Sentencias comentadas

No existió actuar negligente en el hallazgo de peritonitis

Por Ofelia De Lorenzo

Jueves, 25 de abril de 2013, a las 12:57

+1 0

La Sección 4ª de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Supremo ha desestimado el recurso de Casación interpuesto por los familiares de un paciente fallecido que alegaban la deficiente asistencia sanitaria dispensada a su padre por los servicios sanitarios públicos.

El informe pericial aportado por los familiares concretó los siguientes hechos: Paciente de 66 años que en fecha 16 de Noviembre de 2007 ingresó en UCI con infarto agudo de miocardio con elevación de ST y estable hemodinámicamente. Como antecedentes constaba glaucoma, neumonía, con múltiples factores de riesgo cardiovascular: Obesidad, tabaquismo activo (20c/día), diabetes tipo II, nefropatía diabética, hipertensión arterial con más de 25 años de evolución, enfermedad pulmonar obstructiva crónica severa (FEVI 36%) con cor pulmonar crónico e hipertensión pulmonar, y en tratamiento con oxigenoterapia domiciliaria, con disnea de mínimos esfuerzos que le impedían salir de casa.

Tras su llegada a UCI precisó ventilación mecánica no invasiva modo BIPAP para mantener su oxigenación sanguínea correctamente, tratamiento broncodilatador y diuréticos por insuficiencia respiratoria parcial severa mixta. Se administró anticoagulación y doble antiagregación, presentando pseudonormalización de ST en cara inferior y elevación enzimática, sin repetir episodio de arritmias. Tuvo buena evolución con mejoría clínica por lo que se trasladó a planta el 25/11/07 asintomático, donde se le practicaron las exploraciones físicas generales correspondientes, además de un tacto rectal por la ausencia de deposiciones referida por el paciente, y que descartaba fecalota, tumoración u otro proceso obstructivo bajo.

El día 27 presentó dolor torácico por lo que se le realizó ECG urgente, que fue valorado por el médico a la vista del cual no modificó tratamiento. Se solicitó radiografía de tórax programada para el día siguiente.

El 28/11/07 por la mañana estuvo estable. Sin aquejar sintomatología digestiva, el día anterior se habían contabilizado dos deposiciones normales y una blanda. Los resultados analíticos destacaron leucocitosis e hiperglucemia, ligera anemia e hipoalbuminemia marcada. Con buena diuresis (1700 cc), aunque menor que la deseable por los edemas. Se quejó de dolor abdominal, observando sudoración. El médico de guardia decidió solicitar ECG, analítica urgentes y radiología. A las 23h se solicitó valoración por el servicio de cirugía por persistencia del dolor abdominal. El residente anotó la presencia de colon transverso muy distendido. La exploración indicaba abdomen timpanizado y dolor a la presión en el hemiabdomen superior. La última analítica era de 14.000 leucocitos/mm3. Se indicó colocar SNG de aspiración, saliendo 500cc en 3 horas con mejoría subjetiva abdominal. La adjunta decidió actitud expectante. Solicitó Rx de abdomen para la mañana siguiente y pautó terapia de rescate en caso de persistir el dolor. El 29/11/07 a las 9h persistía el dolor abdominal y la distensión. Se efectuó tacto rectal (ampolla sin heces) y se solicitó TAC urgente que informó de neumoperitoneo. Fue intervenido hallando peritonitis fecaloidea por rotura de colon transverso con isquemia de 10 cm., por lo que se le realizó una resección de colon, dejando colostomía terminal y cierre a nivel de ángulo esplénico. Pasó a UCI inestable con cuadro séptico y estableciéndose fracaso multiorgánico. Con la rotura del colon se produjo la salida de su contenido a cavidad peritoneal produciéndose una infección con irritación del peritone, posiblemente se produjo una translocación bacteriana, es decir, paso de gérmenes a cavidad abdominal y a vasos sanguíneos, por el fenómeno inflamatorio tan importante que se produce, que, en un enfermo tan débil por las múltiples enfermedades que padecía, fue la responsable de su muerte el 26/12/07 por fracaso multiorgánico.

La Sala, una vez examinados los informes médicos y contrastados los datos de la Historia Clínica, concluye que no es posible apreciar una incorrecta praxis.

Argumenta la Sala que el estreñimiento que presentaba el enfermo el día 26 se trató adecuadamente, poniéndole un enema. A pesar de que el informe médico acompañado a la demanda expresase que el día 26 la ampolla rectal estaba vacía, interpretando este dato como signo de obstrucción intestinal, esto no resulta confirmado posteriormente, pues según consta en las hoja de enfermería, se produjeron deposiciones los días 27 (dos normales y una blanda) y

28 (una) y así se recoge en el propio informe médico aportado por la actora.

Por último, aunque en la demanda se dice que el paciente había sufrido continuos dolores abdominales durante todo el tiempo que permaneció en la UCI y en planta, lo cierto es que en las hojas de enfermería y de evolución del paciente sólo aparece en el día 28 la mención refiere “dolor abdominal en las últimas horas”. Por lo que el facultativo médico le colocó una sonda nasogástrica de aspiración el paciente refiriendo este último encontrarse mejor, con disminución de intensidad del dolor. Por lo que se optó por una actitud expectante, y Rx abdomen por la mañana.

De todo ello se deduce que, ni puede atribuirse la complicación sufrida a un estreñimiento u obstrucción inadecuadamente tratado, ni el dolor pasó desapercibido al personal sanitario, ni dejaron de prestar al enfermo los cuidados médicos que requería.

Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4ª) de 22 de marzo de 2013.