

Alvaro Sardinero García
Abogado

Juzgado de Primera Instancia nº 19 Entp. 7 Madrid
C/ Francisco Silvela, 19 Entp. 7
28028 - MADRID
Tel. y Fax: 91 308 37 60

JUICIO ORDINARIO

SENTENCIA Nº

En Madrid, a

La Ilustrísima Señora doña
Magistrado-Juez de Primera Instancia de Madrid, habiendo visto los
presentes autos número sobre Juicio Ordinario, seguidos a instancia
DON representado por el Procurador de los
Tribunales doña Paloma Solera Lama y asistido del Letrado don Alvaro
Sardinero García, contra **HOSPITAL** representado por
el Procurador don y asistido del Letrado don
, sobre RECLAMACION DE CANTIDAD.

ANTECEDENTES DE HECHO:

PRIMERO.- Por la representación actora se formuló Demanda de Juicio Ordinario en la que solicitaba se condenara a la demandada al pago de 20.400 euros de principal, así como al pago de los intereses legales correspondientes, y todo ello con imposición de las costas procesales.

SEGUNDO.- Mediante Resolución de 25 se acordó admitir a trámite la Demanda interpuesta y dar traslado de ésta a la parte demandada para que en el plazo de veinte días procediera a contestarla, extremo éste que fue verificado por la misma.

TERCERO.- Con fecha 16 se acordó convocar a las partes a la celebración de la correspondiente audiencia previa para el día 05. Abierto el acto por S.S^a, ambos litigantes manifestaron no haber alcanzado ningún acuerdo. Acto seguido, las dos partes alegaron lo que a su derecho convino en cuanto a los documentos aportados de contrario, acordándose después por S.S^a la continuación de la audiencia previa. Una vez fijados por las partes los hechos controvertidos, se procedió a abrir el período probatorio, proponiendo ambas partes los medios de prueba de que intentaban valerse. A continuación S.S^a procedió a admitir los medios probatorios que consideró pertinentes señalándose, para la celebración del juicio, el día 10 a las 10.30 horas.

CUARTO.- El día señalado tuvo lugar la celebración del correspondiente juicio en el que se practicaron las pruebas que habían sido admitidas, y, una vez efectuadas por las partes sus respectivas conclusiones, quedaron los Autos conclusos para dictar la Resolución procedente en Derecho.

QUINTO.- En la sustanciación del presente procedimiento se han observado todas las prescripciones legales, excepto el plazo para dictar Sentencia habida cuenta de la carga de trabajo que pesa sobre este Juzgado.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- En las presentes actuaciones se ejercita por DON una acción de reclamación de cantidad la cual se dirige contra el HOSPITAL, solicitando su condena al pago de 20.400 euros de principal, cantidad en que se valoran los daños y perjuicios soportados por el actor como consecuencia de lo que se considera fue un error de diagnóstico por parte del doctor que atendió a su madre, doña en el Servicio de Urgencias del HOSPITAL el día 09, fecha en que la señora acudió a dicho Centro aquejada de un dolor muy intenso en la zona abdominal, acompañado de vómitos, diarrea y malestar general. Tras la exploración de la paciente se solicitó una analítica que determinó la existencia de leucocitosis con neutrofilia y alteración de la glucosa en sangre y de la creatinina, síntomas que, según se refiere en la Demanda, eran compatibles con una pancreatitis aguda. A pesar de ello no se solicitaron análisis sanguíneos adicionales con determinación de la amilasa pancreática no gasometría venosa ni pruebas de imagen, (Eco abdominal/TAC abdominal), y se dio el alta a la paciente con el diagnóstico de gastroenteritis aguda.

El 10-, dada la desfavorable evolución de la señora, la misma regresó al Servicio de Urgencias del Hospital, si bien en esta ocasión la actuación médica fue muy diferente pues se solicitó un hemograma con determinación de la amilasa y una analítica con bioquímica general así como una gasometría venosa y un análisis sistemático de orina. La analítica reveló un mayor grado de hemoconcentración, leucocitosis con neutrofilia, mayor grado de fracaso renal, acidosis metabólica severa, hiperglucemia, hiperamilasemia y elevación del reactante de Fase Aguda PCR, (Proteína C Reactiva). A su vez, en el Electrocardiograma existía una Taquiarritmia por Fibrilación Auricular lo que determinó que se pidiera un TAC abdominal y que la paciente fuera derivada a la UCI por sepsis abdominal a las 18.40 horas del aludido día.

En la madrugada del día 10 al 11 la paciente experimentó un empeoramiento progresivo con desarrollo de fracaso multiorgánico y, a las 20.25 horas del viernes 11- doña falleció a consecuencia de una pancreatitis aguda grave.

Se considera por el actor que los servicios sanitarios del Hospital demandado no llevaron a cabo los análisis y pruebas adecuadas frente al cuadro clínico de la paciente pues el día 9 de noviembre se omitió la realización de analíticas complementarias, como la amilasa pancreática, o la práctica de una gasometría venosa o de una prueba de imagen del tórax y el abdomen, pruebas que se estiman fundamentales para haber orientado el diagnóstico de la enferma dada la alta posibilidad de que la paciente estuviese sufriendo una necrosis por pancreatitis aguda. Se produjo, en consecuencia, un alta domiciliaria indebida por parte del Hospital quien debió haber mantenido a la paciente en observación en el Servicio de Urgencias hasta disponer de más elementos diagnósticos, por lo que se imputa a la entidad demandada haber llevado a cabo un diagnóstico erróneo y tardío que impidió tratar a la enferma de la pancreatitis aguda que realmente padecía. A todo lo anterior se añade el hecho de no haber informado a los familiares del empeoramiento progresivo de doña [] pues, cuando volvieron al Centro en la mañana del día 11 de noviembre se encontraron a la paciente sedada y en situación de extrema gravedad con mal pronóstico.

SEGUNDO.- Es doctrina reiterada que, con carácter general, la relación del paciente con el médico, como la define el artículo 1.544 en relación con el 1.583 del Código civil (LEG 1889, 27), es de arrendamiento de servicios y no arrendamiento de obra, salvo supuestos especiales. Mientras que en la denominada medicina curativa o satisfactiva las obligaciones de los facultativos son de medios, y por ello estos solo tienen la obligación de prestar sus servicios profesionales en orden a la salud del paciente, sin obligarse al resultado de curación, en la medicina voluntaria, sea o no con fines curativos, entendiéndose por tal aquella en que el interesado acude al médico, no para ser tratado de una patología previa, sino con otros propósitos como son los casos de cirugía estética, vasectomía, colocación de dispositivo intrauterino anticonceptivo, intervención en oftalmología y odontología en los casos de prótesis dentarias, la obligación es de resultados.

Así se pronuncian nuestros Tribunales en Sentencias como la de la Audiencia Provincial de Madrid de 02-02-15 y en Sentencia de 23 de abril de 2.009 al señalar que "aunque la ortodoncia no persigue un resultado exclusivamente estético, sino también terapéutico, así evitar problemas funcionales derivados de las mal oclusión dentales o esqueléticas, la finalidad médica, curativa o preventiva, requiere de un resultado materializado en la corrección de huesos y dientes mal colocados, por lo que, sin dejar de constituir la actuación contratada del ortodoncista una obligación de medios o de actividad, tiene manifestaciones de obligación de resultado (las piezas dentarias y los huesos, sobre los que el aparataje ejerce presión, deben llegar a mostrar una evolución favorable de la situación de los dientes en los maxilares). En tales términos, el contrato de tratamiento bucal del paciente con el ortodoncista participa de la naturaleza del arrendamiento de obra con una obligación de

resultado en lo que se refiere a la evolución situacional de las piezas dentarias". En todo caso la doctrina tradicional del T.S., en relación con la ortodoncia en materia de prueba, sigue siendo que en la conducta de los profesionales sanitarios debe descartarse toda clase de responsabilidad más o menos objetiva, sin que opere la inversión de la carga de la prueba, estando por tanto a cargo del cliente-paciente la demostración de la relación o nexo de causalidad y la de la culpa (art. 1.104 del C.C).

En este ámbito de responsabilidad por actos médicos el Tribunal Supremo, Sala 1ª, en Sentencia de 1-6-2011 (RJ 2011, 4260) ha expresado cuál es el alcance de la responsabilidad exigible, en general, y cómo ha de aplicarse la doctrina de la carga de la prueba: "En el ámbito de la responsabilidad del profesional médico debe descartarse la responsabilidad objetiva y una aplicación sistemática de la técnica de la inversión de la carga de la prueba, desaparecida en la actualidad de la LEC, salvo para supuestos debidamente tasados, (artículo 217.5 LEC). El criterio de imputación del artículo 1902 CC se funda en la culpabilidad y exige del paciente la demostración de la relación o nexo de causalidad y la de la culpa en el sentido de que ha quedar plenamente acreditado en el proceso que el acto médico o quirúrgico enjuiciado fue realizado con infracción o no-sujeción a las técnicas médicas o científicas exigibles para el mismo (STS 24 de noviembre de 2005; 10 de junio 2008; 20 noviembre 2009). La prueba del nexo causal resulta imprescindible, tanto si se opera en el campo de la responsabilidad subjetiva como en el de la objetiva, (SSTS 11 de febrero de 1998; 30 de junio de 2000; 20 de febrero de 2003) y ha de resultar de una certeza probatoria y no de meras conjeturas, deducciones o probabilidades (SSTS 6 de febrero y 31 de julio de 1999, 8 de febrero de 2000), aunque no siempre se requiere la absoluta certeza, por ser suficiente un juicio de probabilidad cualificada, que corresponde sentar al juzgador de instancia, cuya apreciación solo puede ser atacada en casación si es arbitraria o contraria a la lógica o al buen sentido (SSTS 30 de noviembre de 2001, 7 de junio y 23 de diciembre de 2002, 29 de septiembre y 21 de diciembre de 2005; 19 de junio, 12 de septiembre, 19 y 24 de octubre 2007, 13 de julio 2010).

Ahora bien, para imputar a una persona un resultado dañoso no basta con la constancia de la relación causal material o física, sino que además se precisa la imputación objetiva del resultado o atribución del resultado, es lo que en la determinación del nexo de causalidad se conoce como causalidad material y jurídica. La primera por su carácter fáctico corresponde examinar al tribunal de instancia, la segunda de carácter jurídico es susceptible de ser revisada en casación en el ámbito de la aplicación del artículo 1902 CC (LEG 1889, 27)), actuando entre otros criterios de imputación, la prohibición de regreso que impide que el reproche se realice exclusivamente fundándose en la evolución posterior del paciente (SSTS de 14 de febrero de 2006 (RJ 2006, 884) , 15 de febrero de 2006 (RJ 2006, 692) , 7 de mayo de 2007 (RJ 2007, 3553) ; 29 de enero 2010 (RJ 2010, 418))."

TERCERO.- La STS, Civil sección 1 del 18 de febrero de 2015 (RJ 2015, 340) (ROJ:STS 434/2015), ha venido a establecer, en relación con el error de diagnóstico, que "en la medicina de medios, la toma de decisiones clínicas está basada en el diagnóstico mediante pruebas encaminadas a demostrar o rechazar una sospecha o hipótesis: es obligación del médico realizar todas las pruebas médicas necesarias según el estado de la ciencia médica. Sólo el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad o unas conclusiones absolutamente erróneas puede servir de base para declarar la responsabilidad, al igual que en el supuesto de que no se hubieran practicado todas las comprobaciones o exámenes exigidos o exigibles. No se puede cuestionar el diagnóstico inicial por la evolución posterior, dada la dificultad que entraña acertar con el correcto, a pesar de haber puesto para su consecución todos los medios disponibles, pues en todo paciente existe un margen de error, independientemente de las pruebas que se le realicen"...En una medicina de medios y no de resultados, dice la STS 10 de diciembre 2010 (RJ 2011, 137), la toma de decisiones clínicas está generalmente basada en el diagnóstico que se establece a través de una serie de pruebas encaminadas a demostrar o rechazar una sospecha o hipótesis de partida, pruebas que serán de mayor utilidad cuanto más precozmente puedan identificar o descartar la presencia de una alteración, sin que ninguna presente una seguridad plena, (SAP Valencia de 18-04-17, con cita de las SSTS 15 de febrero 2006 (RJ 2006, 692) ; 19 de octubre 2007 ; 3 de marzo y 10 de diciembre de 2010).

En el caso que nos ocupa es un hecho incontrovertido que la paciente acudió al Servicio de Urgencias del HOSPITAL el día 09, aquejada de un dolor intenso en la zona abdominal, acompañado de vómitos y diarrea. Tras la exploración de la paciente, el médico de urgencias solicitó una analítica que determinó la existencia de leucocitosis con neutrofilia, destacándose, en la bioquímica, una alteración de la glucosa en sangre, (185,5) y alteración de la creatinina, (1,54), síntomas que, según se refiere en la Demanda, eran compatibles con una pancreatitis aguda. Doña ; fue dada de alta ese mismo día y remitida a su domicilio con el diagnóstico de gastroenteritis aguda.

La señora regresó al Servicio de Urgencias el día 10- las 16.56 horas, esto es, sin haber transcurrido siquiera 24 horas, debido a que "persistía el dolor abdominal, presentaba anuria de 12 horas de evolución, sensación distérmica y meg." En esta ocasión, el diagnóstico médico fue el de "sepsis de punto partida abdominal".

Es cierto que, cuando la paciente acudió a Urgencias el día 9 de noviembre, existían diversos indicios que no indicaban al médico que la atendió que pudiera estar ante un cuadro de pancreatitis aguda, pero no lo es menos que, en la analítica que, de forma completamente acertada, se realizó a la señora se reveló la presencia de algunos signos que debieron haber alertado al facultativo sobre la existencia de alguna patología, con la suficiente

trascendencia, como para acordar, al menos, la observación de la paciente durante un lapso de tiempo antes de firmar su alta domiciliaria.

Y esta actuación preventiva es la que no se llevó a cabo por el médico, lo que impidió al mismo comprobar que la evolución de la enferma era acorde al cuadro de gastroenteritis que le fue diagnosticado o, en su caso, constatar que se estaba en presencia de otra enfermedad más grave, como la pancreatitis.

La paciente tenía, como admitió el señor , un nivel elevado de los leucocitos en sangre. Esto era indicativo de un proceso infeccioso, que bien pudiera ser una gastroenteritis pero que también podía indicar la presencia de otras enfermedades, incluida la pancreatitis, aspecto que no debió ser ignorado por el profesional de la medicina. Igualmente, la analítica reveló una elevación de la hemoglobina, parámetro que, de nuevo, fue neutralizado por el facultativo quien, finalmente, tampoco tuvo en cuenta el anormal valor que ofrecía la creatinina.

El Perito señor señaló, en el Juicio, que los leucocitos eran importantes y que su presencia no es habitual en la gastroenteritis, a diferencia de lo que sucede con la pancreatitis en que sí es frecuente ver leucocitosis. Igual sucede con la glucosa, que suele alterarse en los casos de pancreatitis, o con el fracaso renal puesto de manifiesto a través del nivel de creatinina. La presencia de tales datos eran suficientes para posponer el alta de la paciente, independientemente de que la PCR estuviera en valores dentro de la normalidad pues, como destacó el señor , una PCR normal no permite obtener una conclusión ya que no sirve para diagnosticar una pancreatitis.

Como reconoció el Perito de la demandada en la página 20 de su Informe, el test más usado para el diagnóstico de la pancreatitis aguda es la amilasa sérica. La misma aumenta en las primeras horas desde su salida de la célula acinar pancreática, permaneciendo elevada en las primeras 24 horas... debe solicitarse conjuntamente con la dosificación de lipasa ya que ésta es más sensible y específica. Pues bien, dicha prueba no se pautó a la enferma y, aun cuando ello podría tener sentido en un primer momento, la necesidad de haber empleado tal método se habría puesto claramente de manifiesto de haber permanecido la señora convenientemente vigilada en el Centro Hospitalario dada la fulminante evolución a peor de sus síntomas. De esta manera, en la siguiente analítica que se efectúa a la enferma a las horas de su primer ingreso se constata que la amilasa presenta unos niveles muy elevados, (el día 10 tenía valores dieciocho veces superiores a los normales según el Perito del actor), indicando, pues, que el diagnóstico correcto era el de pancreatitis.

Se ha referido, por los demandados, que la paciente presentaba unos antecedentes previos de carácter cardiovascular, extremo puesto de manifiesto por el doctor que la atendió en la UCI. Este aspecto se ha querido destacar como factor coadyuvante del fatal desenlace si bien ha de señalarse que, a pesar de que no haberse acreditado la realidad de un diagnóstico previo sobre tal patología, la única conclusión que cabe extraer es que, de haber sido

así, estaríamos ante un dato más que debió ser tenido en cuenta por el médico del Servicio de Urgencias para no acordar el alta de su paciente.

No se imputa al médico de Urgencias, (no demandado, por cierto, en estos Autos), que la exploración realizada no fuera adecuada ni correcta. Ni tampoco que su conclusión diagnóstica fuera descabellada. Y en eso coinciden ambos Peritos e, incluso, esta Juzgadora. Es cierto que el médico de la Urgencia tuvo en cuenta las constantes vitales de la paciente y sus síntomas pero la negligencia que se atribuye al Servicio Médico del Hospital demandado no encuentra su fundamento en una inactividad del facultativo sino que debe situarse en la precipitación que se le debe atribuir al haber remitido a la enferma a su domicilio sin haberla dejado en observación un tiempo prudencial ante la presencia de ciertos parámetros claramente anormales en su analítica.

El empleo de una diligencia razonable habría exigido esperar un tiempo para confirmar que no se estaba en presencia de una patología más grave y que no era preciso llevar a cabo otras pruebas complementarias, como un TAC o una detección de la amilasa en sangre, decisivas, como luego se constató, para diagnosticar la pancreatitis que padecía la madre del actor.

Desde esa perspectiva ha de ser estimada la Demanda origen de las presentes actuaciones al concluir que estamos en presencia de una actuación negligente imputable a la parte demandada. Cuestión distinta es la que deba darse a la valoración económica derivada de tal negligencia.

CUARTO.- Se reclama en Autos una indemnización por los daños causados derivados del daño final causado, partiendo de la base de que el resultado fatal de la muerte no se habría producido de haberse realizado la prueba de la amilasa o de haberse acudido a otros medios diagnósticos como un TAC.

La premisa sobre la que se asienta el escrito de Demanda se encuentra huérfana de la necesaria prueba y, a este respecto, el Perito de la parte demandada, don Internista de Urgencias, concluyó que su criterio era el de afirmar que la paciente se habría muerto en cualquier caso por la forma en que evolucionó, siendo irrelevante que hubiera ingresado antes en la UCI. Lo único que se habría hecho en Urgencias sería corregir la pérdida de líquido y esto habría conllevado un 5-10% de mejoría en la supervivencia en todo caso. Igualmente, el señor confirmó que si la paciente hubiera ingresado antes no habría cambiado nada, dada la rapidez de la evolución ya que se trataba de una pancreatitis grave y aguda, (declaración del doctor Stanescu).

La sentencia de la AP, Madrid sección 11 del 19 de enero de 2016 (ROJ: SAP M 911/2016) dice: "El concepto de "la pérdida de oportunidad" que ya esta sección ha empleado en sentencias como la núm. 258/2012 de 3 mayo (JUR 2012, 323566), en la que con referencia otras como la S. de la AP Asturias, sec. 7ª, S 28-5- 2010 al sostener que " ... el concepto de pérdida de la oportunidad médica se refiere a aquellos actos que realiza un profesional de la

medicina, que han podido influir en la evolución del curso de una enfermedad, privando al paciente de oportunidad de curación. Es decir, aquellas actuaciones que no han causado las dolencias, pero que sí han influido en la muerte del enfermo o en caso de supervivencia, en la posibilidad de curar definitivamente o en que deba sufrir su enfermedad sin una determinada comodidad. Los profesionales o instituciones no son responsables de la enfermedad a la que se enfrentan pero responderán civilmente cuando su conducta incide en la evolución del paciente. Si bien la patología que sufre el enfermo es ajena a los profesionales que la tratan, debe declararse su responsabilidad cuando un retraso o desviación del acto médico suponga que la enfermedad o el daño se convierta en crónico, en definitivo o cause la muerte. Viene a aplicar la Sentencia apelada la doctrina de la pérdida de oportunidad, ya aplicada por este Tribunal en Sentencia de 16 de febrero de 2.007, que se cita en la apelada, en la que decíamos que aunque no podía establecerse un nexo directo entre la negligencia y la muerte del paciente, sí podía establecerse entre la negligencia y la imposibilidad de saber si se hubiese podido detectar la enfermedad a tiempo de ser tratada convenientemente, teniendo en cuenta la posibilidad de un tratamiento eficaz, y que «Como dice la Sentencia de la Audiencia Provincial de Badajoz, Sección 3ª, de 7 de febrero de 2.005, con cita de la del Tribunal Supremo de 10 de octubre de 1.998 (RJ 1998, 8371), en estos casos, el obrar negligente del médico no causa la enfermedad, sino que minorada de distintas formas en cada caso, las posibilidades de curación, esto es, determina la pérdida de una oportunidad para la víctima que el Tribunal deberá evaluar en cada caso, en función de todas las circunstancias concurrentes, para fijar la suma indemnizatoria adecuada».

En el caso que nos ocupa, no puede concluirse, como ya se ha adelantado, que la actuación del facultativo de Urgencias fuera la causa determinante de la muerte de la paciente. Tan sólo podrá ser valorado el derecho indemnizatorio del actor teniendo en cuenta en qué medida un ingreso de su madre más precoz en el Centro Hospitalario hubiera incrementado sus posibilidades de supervivencia. Y en este sentido, debe otorgarse una mayor relevancia probatoria a la pericial practicada a instancias de la parte demandada, puesta en relación con las testificales practicadas, a efectos de concluir que no existen en los Autos pruebas bastantes de que las expectativas de supervivencia de la paciente, en tal caso, hubieran ido más allá del 5 al 10%.

Es por ello que la indemnización solicitada por el demandante habrá de ser reducida a la suma de 2.040 euros, estimándose su Demanda, por tanto, de forma parcial, sin que el resto de alegaciones que ella se contienen, como la falta de información a los familiares del estado real de la enferma, sea un extremo que haya quedado constatado o que haya tenido la relevancia suficiente como para ser calificado de actuación negligente por parte del Centro Hospitalario.

QUINTO.- La anterior cantidad habrá de ser incrementada con los intereses legales correspondientes desde la reclamación judicial y hasta su completo pago, (artículos 1100, 1101, 1108 y 1109 CC en relación con el artículo 576 LEC).

SEXTO.- No ha lugar a efectuar ningún pronunciamiento en cuanto a las costas de esta instancia al haber sido estimadas parcialmente las pretensiones del actor, (art. 394 LEC.vigente).

Vistos los preceptos legales citados y demás de general y pertinente aplicación al caso,

FALLO:

Que, **ESTIMANDO PARCIALMENTE la DEMANDA** formulada por **DON** , representado por el Procurador de los Tribunales doña Paloma Solera Lama y asistido del Letrado don Alvaro Sardinero García, contra **HOSPITAL** , representado por el Procurador y asistido del Letrado

debo **CONDENAR Y CONDENO** a la parte demandada al pago de 2.040 euros de principal, más los intereses legales correspondientes en la forma establecida en esta Resolución, y todo ello sin hacer expreso pronunciamiento de condena en cuanto a las costas en esta instancia.

Contra esta Sentencia cabe recurso de apelación en ambos efectos ante la Audiencia Provincial de Madrid, que podrá interponerse ante este Juzgado en el plazo de veinte días contados a partir de la fecha de su notificación, debiendo, a tal efecto, efectuar la consignación del depósito a que hace mención la DA 15 de la LOPJ, según reforma introducida por la LO 1/09.

Así por esta mi Sentencia, juzgando definitivamente en esta instancia, de la que se llevará testimonio a los Autos de su razón, lo pronuncio, mando y firmo.

PUBLICACIÓN.- Leída y publicada fue la anterior Sentencia por la Ilma. Sra. Magistrado-Juez que la dictó estando celebrando audiencia pública en el siguiente día de su fecha, doy fe.

Alvaro Sardinero García
Abogado
C/ Francisco Silveira, 19 Entpta. F
28028 - MADRID
Tel. y Fax: 91 308 37 60