro extremidades y de la mandíbula. Se inicia ventilación con ambú y se decide intubación orotraqueal (IOT) urgente, tras inducción con MDZ 5 mg y NBX 20 mg. IOT muy fácil con videolaringoscopio (Cormack I). Se conecta a ventilación mecánica. En el monitor se objetiva bradicardia progresiva que llega hasta 30 lpm. Se administra 1 mg de atropina, pero sin respuesta. Pulso no palpable. Se inicia reanimación cardiopulmonar avanzada. Se administran 3 ampollas (3 mg) de adrenalina, se canaliza introductor femoral derecho d7e Fr, se administran 250 mEq de NaHCO3 1M, y 2 concentrados de hematíes isogrupos (en la gasometría urgente de la UVI Hb 5 g/dL); administrado glucosmon 1 ampolla por glucemia de 61 mg/dL; se inician perfusiones de adrenalina y noradrenalina así como fluidoterapia a chorro. Después de 10

minutos, el paciente sale en fibrilación auricular a 100 lpm. Se informa a la hija sobre la pésima situación clínica del paciente y la muy alta probabilidad de muerte. A pesar de todas las medidas, el paciente presenta nuevamente parada cardiorrespiratoria en actividad eléctrica sin pulso y se inicia reanimación cardiopulmonar avanzada. Se administran otros 250 mEq de NaHCO₃ 1 M, 1 ampolla de gluconato cálcico e insulina en SG 5 %. Pese a todas las medidas terapéuticas, y después de 60 minutos, el paciente persiste en actividad eléctrica sin pulso. Se decide suspender la reanimación cardiopulmonar. El paciente fallece el día 1 de octubre de 2019 a las 06:20 horas.

Se informa a los familiares y se solicita la realización de autopsia clínica, estando de acuerdo. Juicio diagnóstico:

1. *Colecistitis aguda litiasis con perforación contenida y abscesos hepáticos, el mayor en segmento V.*
2. *Insuficiencia respiratoria aguda.*
3. *Insuficiencia renal prerrenal. Hematuria franca.*
4. *Shock séptico.*
5. *Acidosis metabólica hiperlactacidémica.*
6. *Anemia severa.*
7. *Parada cardiorrespiratoria en asistolia y actividad eléctrica sin pulso.*
8. *Exitus.*

Autopsia clínica: shock séptico abdominal. Hallazgos en TC compatibles con colecistitis aguda, litiasis con perforación contenida y abscesos hepáticos, el mayor en segmento V. Hematuria franca, parada cardiorrespiratoria al ingreso en UCI>>.

OCTAVO. - En el supuesto de autos algunas de las cuestiones litigiosas son eminentemente técnicas, en cuanto pertenece al ámbito de la ciencia médica dilucidar si la asistencia sanitaria fue prestada adecuadamente, si fue acorde con la “lex artis”, es decir, si

el paciente, don _____ fue atendido debidamente a lo largo de su evolución, según el estado de los conocimientos científicos o técnicos y empleando todos los medios disponibles.

Resulta que, cuando para apreciar y valorar algún punto de hecho de relevancia para resolver la litis, sean necesarios o convenientes conocimientos especiales, se establece, como cauce adecuado para hacerlos llegar al proceso, el de la prueba pericial y, en su caso, el informe de la Inspección Sanitaria.

En este caso se ha presentado por la parte demandante un dictamen realizado por la perito de su designación doña _____ Especialista en Medicina Intensiva, cuyo objeto ha sido *“analizar la asistencia prestada a D. _____ en relación con el posible retraso diagnóstico de la colecistitis aguda, la indicación de tratamiento conservador y la relación causal de estos factores con su fallecimiento”*.

El dictamen, cuyos puntos dudosos u oscuros se han aclarado y explicado en diligencia judicial con intervención de las partes, está motivado: con indicación de sus fuentes, ha relacionado los hechos derivados de la historia clínica, y explicado conceptos médicos sobre la colecistitis aguda, sus grados, diagnóstico, fracaso del manejo conservador, y opciones terapéuticas. Después de analizar la praxis del caso, la perito ha llegado a las siguientes:

“V.- CONCLUSIONES GENERALES

1. La valoración inicial el 26 de septiembre de 2019 es razonable atendiendo a la clínica que presenta el paciente. Sin fiebre ni dolor definido en hipocondrio derecho, la sospecha de colecistitis aguda era altamente improbable, siendo mucho más probable como así se pensó en su momento la gastroenteritis aguda. En esta visita a Urgencias se realiza un estudio completo analítico donde no hay ningún dato de disfunción de órgano, ni de obstrucción de vía biliar ni de infección activa. La elevación de linfocitos en esta analítica de urgencias es despreciable como datos aislado. La atención prestada es correcta.

2. En la segunda visita a Urgencias el paciente acude por dolor torácico (sin relación alguna con cualquier patología abdominal), por lo que no hay indicación de extender el estudio más allá de lo que se realizó.

3. Valorando la historia, y tras cinco días de clínica, con leucocitosis en descenso, sin datos de sepsis ni de acidosis metabólica, sin disfunciones de órgano y con exploración abdominal normal, parece razonable no asumir el riesgo de sangrado activo por anticoagulación con Xarelto por fibrilación auricular permanente. La decisión de tratamiento conservador en este caso fue correcta.

4. El tratamiento antibiótico se inicia en el momento del diagnóstico de colecistitis aguda. No hay indicación de tratamiento antibiótico en días previos. La gastroenteritis aguda no se cubre con antibióticos salvo en excepciones muy contadas y la leucocitosis aislada, sin foco claro y con estabilidad hemodinámica no tiene indicación de tratamiento antibiótico empírico, sino de actitud expectante conservadora hasta definición de síntomas o signos de infección. Por tanto, no es cierto que hubiese retraso en el inicio de tratamiento antibiótico.

5. La evolución posterior a shock de instauración brusca y fulminante es altamente improbable en estos casos. Si bien es cierto que la colecistitis aguda es probable causa de shock séptico si no se trata a tiempo, no es nada frecuente que este hecho se establezca de manera fulminante en tan pocas horas.

6. En cambio, el sangrado intracraneal brusco sí que es compatible con los hechos. Puesto que el paciente presenta deterioro clínico en relación con pico de hipertensión (y no de hipotensión como corresponde al shock séptico) y fallecimiento en menos de dos horas, clínica compatible con hemorragia subaracnoidea fulminante.

7. La indicación de tratamiento conservador de la colecistitis aguda no guarda relación con el sangrado activo intracraneal que además se produce en un paciente anticoagulado con Xarelto. La coagulación intravascular diseminada está en relación con el fracaso multiorgánico en situación pre mortem.

8. Puesto que la causa de la muerte es una hemorragia subaracnoidea de curso fulminante, sin relación alguna con el cuadro séptico, el manejo de este último es del todo irrelevante, aunque según el expediente no hay datos para decir que el paciente no fuera atendido correctamente en todas sus consultas.

VI.- CONCLUSIÓN FINAL

La causa del fallecimiento es hemorragia subaracnoidea fulminante, sin relación alguna con el cuadro séptico.

La asistencia prestada a D.

se ajusta a la lex artis”.

La entidad TORREJÓN SALUD, S.A. también ha aportado un dictamen de valoración del daño corporal realizado a su instancia por el doctor

Médico Valorador del Daño corporal, cuyo objeto ha sido “*Valoración de posible pérdida de oportunidad en relación con la asistencia dispensada a D.*

en relación con el manejo de la colecistitis aguda, y la posible causalidad con el fallecimiento”.

La motivación del dictamen se apoya en la indicación de sus fuentes, un resumen de la historia clínica, y consideraciones sobre la pérdida de la oportunidad terapéutica, de donde concluye:

“IV.- CONCLUSION

En conclusión, el estudio de la causalidad médica en el contexto de la incertidumbre causal puede resumirse en los siguientes puntos:

1.- No existe relación directa entre la colecistitis y la hemorragia subaracnoidea sufrida, causa del fallecimiento.

2.- El paciente sufría fibrilación auricular en tratamiento anticoagulante y era hipertenso, factores que sin duda tuvieron una gran relevancia en el brusco e inesperado desenlace del cuadro.

3.- Aún en la hipótesis de que hubiera existido un retraso en el tratamiento, no se pueden relacionar de forma inequívoca el fallecimiento con un hipotético retraso en el diagnóstico o tratamiento de las patologías”.

NOVENO. - Por su parte, los codemandados, doña

y sus hijos, también han aportado al proceso un dictamen colegiado de praxis realizado por

los peritos de su designación don y don
Especialistas en Cirugía General y Digestivo y en Neurología, respectivamente, y cuyo
objeto ha sido *“Valorar la atención prestada a D.
fundamentalmente, al diagnóstico y procesos terapéuticos a que fue sometido, su posterior
evolución y el análisis de las complicaciones posteriores que le acontecieron hasta el exitus
letalis”*

El dictamen está muy motivado, y también ha sido explicado y aclarado a preguntas
de las partes en diligencia judicial. Enumera sus fuentes, resume ampliamente la historia
clínica, explica consideraciones médicas acerca de la colecistitis aguda, sus clases y sus
tratamientos y complicaciones. Sigue con el análisis médico-pericial del caso, y finaliza con
las siguientes conclusiones:

“V- CONCLUSIONES GENERALES

*PRIMERA: Estoy de acuerdo con la conclusión del informe de la Inspección Médica,
en la que se establece que la asistencia recibida por D. el 26 de
septiembre de 2019 en el Hospital Universitario de Torrejón no se ajustó a la evidencia
científica y los conocimientos de la Medicina en 2019, motivando un retraso diagnóstico de
al menos 72 horas. Si el proceso de colecistitis se hubiera comenzado a tratar 72 horas
antes con muy alta probabilidad se hubiera resuelto en su totalidad.*

*SEGUNDA: Estoy de acuerdo con la conclusión del informe de la Inspección Médica
en la que se establece que la asistencia prestada el 29 de septiembre de 2019 en el Hospital
Universitario de Torrejón no ofreció todos los medios disponibles para el diagnóstico,
motivando un retraso diagnóstico de al menos 48 horas. Si el proceso de colecistitis aguda
gangrenosa (diagnóstico final en la autopsia) se hubiera comenzado a tratar 48 horas antes
con alta probabilidad se hubiera resuelto en su totalidad.*

*TERCERA: En la asistencia prestada los días 30 de septiembre y 1 de octubre de
2019 en el Hospital Universitario de Torrejón por los Servicios de Urgencias, Cirugía
General, Medicina Interna se podría haber diagnosticado y tratado de forma eficiente,
sospechando la gravedad y complicaciones de la una colecistitis complicada, perforada,
abscesificada con una sepsis biliar-colangitis secundaria a esta, ofertando una terapia más*

agresiva, ya fuera con drenaje transparietal de la vía biliar y de los abscesos y o la intervención quirúrgica (colecistectomía urgente) una vez revertida la anticoagulación.

La asistencia por parte de Medicina Intensiva si fue conforme a los conocimientos de la medicina y se ofertaron sin retraso todos los medios disponibles para intentar salvar la vida del paciente.

CUARTA: El resultado desproporcionado de fallecimiento por colecistitis en paciente de 67 años con buen control de estado previo de salud, no se debió como factor causal a la hemorragia subaracnoidea, sino que esta fue consecuencia de la sepsis desencadenada por las complicaciones de la primera (colecistitis complicada).

Por lo tanto, no se puede considerar que dicha hemorragia sea independiente y sin relación causal con el cuadro séptico.

En este caso, la infección ha sido el desencadenante de la hemorragia subaracnoidea, pues no resulta razonable pensar en otras hipótesis causales, como etiología, cuando tenemos la certeza de la infección, que la literatura científica describe perfectamente como causa frecuente de procesos hemorrágicos.

QUINTA: Para evitar los efectos adversos e interacciones de los actuales anticoagulantes en situaciones de desequilibrio homeostático existen medidas terapéuticas eficaces en situaciones de urgencia quirúrgica y el riesgo beneficio de estas medidas es inferior a no utilizarlas.

VI- CONCLUSIÓN FINAL

La colecistitis aguda y en el caso de D. colecistitis
complicada/perforada gangrenosa llevó a graves consecuencias cuando el tratamiento conservador es llevado al límite en detrimento de una conducta terapéutica más eficiente”.

Al procedimiento administrativo se aportó un dictamen pericial de valoración del daño realizado a instancias del SERMAS por la doctora doña Magíster en Valoración de Discapacidades y Daño Corporal, obrante en el expediente y que ha sido propuesto como prueba pericial por la parte codemandada.

Es un dictamen muy motivado, que enuncia sus fuentes y efectúa una detalladísima descripción de los hechos, entre los que incluye el texto literal de los informes clínicos relevantes y notas de la perito sobre el estado del paciente a lo largo de su evolución; refiere el contenido de los informes de los servicios médicos implicados, y el resultado de la revisión bibliográfica sobre la colecistitis aguda, la sepsis, el shock séptico. En el apartado de discusión médico-legal examina la integridad de la asistencia sanitaria, y concluye:

"9. CONCLUSIONES.-

Por todo lo anteriormente expuesto, a nuestro criterio, emitimos las siguientes conclusiones médico-legales:

La primera asistencia a Urgencias del día 26.09.19 puede considerarse correcta, en base a la exploración abdominal y los parámetros analizados, teniendo en cuenta el contexto de valoración en una Urgencia hospitalaria.

La siguiente asistencia, de fecha 28.09.19, se considera insuficiente, analizados los antecedentes de la asistencia anterior y la persistencia de sintomatología, los parámetros que se encuentran alterados, especialmente la indicación que se realiza de leucocitosis con neutrofilia, no adoptándose ninguna medida al respecto, cursando alta con indicación de analgesia y control por su MAP.

El día 30.09.19, en nueva y última asistencia, su estado ya ha empeorado: es derivado por su MAP por ictericia clara de mucosas. Los especialistas de cirugía general hablan de que no existen criterios de sepsis grave, pero existe una sepsis, pautándose antibiótico de amplio espectro.

El evolutivo posterior es el de un shock séptico con fracaso multiorgánico. En la autopsia se detecta el hallazgo de una HSA aguda (hemorragia sub aracnoidea) que desencadena el deterioro global de consciencia (GCS 3), si bien no es la causante del fallecimiento.

Evidentemente, pues no se hizo, desconocemos si de haberse iniciado un estudio completo el día 28.09, con inicio de antibiótico, hemocultivos, y no solo únicamente analgesia, cuando en el hemograma ya se apunta la existencia de una leucocitosis con

neutrofilia, se hubiera podido evitar el desenlace final, pero hubo una asistencia deficiente que entendemos ha contribuido al empeoramiento de su estado basal”.

El dictamen finaliza con la delimitación del daño corporal en los siguientes términos:

“Esta valoración del daño corporal se realiza siguiendo los parámetros contenidos en la Ley 35/15 de 22 de septiembre y RD 1971/1999.

A nuestro criterio, desconocemos si de haberse iniciado un estudio completo el día 28.09.19, con inicio de antibiótico, hemocultivos, ..., y no solo únicamente analgesia, cuando en el hemograma ya se apunta la existencia de una leucocitosis con neutrofilia, se hubiera podido evitar el fallecimiento, pero hubo una asistencia deficiente ese día que entendernos ha contribuido al empeoramiento de su estado basal.

Para realizar la valoración económica y al estar valorando una hipótesis, calculada sobre la posibilidad de precipitarse el fallecimiento al haberse agravado el pronóstico de una posible sepsis, la única manera de establecer una cuantía indemnizatoria ecuaníme, es realizar el cálculo del fallecimiento al 100% y minorar la indemnización al 50%, al no poder saber si de haberse actuado antes se hubiera podido evitar o no el óbito.”

Finalmente, se cuantifica el daño total en la cantidad de 112.229,42 euros.

Destacaremos también el informe la inspección sanitaria, realizado el 10 de febrero de 2021 por la Médico Inspectora doña _____ obrante a los folios 268 y siguientes del expediente, el cual ha relacionado sus fuentes, descrito con amplitud los hechos resultantes de la historia clínica de Hospital de Torrejón, efectuado consideraciones médicas sobre la sintomatología más frecuente y grado de severidad de la colecistitis, su relación con el dolor abdominal y la gastroenteritis aguda, las causas de la hemorragia subaracnoidea, la sepsis y el shock séptico y, tras examinar la praxis, concluye:

“CONCLUSIONES

PRIMERA: La asistencia recibida por D. _____ el 26 de septiembre de 2019 en el Hospital Universitario de Torrejón no se ajustó a los conocimientos de la Medicina en 2019, motivando un retraso diagnóstico de al menos 72 horas. Si el proceso de

colecistitis se hubiera comenzado a tratar 72 horas antes con muy alta probabilidad se hubiera resuelto en su totalidad

SEGUNDA: La asistencia prestada el 29 de septiembre de 2019 en el Hospital Universitario de Torrejón no ofreció todos los medios disponibles para el diagnóstico, motivando un retraso diagnóstico de al menos 48 horas. Si el proceso de colecistitis se hubiera comenzado a tratar 48 horas antes con alta probabilidad se hubiera resuelto en su totalidad

TERCERA: La asistencia prestada los días 30 de septiembre y 1 de octubre de 2019 en el Hospital Universitario de Torrejón por los Servicios de Urgencias, Cirugía General, Medicina Interna y Medicina Intensiva fue conforme a los conocimientos de la medicina y se ofertaron sin retraso todos los medios disponibles para intentar salvar la vida del paciente.

CUARTO: EL resultado desproporcionado de fallecimiento por colecistitis en paciente de 67 años con buen control de estado previo de salud, no se debió únicamente a la acción u omisión del SPS, sino también a la imposibilidad acreditada de evitar los efectos adversos e interacciones de los actuales anticoagulantes en situaciones de desequilibrio homeostático”.

El informe ha motivado la anterior conclusión en el siguiente juicio crítico:

<<JUICIO CRÍTICO

26/09/2019: PRIMERA ASISTENCIA EN URGENCIAS. Las pruebas realizadas no revelaron alteraciones y el estado general del paciente no era grave, las constantes y analíticas eran normales, no tenía fiebre, la decisión de enviarle a su domicilio se basó en su estado general, pero no se ha encontrado en la bibliografía el diagnóstico de GEA en ausencia de diarrea, procedía haber continuado investigando el motivo del dolor epigástrico, en concreto con una prueba de imagen de mayor resolución:

Rapún el als (2002) expone sobre el dolor abdominal y su manejo en urgencias de Atención Primaria:

“Aproximadamente en un 40% de los casos no es posible llegar a un diagnóstico etiológico inicial. En el caso de que el paciente esté estable, sin criterios de gravedad y que

no haya sospecha de proceso quirúrgico urgente, puede ser de gran utilidad efectuar una revaloración del cuadro pasado un tiempo prudencial de 6 a 12 horas. Es aconsejable no prescribir tratamiento analgésico para no enmascarar el curso clínico.”5

En mi opinión se cometieron dos errores, no se había llegado a un diagnóstico de certeza y se aplicó analgesia, la actitud más cauta hubiera sido seguir cuestionando el origen del dolor, y no enmascararlo con analgesia, con paciencia y estando el paciente en observación, sin duda alguna se podía haber llegado al diagnóstico de colecistitis en el plazo de unas horas más porque el dolor hubiera alertado de la necesidad de solicitar una ecografía o un TAC.

La pérdida de oportunidad en este caso fue de al menos 72 horas, si se hubiera diagnosticado la colecistitis ese día habrían aumentado notablemente las posibilidades de curación.

28/09/2019: SEGUNDA ASISTENCIA EN URGENCIAS. La queja o síntoma en este caso era dolor torácico, lo que canalizó el estudio en ese sentido, la leucocitosis por sí sola no era suficiente para haber orientado al diagnóstico de colecistitis. En esta segunda ocasión la asistencia sanitaria tampoco se ajustó a los conocimientos actuales de la medicina, no por error diagnóstico, el dolor mecánico diagnosticado si era plausible como posibilidad, pero no se pusieron todos los medios disponibles para esclarecer la causa del dolor, descartada causa cardiológica por segunda vez consecutiva y en presencia de leucocitosis procedía ampliación de estudio, especialmente porque era la segunda vez que acudía a urgencias en menos de 48 horas, y este dato es sustancial.

La pérdida de oportunidad en este caso fue de al menos 48 horas.

30/09/2019: TERCERA ASISTENCIA EN URGENCIAS. En esta tercera consulta los síntomas eran muy evidentes, la analítica esclarecedora, y la decisión de no intervenir de forma inmediata si tuvo fundamento científico 9-12,21-22 [nota inspectora: razonado en segunda pregunta de intervención].

En cuanto a la no detección precoz de la instauración de sepsis se puede aceptar que fue acorde con los conocimientos de la medicina porque no se ha encontrado todavía un método suficientemente eficaz, fácil de aplicar y con evidencia demostrada. Incluso

monitorizar la evolución de la sepsis una vez conocida su existencia sigue siendo difícil.
[nota inspectora: razonado en apartado consideraciones médicas: Concepto de SEPSIS]

El tratamiento antibiótico, meropenem, se administró el día 30/09/2019 a las 17:35 está descrito como uno de los indicados en colecistitis 22. Este fármaco de uso exclusivo hospitalario es una potente herramienta, de uso frecuente en las UCI de nuestro entorno.

Respecto a la hemorragia subaracnoidea, que según la autopsia fue el PRECIPITANTE DE LA MUERTE, la autopsia es un examen morfológico con limitaciones 8, el forense no puede añadir nada que no haya objetivado, debido a la presencia de sangre no ha encontrado aneurismas ni malformaciones vasculares. El paciente estaba anticoagulado y en la fecha de los hechos reclamados no se había comercializado un antídoto para el rivaroxaban, para revertir la coagulación se precisaban al menos entre 5 y 13 horas, [nota inspectora: razonado en apartado consideraciones médicas]

1. ALEGACIONES DE LOS RECLAMANTES

Primera: Alta indebida. Dados los hallazgos de las pruebas practicadas en Urgencias el 26/09/2019 se debió instaurar tratamiento antibiótico e ingresar al paciente

Respuesta: En mi opinión se cometieron dos errores, no se había llegado a un diagnóstico de certeza y se aplicó analgesia, la actitud más cauta hubiera sido seguir cuestionando el origen del dolor, y no enmascararlo con analgesia, con paciencia y estando el paciente en observación, sin duda alguna se podía haber llegado al diagnóstico de colecistitis en el plazo de unas horas más porque el dolor hubiera alertado de la necesidad de solicitar una ecografía o un TAC

Segunda: Infravaloración de la sintomatología que conllevó a un error en el diagnóstico. El juicio clínico emitido fue de gastroenteritis

Respuesta: No se ha encontrado en la bibliografía el diagnóstico de GEA en ausencia de diarrea, procedía haber continuado investigando el motivo del dolor epigástrico, en concreto con una prueba de imagen de mayor resolución

Tercera: Retraso en instaurar tratamiento antibiótico

Respuesta:

PRIMERA ASISTENCIA EN URGENCIAS La pérdida de oportunidad en este caso fue de al menos 72 horas, si se hubiera diagnosticado la colecistitis ese día habrían aumentado notablemente las posibilidades de curación

SEGUNDA ASISTENCIA EN URGENCIAS La pérdida de oportunidad en este caso fue de al menos 48 horas. No se pusieron todos los medios disponibles para esclarecer la causa del dolor, ya que se dio por válido el diagnóstico de la visita previa y habiendo descartado patología cardiológica urgente, no se siguió investigando la presencia de leucocitosis siendo la segunda visita a Urgencias hospitalarias en el plazo de 48 horas.

TERCERA ASISTENCIA EN URGENCIAS: El tratamiento antibiótico, meropenem, se administró el día 30/09/2019 a las 17:35 un poco antes de su ingreso en Medicina Interna. En esta tercera asistencia no hubo retraso en el tratamiento, se actuó conforme a los conocimientos de la medicina y se pusieron todos los medios disponibles para intentar salvar la vida del paciente.

Cuarta: Ausencia de Información clínica

Respuesta: La información que se le facilitó es la que se conocían cada momento, si no se le dijo que padecía colecistitis es porque no se había averiguado todavía.

Quinta: Incorrecto manejo del paciente. La ausencia de cirugía y drenaje provocó un shock séptico y ello una coagulación intravascular diseminada

Respuesta: Según las directrices encontradas en la bibliografía repasada, la asistencia sanitaria facilitada el día 30 de septiembre de 2019 se adecuó a los conocimientos de la medicina en 2019, se pusieron todos los medios disponibles, no hubo retraso, se ha razonado en los apartados consideraciones médicas y juicio crítico. La autopsia ha revelado que el precipitante final de la muerte fue hemorragia subaracnoidea.

El paciente estaba anticoagulado y sufrió un shock que se calificó de “séptico” “antes de conocer por la propia autopsia que había sufrido una hemorragia subaracnoidea. Véase en el informe del Servicio de Medicina Intensiva emitido para dar respuesta a este Procedimiento en junio de 2020, previo conocimiento del resultado de la Autopsia, se resume que el paciente padeció un shock, sin concretar de qué tipo, obsérvese también que el examen de Autopsia revela: el materia hemático es reciente sin formación de

coágulos...Los hallazgos de una sepsis en una autopsia son siempre secundarios y no en todas las ocasiones patentes, especialmente en casos como éste donde el curso evolutivo ha sido tan rápido. Lo que sí está claro que produce el rápido deterioro de la conciencia y entrada en coma, es la presencia de una hemorragia subaracnoidea que muy probablemente fue el precipitante final del fallecimiento.

Teniendo en cuenta el dictamen de estos expertos, que no han podido extraer más conclusiones con fundamento científico, no se puede afirmar categóricamente que el paciente sufriera un shock "séptico", con mi modesto nivel de pericia (médico general) considero más prudente afirmar que el paciente sufrió un shock por una hemorragia subaracnoidea en un escenario de sepsis al que se llegó por error y retraso en los dos primeros diagnósticos. La sepsis podría haber sido evitada poniendo más medios a disposición del paciente. La hemorragia subaracnoidea provocó su muerte, estaba anticoagulado, y no existía todavía un antídoto comercializado ni con eficacia probada para revertir la anticoagulación de forma inmediata. Los anticoagulantes son muy sensibles a los desequilibrios homeostáticos y a cualquier interacción con otros fármacos, y la medicina en este aspecto no ha llegado más lejos, no existe el anticoagulante perfecto porque la Ciencia no lo ha desarrollado todavía>>.

DÉCIMO. - En orden a la valoración de los elementos probatorios señalaremos, con carácter previo, que los dictámenes periciales no acreditan por sí mismos ni de una forma irrefutable el acierto de una determinada valoración y apreciación técnica de los hechos o datos relevantes para resolver las cuestiones litigiosas: No existen reglas generales preestablecidas para valorarlos salvo la vinculación a las reglas de la sana crítica en el marco de la valoración conjunta de la prueba, por lo que su fuerza de convicción reside en gran medida en su fundamentación y coherencia interna, en la cualificación técnica de sus autores y en su independencia o lejanía respecto a los intereses de las partes.

En lo referente al informe de la Inspección Sanitaria que, sin ser propiamente una prueba pericial, éste constituye un notable elemento de juicio cuya fuerza de convicción proviene de la circunstancia de que los Médicos Inspectores informan con criterios de profesionalidad e imparcialidad respecto del caso y de las partes, dependiendo también de que sus consideraciones y conclusiones estén motivadas y sean objetivas y coherentes.

Pues bien, la valoración conjunta y racional las pruebas practicadas conduce a la conclusión de que TORREJON SALUD, S.A, no ha acreditado en este proceso que la asistencia sanitaria dispensada a don [redacted] por parte del Hospital Torrejón fue la adecuada en todo momento:

Al efecto, se han de valorar ahora dictámenes periciales, que están muy motivados, son coherentes con la historia clínica del paciente, y han sido explicados y aclarados en diligencia judicial contradictoria con intervención de las partes, si bien contienen razonamientos y conclusiones discrepantes.

Adelantamos ya que la Sala no atribuye fuerza probatoria, superior a la de otros dictámenes, a aquellos puntos de los realizados por los doctores don [redacted] y doña [redacted] atinentes a la praxis médica y a la relación de causalidad con el resultado lesivo, ya que son Especialistas en Valoración del Daño Corporal.

En cuanto a la asistencia sanitaria dispensada hasta el momento de la entrada del paciente en UCI, atribuimos la mayor fuerza de convicción al dictamen pericial colegiado de los doctores don [redacted] y don [redacted] en razón de la especialidad del primero en Cirugía General y Digestivo.

En relación a la asistencia en la UCI, es evidente la superior fuerza de convicción del dictamen de la doctora [redacted] porque es Especialista en Medicina Intensiva.

Por último, tendremos en consideración el informe de la Inspección Sanitaria pero solo en aquellos extremos en que respalde los puntos de los dictámenes periciales, y ello porque, aunque la titulación de la Médico Inspectora doña [redacted] sea en Medicina General, ha acudido a numerosa bibliografía científica, su informe es exhaustivo y su intervención en el caso es la que guarda el mayor grado de independencia respecto a los intereses de las partes.

Entrando en el examen de la asistencia sanitaria, la doctora [redacted] ha considerado razonable la dispensada el día 26 de septiembre de 2019 porque, atendidos los

síntomas del paciente y los resultados de la analítica, la sospecha de gastroenteritis aguda era mucho más probable que la de colecistitis aguda, que considera altamente improbable.

Pero, aun en el caso que la elevación de linfocitos en esa primera analítica de urgencias fuera despreciable como dato aislado, según afirma la perito, lo cierto es que el doctor que es Especialista en Digestivo, afirma en su dictamen que la diarrea es el síntoma principal de la gastroenteritis aguda, y que este síntoma no estaba presente el día 26 de septiembre, conclusión que respalda la Inspectora Médica, que afirma haber buscado en la literatura si existe algún caso de gastroenteritis aguda sin diarrea y que no lo ha encontrado.

Ambos entienden que, en tales circunstancias, habría debido dejarse al paciente en observación para continuar buscando el origen del dolor sin enmascararlo con analgesia y, de persistir, realizar las pruebas complementarias necesarias, como ecografía o TAC, que habrían permitido llegar a un diagnóstico temprano de colecistitis.

Ese argumento no se ha desvirtuado de contrario, razón por la cual la Sala comparte la valoración de esa asistencia como inadecuada en relación a la situación del paciente y al estado de la ciencia, que han efectuado el doctor y la Médico Inspectora, y que ello ha dado lugar a una pérdida de oportunidad de, al menos, 72 horas, porque, *“si se hubiera diagnosticado la colecistitis ese día habrían aumentado notablemente las posibilidades de curación”*, según el informe de la Inspección Sanitaria, o, según concluye el dictamen colegiado de los doctores y *“Si el proceso de colecistitis se hubiera comenzado a tratar 72 horas antes con muy alta probabilidad se hubiera resuelto en su totalidad”*.

Cuando don acudió a Urgencias por segunda vez, el día 28 de septiembre de 2019, aquejaba dolor torácico.

La doctora entiende que en esa ocasión la asistencia fue correcta porque ese dolor no guardaba relación con patología abdominal.

Sin embargo, se le realizó un electrocardiograma que descartó causa cardiológica y se llegó al juicio clínico de *“dolor torácico de características mecánicas de 2 días de evolución en probable relación a síndrome emético previo”* pero no se tuvo en cuenta que la analítica arrojaba leucocitosis con neutrofilia.

El dictamen de la doctora no justifica por qué razón ha de considerarse correcto que no se dejara al paciente en observación para indagar en el origen de la infección y se le diera el alta sin que se le pautara tratamiento antibiótico.

Por esa razón compartimos la valoración de esta segunda asistencia sanitaria como inadecuada a las circunstancias del paciente, según el criterio expresado en el informe de la Inspección y en el dictamen aportado por los codemandados, ya que no se utilizaron todos los medios disponibles para diagnosticar sus dolencias, dando lugar a un retraso diagnóstico de, al menos 48 horas. En ambos casos se afirma que *“Si el proceso de colecistitis se hubiera comenzado a tratar 48 horas antes con alta probabilidad se hubiera resuelto en su totalidad”*.

Para valorar la asistencia prestada el día 30 de septiembre, es preciso distinguir entre dos momentos diferenciados:

1.- Desde que don ingresa en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Torrejón, trasladado en transporte sanitario desde hasta que, tras estancia en planta de Medicina Interna, ingresa en UCI.

2.- Desde que ingresa en UCI hasta su fallecimiento, siendo de significar que en este proceso no se discute la buena praxis médica durante la corta estancia del paciente en la UCI.

Resulta que don ingresó en el Servicio de Urgencias Hospital de Torrejón, a las 14:50 horas del día 30 de septiembre de 2019; tras su exploración física, se le realizó tac abdominopélvico urgente con contraste. Valorado por el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, se diagnosticó ictericia, colecistitis aguda litiásica con absceso hepático perivesicular, insuficiencia renal aguda e hiperglucemia.

No se consideró indicada cirugía urgente ni la reversión urgente de la anticoagulación para realizar colecistectomía percutánea en ese momento.

Y se indicó su ingreso en Medicina Interna, completar estudio con colangiorresonancia magnética para descartar coledocolitiasis, antibioterapia con Meropenem y colecistostomía/drenaje del absceso hepático vía percutánea, cuando la situación de anticoagulación se hubiera revertido, a cuyos efectos se habló con Radiología

Intervencionista para programar colecistostomía/drenaje absceso hepático vía percutánea para la mañana del día 1 de octubre de 2019.

Pero en la madrugada se produjo un grave deterioro del estado general del paciente; fue valorado por la Guardia de Medicina Interna, y se decidió su ingreso en UCI, llegando a ella a las 5:59 horas y en estado de coma GCS3. El paciente tuvo dos paradas cardiorrespiratorias. La última reanimación cardiopulmonar se suspendió tras la persistencia de 60 minutos de actividad eléctrica sin pulso. Don falleció el día 1 de octubre de 2019 a las 06:20 horas.

Son objeto de controversia dos cuestiones:

La primera de ellas es si la indicación de tratamiento conservador fue correcta, o no:

La doctora y la Médico Inspectora valoran como adecuado el tratamiento conservador y consideran que, a la vista del estado del paciente y del tratamiento antibiótico con Meropenem, era prudente no asumir el riesgo de sangrado activo por anticoagulación y dejar la cirugía hasta el día siguiente, cuando la anticoagulación hubiera revertido. Por ello estiman que se utilizaron tempestiva y adecuadamente todos los medios disponibles.

De esta valoración se discrepa en el dictamen colegiado de los doctores y que consideramos de mayor fuerza probatoria, no solo por la especialización del doctor en Cirugía General y Digestivo, sino también porque se había diagnosticado al paciente colecistitis aguda con perforación contenida y abscesos hepáticos y, en estas circunstancias de peligro de sepsis, la parte actora no ha acreditado que no se dispusiera de medios eficaces para revertir la anticoagulación con rapidez ni, por tanto, que la mejor opción fuera la de posponer la colecistectomía de urgencia.

Mucho menos justificado está no haber operado con urgencia cuando, existiendo signos claros de sepsis biliar y la evolución del paciente fue empeorando en la madrugada del día 1 hasta extremos de ingresar en la UCI en estado gravísimo e irreversible.

En cualquier caso, la demandante tampoco ha justificado que, a la espera de alcanzar la coagulación, no hubiera sido posible efectuar urgentemente un drenaje de la vía biliar o, al

menos, un drenaje de los abscesos, que es la opción menos agresiva y que, en el criterio del doctor que nos parece prudente, hubieran evitado el fallecimiento del paciente.

Por las razones expuestas acogemos la valoración que los peritos de designación de los codemandados han efectuado respecto a la asistencia sanitaria prestada en planta de Medicina Interna.

La segunda cuestión es la relación de causalidad entre la falta de cirugía/drenaje urgentes y el fallecimiento de don

Atendidos los resultados de la autopsia, los peritos de las partes discuten si la hemorragia subaracnoidea fue, o no, independiente de la sepsis desarrollada por el paciente.

Sobre este particular la Sala también acoge los razonamientos y conclusiones del dictamen de los doctores y en atención a la especialización en Neurología de este último, que han despejado toda duda acerca de que la sepsis se produjo porque la colecistitis complicada no fue intervenida quirúrgicamente ni drenada, y que la hemorragia subaracnoidea tuvo por causa la sepsis, ya que ésta afecta a la coagulación a nivel general, y *“no resulta razonable pensar en otras hipótesis causales, como etiología, cuando tenemos la certeza de la infección, que la literatura científica describe perfectamente como causa frecuente de procesos hemorrágicos”*.

Finalmente, tampoco puede prosperar el motivo de impugnación que cuestiona la cuantía de la indemnización acordada en la resolución dictada en fecha de 28 de octubre de 2022 por el Viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública que, estimando parcialmente la reclamación administrativa, reconoció a los aquí codemandados una indemnización actualizada de 112.229,42 euros en total, como indemnización correspondiente a los reclamantes por la pérdida de la oportunidad terapéutica determinante del fallecimiento de don

A tal efecto, el dictamen de valoración del daño realizado por el perito designado por la parte actora, don carece de la relevancia que aquella le atribuye, por dos razones:

Porque la tesis del doctor sobre la improcedencia de cualquier indemnización se sustenta en una valoración de la praxis, que no pueden desvirtuar las conclusiones de los

dictámenes y del informe de la Inspección, que han sido considerados por la Sala para apoyar sus conclusiones, ya que el perito es Médico Valorador del Daño Corporal.

Y porque la resolución administrativa recurrida ha determinado la cuantía indemnizatoria con fundamento en el dictamen de valoración realizado en el procedimiento administrativo, a instancia del SERMAS, por la doctora doña que es un dictamen motivado en el que se han tenido en consideración la doctrina sobre la indemnización del daño causado por pérdida de la oportunidad, así como las circunstancias concurrentes en el caso.

Por lo expuesto, al no haberse desvirtuado en el proceso los fundamentos de la resolución administrativa recurrida, no es procedente estimar el presente recurso contencioso administrativo.

UNDÉCIMO. - El artículo 139.1 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso Administrativa, establece en su primer párrafo:

“En primera o única instancia, el órgano jurisdiccional, al dictar sentencia o al resolver por auto los recursos o incidentes que ante el mismo se promovieren, impondrá las costas a la parte que haya visto rechazadas todas sus pretensiones, salvo que aprecie y así lo razone, que el caso presentaba serias dudas de hecho o de derecho”.

En el presente caso, debe la demandante hacerse cargo del pago de las costas procesales hasta el límite máximo de 3.000 euros en total y por todos los conceptos.

Por todo lo expuesto, en nombre de S.M. el Rey y en el ejercicio de la potestad que, emanada del pueblo español, nos confiere la Constitución,

FALLAMOS: Que desestimamos el recurso contencioso administrativo interpuesto por contra la resolución dictada en fecha de 28 de octubre de 2022 por el Viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública de la Comunidad de Madrid, a que este proceso se refiere, condenando a la demandante al pago de las costas procesales hasta el límite máximo de 3.000 euros en total y por todos los conceptos.

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 _____ 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 _____ y se consignará el número de cuenta-expediente _____ en el campo “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.

Este documento es una copia auténtica del documento Sentencia desestimatoria 571-24 firmado electrónicamente por FRANCISCA ROSAS CARRION (PON), M^a DEL CAMINO VÁZQUEZ CASTELLANOS (PSE), GUILLERMINA YANGUAS MONTERO

Carlos Sardinero García
ABOGADO
C/ ALBERTO AGUILERA 34 - ENTREPLANTA F
28015 - MADRID
TEL.: 91 686 91 60 - 91 448 96 92