

JDO. CONTENCIOSO/ADMTVO. N. 1 MERIDA

SENTENCIA: 00133/2019

UNIDAD PROCESAL DE APOYO DIRECTO

Modelo: N11600
AVENIDA DE LAS COMUNIDADES S/N
Teléfono: 924 387200/ 388703 **Fax:** 924 300112
Correo electrónico:

Equipo/usuario: PFM

N.I.G: 06083 45 3 2018 0000284
Procedimiento: PO PROCEDIMIENTO ORDINARIO 0000158 /2018 /
Sobre: INDEMINIZACION DAÑOS Y PERJUICIOS-RESPONSABILIDAD
De D/D^a: **Abogado:** RUBEN DARIO DELGADO ORTIZ, RUBEN DARIO DELGADO
ORTIZ **Procurador D./D^a:** YOLANDA CORCHERO GARCIA, YOLANDA CORCHERO
GARCIA **Contra D./D^a** SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD, MAPFRE .
Abogado: LETRADO DE LA COMUNIDAD, DIEGO PABLO CASTILLO GUIJARRO
Procurador D./D^a , LUIS FELIPE MENA VELASCO

SENTENCIA n° 133/2019

En MERIDA, a treinta de septiembre de dos mil diecinueve.

Vistos por mí, Pedro Fernández Mora, Magistrado-Juez del **Juzgado de lo Contencioso Administrativo n° 1 de Mérida**, los presentes autos de Procedimiento Ordinario que con el número 158/2018, se han seguido ante el mismo, y en el que han sido partes, como Recurrentes DOÑA, obrando en nombre propio y en representación de su hijo menor de edad , representados por la Procuradora Doña Yolanda Corchero García y asistidos por el Letrado Don Rubén Darío Delgado Ortiz; y como Demandado el SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD, representado y asistido por sus Servicios Jurídicos, habiéndose personado en autos la entidad MAPFRE SEGUROS DE EMPRESA, S.A., representada por el Procurador Don Luis Felipe Mena Velasco y asistida por el Letrado Don Diego Castillo Guijarro; versando el presente procedimiento sobre **responsabilidad patrimonial por mala praxis médica**.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por la Procuradora Sra. Corchero García, obrando en la representación ya indicada, se interpuso recurso

contencioso administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación patrimonial interpuesta por los demandantes con fecha 28 de marzo de 2016 ante el SES, con motivo de los daños irrogados a consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria dispensada a su hijo.

SEGUNDO.- Seguido que fue el recurso por sus trámites, se recabó y entregó el expediente administrativo al recurrente para que formulara demanda, lo que evacuó en tiempo y forma, invocando los hechos y fundamentos de derecho que estimó de aplicación, para terminar interesando el dictado de sentencia por la que estimando el recurso interpuesto, se declare la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria, y, en consecuencia, se condene a la misma, así como a su compañía aseguradora, a indemnizar a los demandantes en la cuantía de seiscientos mil euros (600.000 euros), con los intereses moratorios del artículo 20 de la Ley del Contrato de Seguro desde la fecha en que se formuló la reclamación patrimonial y las costas.

TERCERO.- Conferido traslado de la demanda a la parte demandada y a su aseguradora a fin de que la contestaran en legal forma, las mismas evacuaron dicho trámite en tiempo y forma, invocando los hechos y fundamentos de derecho que estimaron de aplicación, para terminar suplicando ambos escritos de contestación que se dictara sentencia desestimatoria de la demanda formulada, con imposición de costas a la parte actora.

CUARTO.- Recibido el recurso a prueba, se admitieron y practicaron las que se declararon pertinentes, con el resultado que obra en autos, dándose traslado a las partes para conclusiones, y, evacuado dicho trámite se declararon los presentes autos conclusos para dictar sentencia.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- Es objeto del presente recurso contencioso administrativo, la desestimación presunta de la reclamación patrimonial interpuesta por los demandantes con fecha 28 de marzo de 2016 ante el SES, con motivo de los daños irrogados a consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria dispensada a su hijo.

Como hechos constitutivos de su pretensión alega la parte recurrente los siguientes:

1.- El día 19 de abril de 2014 la Sra. fue ingresada en el Hospital de Llerena para someterse a una cesárea en la semana 35+5 de gestación por un parto gemelar en presentación podálica. El segundo de los gemelos, nació con buen estado general y un resultado en el test de Apgar de 8 al minuto y 9 a los cinco minutos, y pesó 2.114 gramos.

2.- fue trasladado al Hospital Materno Infantil de Badajoz, dado que el Hospital de Llerena no disponía de Servicio de Neonatología.

3.- Desde las primeras horas de vida, comenzó a tener vómitos biliosos y distensión abdominal. Se comprobó que no eliminaba el meconio.

Con fecha 22 de abril se le realizó una radiografía de abdomen en la que se evidenció distensión de asas intestinales y escaso aire distal.

Se solicitó una interconsulta con el Servicio de Cirugía y la realización de un enema opaco, en el que se observó que el colon estaba aumentando de calibre y mostraba repleción en su interior. Por este motivo, se le aplicó sonda nasogástrica y se le hicieron lavados rectales con suero fisiológico (nursing). Veinte horas más tarde, tuvo un deterioro clínico con mayor distensión abdominal y un pico febril.

4.- Ante este cuadro, se sospechó una posible perforación, por lo que el día 23 de abril de 2014 se le intervino quirúrgicamente de urgencia y se inició tratamiento antibiótico con ampicilina, gentamicina y metronidazol. Durante la operación se tomaron biopsias y se le practicó una ileostomía en cañón de escopeta y una apendicetomía.

Durante el postoperatorio inmediato no se refirieron incidencias, permitiendo la alimentación por vía digestiva a partir del noveno día. En el decimocuarto día presentó un pico febril, precisó transfusión de concentrado de hematíes y cambio de antibióticos a cefotaxima, teicoplanina y tobramicina. En los resultados de la biopsia de colon se evidenció una arquitectura conservada, escasos gangliones sin evidencia de células ganglionares y en zona de transición, así como plexos nerviosos con aspecto hipertrófico, lo que denotó una posible inmadurez de las células ganglionares y ausencia de expresión IHQ.

También se realizó una manometría ano-rectal que arrojó un dudoso reflejo inhibitor del ano, por lo que requería la repetición, a posteriori, de esta prueba.

Todo ello dio lugar a que el juicio clínico fuera: obstrucción intestinal (enfermedad de Hirschprung a descartar), sepsis por estafilococo epidermidis y colonización por pseudomona.

Recibió el alta a domicilio el 28 de mayo de 2014.

5.- El día 30 de noviembre de 2014, ingresó nuevamente en el Hospital Materno-Infantil de Badajoz por

vómitos y deposiciones líquidas con moco y sin sangre en bolsa de ileostomía. No presentaba en este momento alteraciones analíticas graves, pero del cultivo se extrajo resultado positivo para norovirus, diagnosticándole, en consecuencia, una deshidratación clínica leve y gastroenteritis aguda por norovirus.

6.- Con fecha 5 de noviembre se le realizó una segunda biopsia del intestino grueso que presentó indicios de un posible aganglionismo.

A fecha 27 de noviembre se seguía dudando sobre si el origen del cuadro radicaba en una aganglionosis. Por este motivo se le diagnosticó una obstrucción intestinal no especificada.

7.- El 27 de enero de 2015 se tomaron muestras para una biopsia rectal mediante succión. No pudo descartarse la existencia de una enfermedad de Hirschprung.

8.- El 6 de marzo de 2015 se le realizó el cierre programado de ileostomía, mediante una anastomosis ileal término terminal, sin haber realizado la pertinente extracción de biopsias del colon para descartar la enfermedad de Hirschprung.

En el postoperatorio inmediato presentó una fístula enterocutánea. Recibió el alta a domicilio el 17 de abril de 2015.

9.- El día 22 de abril de 2015 los actores llevaron a al Servicio de Urgencias por vómitos de más de veinticuatro horas, deposiciones verdes malolientes y falta de tolerancia oral, diagnosticándole una enterocolitis por *Clostridium difficile* toxima A.

Fue tratado con dieta absoluta intravenosa, antibióticos y lavados colónicos por turnos, evolucionando favorablemente.

10.- El día 4 de mayo se realizó un enema opaco en el que se observó el colon izquierdo estrecho que desciende por la línea media con una posible zona de transición en ángulo esplénico con colon transverso muy dilatado. Por tal motivo se le realizó una intervención (8 de mayo de 2015) con resección intestinal colónica y anastomosis término-terminal.

En la biopsia intraoperatoria se evidenció ausencia de células ganglionares en plexos submucosos y mesentérico con moderada hipertrofia de plexos nerviosos, enfermedad de Hirschprung.

A las 72 horas de la intervención se evidenció un empeoramiento por lo que fue necesaria una nueva operación (11 de mayo de 2015) en la que se llevó a cabo una resección de todo el intestino (salvo 20 centímetros). Se comprobó la existencia de una trombosis mesentérica secundaria a colitis aguda.

En el informe del Servicio de Anatomía patológica se informó la existencia de una necrosis isquémica masiva con áreas de infarto mucoso y mural, así como una trombosis de vasos hiliares.

11.- Desde el 21 de mayo de 2015 se acordó el traslado de al Hospital Infantil La Paz con juicio clínico para su seguimiento y control por la Unidad de Rehabilitación Intestinal (*Paciente con intestino corto extremo con dependencia casi completa de nutrición parenteral de modo permanente con requerimiento de grandes cantidades de agua y electrolitos en la nutrición parenteral. Dada la situación de fallo intestinal se decide su inclusión como candidato a trasplante multivisceral*).

12.- El día 25 de mayo de 2015 ingresó en el Hospital Universitario La Paz para su valoración como candidato a trasplante. Se le sometió a diversas pruebas y exploraciones para valorar las condiciones anatómicas y vasculares previas a un trasplante.

El día 1 de junio de 2015 se le sometió a una intervención consistente en una laparotomía exploradora en la que se observaron numerosas adherencias intestinales y la pared abdominal con perforación a nivel de la tercera porción duodenal.

Recibió el alta el 21 de julio de 2015 con los diagnósticos: paciente con intestino corto extremo con dependencia casi total de nutrición parenteral de modo permanente con requerimiento de grandes cantidades de agua y electrolitos en la nutrición parenteral. Situación de fallo intestinal permanente, inclusión como candidato a trasplante multivisceral.

13.- Con posterioridad acudió en diversas ocasiones al Hospital Universitario La Paz con motivo de revisiones y consultas de urgencias, llegando a quedar ingresado en varias de ellas.

14.- El día 16 de abril de 2017, ingresó en el Hospital Universitario La Paz al objeto de ser sometido a un trasplante multivisceral.

La intervención consistió en un trasplante de estómago, intestino delgado, intestino grueso hasta sigma, páncreas e hígado con preservación del bazo. Se realizó una ileostomía en cañón de escopeta y colostomía.

Recibió el alta el día 23 de abril de 2017 con los diagnósticos principales siguientes: trasplante multivisceral, enfermedad de Von Willebrand, y Síndrome de intestino corto extremo secundario a enfermedad de Hirschprunh y trombosis mesentérica.

15.- Con posterioridad, acudió en reiteradas ocasiones a controles y precisó diversos ingresos.

16.- En la actualidad, continúa sometido a constantes controles médicos tanto en el Hospital de Badajoz (cada quince-veinte días) como en el Hospital Universitario La Paz de Madrid (cada tres meses).

El alcance del conjunto de daños y perjuicios irrogados al menor y a sus padres aún no se encuentra totalmente determinado.

Partiendo de tales datos, considera la parte actora evidente la relación causa/efecto entre la situación y secuelas del menor y los daños morales sufridos por sus progenitores, y la deficiente asistencia sanitaria, que se centra en haberse procedido al cierre de la ileostomía anastomosando ambos cabos intestinales el día 6 de marzo del 2015, sin haberse cerciorado de que el menor no padecía una enfermedad de Hirschprung; además, no se realizó la toma de una biopsia del colon durante la intervención que hubiera despejado cualquier duda al respecto como efectivamente se hizo poco después cuando aparecieron las complicaciones.

Frente a ello, tanto la Administración demandada como su compañía de seguros se oponen a lo pretendido de contrario, al entender que en modo alguno la actuación de los facultativos del Servicio Extremeño de Salud conculcó la lex artis.

SEGUNDO.- Antes de entrar en las cuestiones planteadas hemos de recordar que en cuanto a la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas la regulación legal y jurisprudencial existente configura la responsabilidad patrimonial de la Administración, como una responsabilidad directa y objetiva, que obliga a aquélla a indemnizar toda lesión que sufran los particulares en cualquiera de sus bienes o derechos, siempre que sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; teniendo en cuenta que no todo daño que produzca la Administración es indemnizable, sino tan sólo los que merezcan la consideración de lesión, entendida, según la doctrina y jurisprudencia, como daño antijurídico, no porque la conducta de quien lo causa sea contraria a Derecho, sino porque el perjudicado no tenga el deber jurídico de soportarlo (art. 141.1 de la Ley 30/92), por no existir causas de justificación que lo legitimen.

Para que el daño sea indemnizable además ha de ser real y efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas, debe incidir sobre bienes o derechos, no sobre meras expectativas, debe ser imputable a la Administración y por último debe derivarse, en una relación de causa a efecto, de la actividad de aquélla, correspondiendo la prueba de la concurrencia de todos estos requisitos al que reclama. Así lo ha venido señalando la jurisprudencia que tradicionalmente ha exigido que el nexo causal sea directo, inmediato y exclusivo (SSTS de 20-1-84, 24-3-84, 30-12-85, 20-1-86, etc.), con un criterio que significaba desestimar sistemáticamente todas las pretensiones

de indemnización cuando interfiere en aquel, de alguna manera, la culpa de la víctima (SSTS de 20-6-84 y 2-4-86, entre otras) o de un tercero. Sin embargo frente a esta línea tradicional de la jurisprudencia, aparece otra, más razonable, que no exige la exclusividad del nexo causal (S.T.S. de 12-2-80, 30-3-82, 12-5-82 y 11-10-84, entre otras), y que por tanto no excluye la responsabilidad patrimonial de la Administración cuando interviene en la producción del daño, además de ella misma, la propia víctima (S.T.S. de 31-1-84, 7-7-84, 11-10-84, 18-12-85 y 28-1-86), o un tercero (S.T.S. de 23-3-79), salvo que la conducta de uno o de otro sean tan intensas que el daño no se hubiera producido sin ellas (S.T.S. 4-7-80 y 16-5-84). Supuestos en los que procede hacer un reparto proporcional del importe de la indemnización entre los agentes que participaron en la producción del daño, bien moderando ese importe (S.T.S. 31-1-84 y 11-10-84), o acogiendo la teoría de la compensación de culpas para efectuar un reparto equitativo del montante de aquélla (SSTS de 17-3-82, 12-5-82 y 7-7-84, entre otras).

En el particular derivado de una actuación sanitaria, la Sentencia de 19 de mayo de 2015, de la Sala Tercera, Sección 4ª, del Tribunal Supremo, por ejemplo, señala en su fundamento de derecho quinto lo siguiente: *"En relación con la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, ha señalado este Tribunal con reiteración (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012, dictada en el recurso de casación núm. 4229/2011 y 4 de julio (sic) de 2013, recaída en el recurso de casación núm. 2187/2010) que "no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva mas allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente ", por lo que "si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido" ya que "la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados".*

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la lex artis y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba

debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, hemos señalado (sentencias de 2 de enero de 2012, recaída en el recurso de casación núm. 3156/2010, y de 27 de abril de 2015, recurso de casación núm. 2114/2013) que, en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales "puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido", cabe entender conculcada la *lex artis*, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal".

Y más en particular, en cuanto a la denominada pérdida de oportunidad, cabe reseñar entre otras la Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 19 de junio de 2012, conforme a la cual: "A los servicios públicos de salud no se les puede exigir más que una actuación correcta y a tiempo conforme a las técnicas vigentes en función del conocimiento de la práctica sanitaria. Como expresa la sentencia de esta Sala y Sección de 25 de mayo de 2010, han de ponerse "los medios precisos para la mejor atención". Y recuerda la sentencia de esta Sala y Sección de 23 de enero de 2012 lo ya dicho con anterioridad sobre que la "privación de expectativas, denominada por nuestra jurisprudencia "pérdida de oportunidad" sentencias de siete de septiembre de dos mil cinco, veintiséis de junio de dos mil ocho y veinticinco de junio de dos mil diez, recaídas respectivamente en los recursos de casación 1304/2001, 4429/2004 y 5927/2007 se concreta en que basta con cierta probabilidad de que la actuación médica pudiera evitar el daño, aunque no quepa afirmararlo con certeza para que proceda la indemnización, por la totalidad del daño sufrido, pero sí para reconocerla en una cifra que estimativamente tenga en cuenta la pérdida de posibilidades de curación que el paciente sufrió como consecuencia de ese diagnóstico tardío de su enfermedad, pues, 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 posee a disposición de las administraciones sanitarias". Y en la sentencia de 22 de mayo de 2012, recurso de casación 2755/2010, se reafirma lo dicho en la de 19 de octubre de 2011, recurso de casación 5893/2006, sobre que la pérdida de oportunidad hace entrar en juego a la hora de valorar el daño causado, dos elementos de difícil concreción

como son, el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido ese efecto beneficioso y el grado, entidad o alcance de este mismo. (...). La información acerca de las posibilidades reales de curación constituyen elemento sustancial en la doctrina denominada "pérdida de oportunidad" por lo que la suma -a indemnizar- debe atemperarse a sus existencia o no".

TERCERO.- Pues bien, entrando en el fondo del asunto debatido, y partiendo de la doctrina jurisprudencial antes indicada, habremos de analizar la prueba desplegada a fin de determinar la existencia o no de responsabilidad patrimonial por mala praxis médica, y para ello hemos de acudir a las periciales efectuadas y al informe de la inspección médica (pruebas siempre determinantes en procedimientos como el que nos encontramos). Y así:

1.- Consta informe de la Inspección Médica (folios 59 y siguientes del expediente), en el que se establecen el siguiente resumen y las siguientes conclusiones:

"Resumen: recién nacido prematuro gemelar que a las 48 horas de vida presenta una perforación intestinal con peritonitis, intervenido quirúrgicamente con carácter urgente y con tomas de biopsias intestinales no concluyentes para Enfermedad Hirschprung.

Las reiteradas biopsias intestinales a los 7 y 9 meses de vida, aunque sospechosas de la enfermedad, tampoco resultan concluyentes, siendo a los 13 meses de edad, y ante la sospecha de Enfermedad de Hirschprung se realiza intervención quirúrgica y toma de nuevas biopsias, que finalmente confirman la existencia de la enfermedad.

Graves complicaciones posteriores con una isquemia intestinal masiva obligan a la extirpación de casi la totalidad del intestino, encontrándose actualmente pendiente de trasplante multivisceral en el madrileño Hospital Infantil La Paz.

Conclusiones:

1.- *La perforación intestinal con peritonitis sufrida por el menor a las pocas horas de vida y que fue una urgencia vital, fue adecuadamente resuelto mediante técnica quirúrgica y realizado por cirujanos pediátricos con amplia y dilatada experiencia en cirugía neonatal.*

2.- *De las tres manometrías realizadas al pequeño, las dos primeras revelaban ausencia de RIA (reflejo inhibitor anal) -sugerente de Enfermedad de Hirschprung, pero la tercera -realizada a los tres meses de vida-, revelaba la existencia de RIA (no sugerente de Enfermedad de Hirschprung).*

3.- *Los reiterados estudios manométricos fueron realizados por un experto cirujano pediátrico -actualmente*

jubilado-, experto en Enfermedad de Hirschprung y referente nacional en manometría anorectal infantil con múltiples publicaciones científicas sobre este procedimiento diagnóstico, lo que hace prácticamente imposible un error interpretativo.

4.- Los tres primeros estudios anatomopatológicos e inmunohistoquímicos no fueron concluyentes por inmadurez del sistema digestivo del pequeño, al tratarse de un niño prematuro y fueron realizados por un experto anatomopatólogo con más de 20 años de experiencia profesional y con especial dedicación a la patología digestiva pediátrica, que cuenta con numerosas publicaciones científicas.

5.- El retraso en el diagnóstico anatomopatológico e inmunohistoquímico de la Enfermedad de Hirschprung, confirmada finalmente al pequeño, no obedece a una deficiente toma de las biopsias, ni a una errónea interpretación de las mismas por el experto anatomopatólogo, sino a la existencia de falsos negativos y a la inmadurez del sistema digestivo del neonato, que como prematuro, aparecen descritos en la literatura científica consultada.

6.- La asistencia prestada al pequeño ha sido multidisciplinar y con contacto continuo y fluido entre el Servicio de Anatomía Patológica y Cirugía Pediátrica, en aras de intentar establecer un diagnóstico de certeza.

7.- La resección intestinal casi completa realizada al menor, fue la única opción terapéutica posible ante el grave cuadro de isquemia y necrosis intestinal masiva que amenazaba la vida del pequeño.

8.- El pequeño fue oportunamente derivado a la Unidad de Rehabilitación Intestinal del madrileño Hospital La Paz, centro de referencia nacional, pionero en este tipo de patologías y que aborda de manera integral este tipo de situaciones, encontrándose actualmente en lista de espera para trasplante multivisceral.

9.- Concluir con que el proceso asistencial, del pequeño, de extraordinaria complejidad, ha sido correcto, utilizando todos los recursos técnicos y profesionales que la patología del niño aconsejaba, no pudiéndose atribuir la situación actual del menor a una deficiencia asistencial ni a un retraso diagnóstico".

Consta en el expediente administrativo que con fecha 9 de marzo de 2018 la Médico Inspectora viene a ratificar su informe.

2.- Por la compañía aseguradora Mapfre, se aportó informe pericial con su escrito de contestación a la demanda, emitido por el Doctor D. Miguel Ángel Marín Gabriel, especialista en

neonatología, en el que se vienen a establecer las siguientes conclusiones:

1.- Tras el nacimiento, el paciente presentó un cuadro compatible con obstrucción intestinal. En estas circunstancias estaba indicada la realización de estudios de imagen y una valoración quirúrgica, siendo llevadas a cabo ambas. Por tanto, se actuó según *lex artis*.

2.- Ante el empeoramiento a pesar de tratamiento conservador se realizó una intervención quirúrgica correctamente indicada y realizada. En el estudio histológico realizado no pudo confirmarse el diagnóstico de sospecha (enf de Hirschprung).

3.- A lo largo de la evolución del paciente se aprecia un más que adecuado seguimiento e implicación de los médicos responsables de su asistencia.

4.- En las diversas biopsias realizadas durante el seguimiento, en múltiples ocasiones los resultados no permiten el diagnóstico de certeza de Enf de Hirschprung, habida cuenta de las peculiaridades específicas en relación con la determinación de calretinina (aumento de su expresividad con la edad).

5.- Durante el cierre programado de la ileostomía no estaba indicado llevar a cabo la toma de biopsias a ciegas. Aún en el caso de haberse llevado a cabo las mismas, y aún en el supuesto de que se hubiera establecido el diagnóstico definitivo, no se hubiera modificado la intervención ni la evolución del paciente.

6.- A pesar de que los estudios histológicos inicialmente no arrojan la confirmación de dicha entidad, la evolución clínica hace sospechar esta enfermedad, motivo por el que correctamente y tras comentarlo en sesión clínica (ello denota la dificultad del diagnóstico en este caso en concreto) se decide abordaje que permita finalmente llevar al diagnóstico de sospecha.

7.- En la intervención realizada se confirma el diagnóstico de Enf de Hirschprung.

8.- Dicha intervención se realizó de forma programada, no presentando inestabilidad ni shock séptico que pudiera predisponer la evolución a trombosis mesentérica.

9.- A pesar de una correcta intervención, el paciente presenta una complicación con un gran riesgo vital (isquemia mesentérica secundaria a enterocolitis), complicación que, aunque muy infrecuente, está descrita en la literatura y que es más frecuente en pacientes que han presentado una enterocolitis previa (como es el caso). Dicha complicación fue manejada con gran pericia, permitiendo la supervivencia del paciente.

10.- La derivación posterior a un centro de referencia para trasplante intestinal se considera igualmente adecuada.

Conclusión final: La atención llevada a cabo en el paciente se ajusta a la lex artis en relación con la atención dispensada en el SES (Hospital Universitario de Badajoz)".

3.- Por la parte demandante se aportó con su escrito de demanda informe pericial emitido por la Doctora Doña M^a Teresa Montes Granero, licenciada en medicina y cirugía y especialista en pediatría y puericultura, en el que se establecen las siguientes conclusiones:

".- Durante el período neonatal inmediato presentó síntomas de obstrucción intestinal con ausencia de eliminación de meconio y perforación en la zona distal del colon (colon descendente-sigma).

.- Se sospechó la existencia de una Enfermedad de Hirschsprung y se realizó una ileostomía en cañón de escopeta para solucionar la obstrucción y permitir la recuperación intestinal.

.- Las biopsias obtenidas durante la intervención no mostraron la existencia de células ganglionares y sí la existencia de plexos hipertróficos (hallazgos característicos de esta enfermedad) pero, dado que los estudios inmunohistoquímicos no fueron concluyentes por la inmadurez del niño, se decidió la realización de una nueva biopsia cuando tuviera más edad para establecer el diagnóstico de certeza.

.- La segunda biopsia se realizó a los 5 ½ meses de edad. Tampoco se observó la existencia de células ganglionares, pero en esta ocasión el material de biopsia remitido fue muy escaso y la conclusión fue que podría tratarse de una Enfermedad de Hirschsprung (aganglionismo), aunque no lo podía asegurar dada la escasez de la muestra:

'Muestra muy escasa, no obstante hay indicios de tratarse de un posible aganglionismo por la inmunohistoquímica'.

.- Se realizó una tercera biopsia a los 8 meses de edad. En esta ocasión tampoco pudieron precisar si se trataba de una Enfermedad de Hirschsprung o no y el resultado se definió como 'no concluyente'.

.- En esta situación, desconociendo si se trataba o no de esta enfermedad, se realizó el cierre intestinal uniendo los 2 extremos que estaban abonados a la piel (anastomosis término-terminal).

.- Es evidente que, dado que la causa de la obstrucción funcional no se había eliminado, se iba a producir una nueva obstrucción funcional intestinal.

.- De forma sorprendente no se tomaron biopsias del colon durante esta intervención que muy probablemente habrían sido diagnósticas (al realizar la toma de muestras durante una intervención quirúrgica permite elegir el mejor punto, extraer una muestra mayor y que abarque toda la pared intestinal).

.- Esta omisión de la realización de la biopsia del intestino grueso (colon) durante una intervención quirúrgica abdominal en un niño con sospecha clínica de Enfermedad de Hirschsprung no es acorde a la buena praxis: este diagnóstico intraoperatorio hubiera permitido el tratamiento correcto de la enfermedad (no realizar el cierre intestinal y/o reseca la parte del colon afectada por la enfermedad).

.- Hay que señalar que aunque se efectuaron 3 manometrías, solo en una de ellas se describe la existencia de reflejo anal inhibitorio (que habitualmente no existe en la Enfermedad de Hirschsprung). Esta prueba complementaria es una ayuda al diagnóstico, pero no establece el diagnóstico de certeza de la existencia o no de una Enfermedad de Hirschsprung. Sólo la biopsia establece este diagnóstico.

.- Poco tiempo después de la intervención de cierre de la ileostomía (a los 4 días del alta) se produjo una segunda enterocolitis (muy similar a la que había tenido en el período neonatal). En la intervención quirúrgica realizada para exploración abdominal se comprobó mediante biopsia intraoperatoria la existencia de una Enfermedad de Hirschsprung. En esta ocasión se reseca la parte del colon afectada por la enfermedad.

.- Como consecuencia del contexto séptico en el que se realizó esta intervención (shock séptico) se produjo una trombosis de la arteria que irriga el intestino (trombosis mesentérica) que produjo una isquemia de la práctica totalidad de éste obligando a su resección.

.- El niño quedó con un intestino ultracorto (20 cm) que no permitía su nutrición, precisando la colocación de catéteres centrales para mantener una nutrición parenteral.

.- Ha sido necesario someterle a un trasplante multivisceral (intestino, hígado y páncreas) que se ha realizado a los 3 años de edad.

.- No existió un retraso en el diagnóstico de la enfermedad, sino una precipitación en el cierre de la ileostomía de descarga sin realizar biopsia intraoperatoria que hubiera permitido el diagnóstico (como sucedió unos días después). Este cierre intestinal con un colon enfermo que no podía realizar el tránsito intestinal conducía sin ninguna duda a la repetición de los síntomas que ya había presentado durante el período neonatal.

.- El pronóstico de los niños con enfermedad de Hirschsprung es bueno, teniendo una supervivencia normal. Tras la resección de la zona de colon afectada pueden aparecer

complicaciones como incontinencia fecal, estreñimiento, enuresis, etc., que tienen tratamiento y no ocasionan graves problemas.

.- En la actualidad, la supervivencia a los 3 años del trasplante multivisceral que incluye el hígado alcanza el 68%. además de las posibles complicaciones futuras del trasplante descritas previamente en este informe, estos niños precisan tomar medicación inmunosupresora y tienen un riesgo aumentado de infecciones y aparición de neoplasias durante su evolución.

En resumen, el cierre del sistema de descarga intestinal (ileostomía) sin tener la seguridad de que no tenía una enfermedad de Hirschsprung, ocasionó una de las complicaciones de esta enfermedad cuando evoluciona sin tratamiento quirúrgico adecuado.

La simple realización de una biopsia de colon intraoperatoria cuando se cerró la ileostomía (como así se realizó en la intervención posterior), hubiera permitido con seguridad el diagnóstico de Enfermedad de Hirschsprung, posibilitando la resección de las partes del colon afectadas (sigma y colon izquierdo) y evitando todas las complicaciones posteriores que ocasionaron la pérdida casi total del intestino y la necesidad de un trasplante multivisceral".

En el acto de juicio la perito de la parte actora y el perito propuesto por la entidad Mapfre vinieron a ratificar sus informes y las conclusiones que en ellos se alcanzan.

Por último, también hemos de tener en cuenta la historia clínica del menor que consta remitida por la Administración demandada.

Partiendo de todo ello, las dos cuestiones esenciales que se estiman planteadas por la parte actora como sustento de su demanda y que han de dilucidarse a los fines de resolver las pretensiones entabladas, son dos: la primera la necesidad del cierre de la ileostomía al menor que se verificó el 6 de marzo de 2015 y las consecuencias o efectos que ese cierre pudiesen provocar en cuanto al cuadro posterior sufrido las desgraciadas consecuencias padecidas, cuestiones que abordaremos seguidamente.

CUARTO.- Comenzando por la necesidad o no de **cierre de la ileostomía** que se le practicó al menor a los 48 horas de vida a consecuencia de una obstrucción intestinal que padeció con perforación intestinal, la perito de la parte actora centra su informe en que no estaba indicada la misma hasta determinar si

el menor padecía o no de la enfermedad de Hirschsprung, esto es, hasta aclarar las dudas diagnósticas que al respecto se plantearon. Y además, señala como no conforme a praxis el hecho de que no se aprovechara dicha intervención de cierre para la toma de muestras de las paredes intestinales en las distintas zonas precisas para posibilitar una biopsia de las mismas, que pudiese determinar con precisión si tenía o no dicha enfermedad y en qué grado.

Por el contrario, el perito propuesto por Mapfre indica, respecto a lo último, que el cierre de la ileostomía se produce en una zona abdominal lateral, que no conlleva alcanzar las distintas zonas o paredes del colon, y que para lo pretendido de contrario, habría que haber abierto al menor en otras zonas abdominales, no procediendo ello, reseñando pues la conformidad a praxis médica del cierre verificado.

Pues bien, consta en la historia del menor y se recoge así en el informe de la Inspección Médica, que en las primeras 24 horas de vida comenzó a tener vómitos biliosos después de las tomas y distensión abdominal, no eliminando el meconio. Por ello se le realiza radiografía abdominal que revela distensión de las asas intestinales con escaso aire distal, realizándose un estudio del tránsito digestivo con un enema con contraste sospechándose en ese momento la existencia de síndrome de tapón de meconio.

A las 48 horas de vida empeora, y aumenta la distensión abdominal con pico febril, por lo que ante la sospecha de perforación intestinal es intervenido con carácter urgente, confirmándose una perforación a nivel de colon descendente- sigma, realizándose una ileostomía terminal y tomándose biopsias intestinales de pared total por encima de la zona perforada para proceder a su estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico. Como indica el propio informe de la Inspección (folio 63 del expediente) ya en ese momento y a la llegada del menor a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica se sospecha la existencia de Enfermedad de Hirschsprung.

Desde que el menor nació (20 de abril de 2014) y se le practica la ileostomía a las 48 horas de vida, existen en el historial médico los siguientes informes a destacar:

.- En el informe de traslado al Hospital La Paz (folios 97 a 99 del expediente), se indica: "(...) Con el fin de descartar Enfermedad de Hirschsprung se toman 2 biopsias intestinales de pared total, una en sigma y otra en colon transversal. Apendicectomía (biopsia 3)"; "Evolución: Extubado a las 24 horas sin incidencias. Nutrición parenteral precoz y enteral progresiva bien tolerada, retirándose NP a los 19 días de

vida. Ganancia ponderal aceptable e ileostomía funcionante". Y en cuanto a los estudios y pruebas posteriores se señala:

.-. "Informe anatomopatológico (8/5/14): no concluyente.

Estudios anomanométricos: en los tres primeros estudios se observa ausencia de RIA. En el último, 17-7-14: se aprecia presencia de RIA (se adjunta).

Es controlado en Consulta de Cirugía Pediátrica con buena ganancia ponderal, ileostomía funcionante. Se realizan dilataciones anales con tallo de Hegar nº 9, lavados rectales y a través del cabo distal de la ileostomía.

Biopsias rectales por succión (5/11/14): no concluyente.

Nueva biopsias rectales por succión (27-1-15): la expresión de NeuN sugiere la presencia de células ganglionares, si bien la ausencia de marcaje con calretinina podría corresponder a falso negativo. Este hecho necesitaría correlación clínica con seguimiento del paciente.

Enema por cabo distal de ileostomía (23-10-14): se introduce gastrografin diluido al 50% a través del cabo distal con buen paso del contraste, con bucle en ángulo esplénico. No se identifican fugas ni áreas de estenosis. Colon de pequeño tamaño, de desuso.

Se presenta en sesión clínica y se decide cierre de ileostomía.

Ingresa el día 5-3-15 para preparación de tto quirúrgico: limpieza intestinal mediante sonda NG con Movicol en bomba. Lavado rectal con SF. El 6-3-15 se procede a cierre de ileostomía. Se observa un ileon distal hipoplásico y múltiples adherencias intestinales (...). Es dado de alta el día 17-4-15 realizando deposiciones espontáneas y con buena tolerancia con dieta elemental.

Reingresa 5 días después por vómitos alimentarios y posteriormente biliosos, distensión abdominal y deposiciones semilíquidas.

Coprocultivo positivo a clostridium difficile, toxina A (...).

Enema opaco (4-5-15): se observa colon izdo estrecho que desciende por línea media, posible zona de transición en ángulo esplénico y colon transverso muy dilatado.

Se presenta en sesión clínica y se decide intervención quirúrgica ante la sospecha de Enfermedad de Hirschsprung.

Tratamiento Quirúrgico el día 8-5-15: laparotomía media supra e infraumbilical. Se localiza colon izdo con gran disminución de calibre y que desciende por línea media. Biopsias de pared total a nivel de sigma, en zona de transición (ángulo esplénico) y en colon ascendente. Primera biopsia (sigma) ausencia de células ganglionares y tercera

biopsia (colon ascendente) presencia normal de células ganglionares. Se aprecian múltiples adherencias intestinales entre sí, a la pared abdominal y al hígado que se liberan. Se practica colectomía izda, colon transverso y hasta parte media del ascendente. Se observan unos vasos mesentéricos muy hipoplásicos. Durante la intervención el intestino delgado presenta mala vascularización de forma difusa que se recupera satisfactoriamente.

Disección del manguito rectal 1.5 cm por debajo de reflexión peritoneal. Se realiza basculación de 180° del ciego con 7 cm de colon ascendente, apreciándose una vascularización aceptable del ileon y colon descendido. Se practica anastomosis termino-terminal colorrectal según técnica de Rehbein. Hemostasia y se aprecian puntos sangrantes de escasa entidad (...).

A las 72 horas, hay un empeoramiento clínico con pared abdominal edematosa y secreción maloliente por drenajes abdominales; es la endoscopia rectal se aprecia isquemia del colon descendido y se decide, ante la sospecha de isquemia intestinal, reintervención quirúrgica (11-5-15) que se practica en UCIP. Apertura de cavidad abdominal, se aprecia una isquemia difusa del intestino delgado con bullas y zonas de necrosis en pared intestinal que van desde ciego hasta 20 cm de Treits que se interpreta como trombosis mesentérica secundaria a una colitis aguda de posible etiología bacteriana (...)"

.- Al folio 102 del expediente consta informe de contestación a la Inspección Médica, emitido por la Doctora Campos de Orellana Gómez, en el que señala que "(...) consideramos que la causa más probable en el diagnóstico no concluyente de las biopsias iniciales, sea debido a la inmadurez de las células ganglionares y por ende la falta de expresión del estudio inmunohistoquímico con Calretinina, cosa que sí sucedió en las biopsias estudiadas a partir del año (...)"

.- A los folios 104 a 106 del expediente consta informe del Antomopatólogo Dr. D. José Juan Fernández de Mera, dirigido a la Inspección Médica, en el que señala, tras describir la enfermedad de Hirschsprung, que en cuanto al diagnóstico de la misma: "la mayoría de los pacientes con EH son diagnosticados en el período neonatal. Esta enfermedad es sospechada en cualquier recién nacido que no expulsa el meconio en las primeras 24-48 horas de vida. Aunque los enemas de contraste o la manometría son vitales para el diagnóstico, el criterio estándar para su identificación es la ausencia de células ganglionares en la pared intestinal de las biopsias, preferiblemente de espesor total.

El estudio histológico se lleva a cabo mediante cortes en parafina con tinciones de rutina y técnicas especiales

(inmunohistoquímicas) en este caso con un marcador denominado calretinina. La imagen histológica donde se identifiquen plexos nerviosos hipertróficos en ausencia de células ganglionares y el apoyo de una calretinina negativa (no se tiñe ningún componente nervioso en la muestra) es patognomónico de EH". Y añade: "en ocasiones existe una gran dificultad en la interpretación de los estudios histológicos, como es el caso de biopsias con escaso componente submucoso, biopsias de pacientes recién nacidos y cuando hay gran similitud entre las células ganglionares y otras células mesenquimales. Por este motivo se utilizan técnicas inmunohistoquímicas, resultando la más útil, el estudio de la expresión de calretinina.

Resaltar que la maduración de las células ganglionares es incompleta en el momento del nacimiento, esta inmadurez es más frecuente en neonatos y prematuros y aunque existe maduración con la edad, puede persistir el estado de inmadurez durante largos períodos de tiempo, necesitando entre 3 y 4 años para normalizarse. Si bien la calretinina es capaz de identificar las neuronas inmaduras en la mayoría de las ocasiones, existen casos en los que no es fácil demostrar su presencia, siendo necesarias nuevas biopsias. Las probabilidades de expresión positiva de calretinina en caso de existir células ganglionares, se incrementan de forma significativa con el paso del tiempo, presentando la mayor frecuencia de positividad superado el año de vida del paciente.

Un problema añadido es la posibilidad de expresión de calretinina en plexos nerviosos en ausencia de células ganglionares. Si se suman todas estas variables, la dificultad es aún mayor.

Como alternativa a la identificación de células ganglionares (neuronas) existen otros marcadores inmunohistoquímicos, como el NeuN, si bien la validación en el apoyo inmunohistoquímico del diagnóstico de la EH, tan sólo se ha llevado a cabo con la calretinina".

Finalmente manifiesta: "en el caso que nos ocupa coinciden varias de las causas de una limitación en el diagnóstico de EH, como son el tratarse de un paciente prematuro y el haber debutado con una perforación intestinal. Por este motivo en la primera biopsia del día 23/4/2014 los hallazgos histológicos y de tinciones especiales no son concluyentes y se recomienda una nueva biopsia a la espera de una mayor edad del paciente y maduración del SNE. La segunda biopsia, del día 05/11/2014 presenta escaso componente submucoso, aún así, se sugiere un posible aganglionismo. Sin embargo, los hallazgos clínicos no acababan de corroborar los anatomopatológicos, puesto que se demostró manometría (17/7/2014) y pasos de enema (23/10/14) normales. En la biopsia del día 28/1/2015 tampoco se observan

signos concluyentes de aganglionismo, correspondiendo una de ellas a tejido de granulación. No es hasta la última biopsia del día 08/05/2015 cuando se identifica un claro contraste entre las muestras enviadas, identificándose en una de ellas moderada hipertrofia de plaxos nerviosos y ausencia de células ganglionares".

.- A dicho informe se acompañan los informes anatomopatológicos indicados debiendo destacarse el fechado el 24 de noviembre de 2014 (folio 110), referido a la segunda biopsia de 5/11/2014. En el mismo se indica: "en la muestra remitida se identifica mucosa colónica con escaso componente submucoso sin que se evidencien, ni marquen por inmunohistoquímica, células ganglionares o plexos nerviosos. Esta ausencia puede ser debida a que el componente submucoso visualizado es escaso, más que por ausencia real de estos componente" y se añade: "Informes complementarios: tras seriación y reinclusión de la muestra, se identifica mucosa colónica con arquitectura conservada. En uno de los fragmentos se identifican dos plexos nerviosos de carácter hipertrófico, con marcada expresión contra PS100 y ausencia de expresión para calretinina. La muestra es muy escasa, no obstante hay indicios de tratarse de un posible aganglionismo, apoyándonos principalmente en la expresión IHQ".

E igualmente, a los folios 111 y 112 figura el informe fechado el 27 de febrero de 2015, sobre biopsia de 28 de enero de 2015, y que indica (respecto de las muestras A y B del colon): "mucosa colónica con arquitectura conservada. En submucosa se observa un leve aumento de fibras nerviosas que se marcan con PS100 pero no con calretinina. De forma ocasional existe expresión para NeuN pero no para calretinina. La expresión para NeuN se ha identificado en las biopsias anteriores, aunque de igual forma, no se ha obtenido marcaje para calretinina", y respecto de la muestra C (intestino grueso): "la expresión de NeuN sugiere la presencia de células ganglionares, si bien la ausencia de marcaje con calretinina podría corresponder con un falso negativo. Este hecho necesitaría correlación clínica con seguimiento del paciente".

.- Al folio 119 consta informe del Dr. Núñez Núñez de 17 de julio de 2014, respecto del menor que contaba con 3 meses de edad en ese momento (menos tres días), y en el que consta como indicación distensión abdominal ileostomía, y se alude a un reflejo inhibitor del ano (RIA) positivo con un umbral de relajación de 3 ml, estableciéndose como conclusión: "se observa pérdida de presión en todo el canal anal por relajación del EI ante la distensión rectal".

.- Al folio 164 del expediente consta informe del Servicio de Cirugía Pediátrica de fecha 28 de enero de 2015, en el que consta: "El 27/01/2015 se realiza biopsia rectal por succión (Drs: Moreno/Núñez). Buena evolución posterior. Tolera

alimentación completa. No signos de sangrado. Pendiente de resultados de biopsia para programar cierre de ileostomía (...)".

Del historial clínico del menor, de los informes elaborados en el seno de este procedimiento, de las aclaraciones verificadas por los peritos que depusieron en juicio, y de los mismos protocolos sobre la materia (así, por ejemplo, en el mencionado por algunos informes referido a la Enfermedad de Hirschsprung, elaborado por los Doctores Manueles Jiménez y de la Rubia Fernández, dentro de la Asociación Española de Pediatría), podemos detallar algunas conclusiones:

1^a.- La enfermedad de Hirschsprung es una enfermedad grave. En este sentido, el propio informe emitido a instancias de la Inspección Médica por el Doctor Santamaría Ossorio, Jefe del Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Materno Infantil (folios 95 y 96 del expediente) señala: *"La E. de Hirschsprung es una enfermedad muy grave, que muestra un espectro muy amplio en cuanto a formas clínicas de presentación en variedad, intensidad y extensión tanto de los síntomas como en la longitud del intestino adectado"*.

2^a.- El método diagnóstico de la misma fijado como diagnóstico de certeza es la biopsia quirúrgica que incluya capa muscular, aunque habitualmente se realiza por succión para disminuir complicaciones (infección, perforación, sangrado, etc.), evitar la anestesia general y las suturas. El estudio anatomopatológico e histológico de la muestra determinará si estamos en presencia de la enfermedad o no. Así se señala que el diagnóstico se establece por la ausencia de células ganglionares en la submucosa y el plexo mientérico junto con la presencia de fibras colinérgicas hipertróficas, en las que mediante tinción histoquímica se demuestra un aumento de la actividad de la acetilcolinesterasa. Como se ha indicado por los peritos y por la Inspección Médica, así como por el propio informe antes citado del Anatomopatólogo Dr. Fernández de Mera: *"El estudio histológico se lleva a cabo mediante cortes en parafina con tinciones de rutina y técnicas especiales (inmunohistoquímicas) en este caso con un marcador denominado calretinina. La imagen histológica donde se identifiquen plexos nerviosos hipertróficos en ausencia de células ganglionares y el apoyo de una calretinina negativa (no se tiñe ningún componente nervioso en la muestra) es patognomónico de EH"* y *"Como alternativa a la identificación de células ganglionares (neuronas) existen otros marcadores inmunohistoquímicos, como el NeuN, si bien la validación en el apoyo inmunohistoquímico del diagnóstico de la EH, tan sólo se ha llevado a cabo con la calretinina"*.

Hay otras técnicas diagnósticas como la radiografía de abdomen, el enema opaco o la manometría rectal, siendo ésta última la de mayor sensibilidad y especificidad respecto a las otras dos, pero en cualquier caso no ofrece el diagnóstico de certeza que da el estudio histológico. Además, como consta en el protocolo antes mencionado *"existe discordancia entre autores sobre su fiabilidad (de la manometría rectal) cuando se realiza en neonatos a término y prematuros, aunque la utilización de instrumentos más adecuados está aumentando la confianza de la exploración en estos pacientes"*.

3ª.- En el caso que nos ocupa concurren la prematuridad de y haber sufrido a las pocas horas de nacer una perforación intestinal, causas que dificultan y limitan el diagnóstico de la enfermedad.

4ª.- No hay constancia en la historia clínica del menor de ninguna complicación grave (más allá de dificultades de manejo, eczemas, etc.) durante el uso del estoma tras practicarse la ileostomía. De hecho la evolución del menor era buena, ganando peso y talla.

5ª.- Desde un primer momento, con la primera biopsia intraoperatoria practicada a las 48 horas de nacer, se mantuvo la probabilidad de padecimiento de la enfermedad de Hirschsprung. Así lo revelan los informes emitidos, y los estudios antes referenciados.

6ª.- Ningún estudio histológico descarta la presencia de dicha enfermedad (más bien en algunos casos abundan en su presencia al aludir a carencia de células ganglionares, plexos hipertróficos y ausencia de tinción con calretinina) y de las manometrías realizadas sólo una de ellas practicada en julio de 2014 da un reflejo inhibitor anal positivo, y de los enemas opacos suministrados también uno de ellos efectuado en octubre de 2014 permite aludir a un paso normal.

Dicho esto, se concluye en que el cierre de la ileostomía fue precipitado en el presente caso. No podemos dejar de evidenciar visto el historial clínico del menor, la ardua tarea y profesionalidad de los distintos facultativos que asistieron al menor durante el largo proceso que se desarrolló desde su nacimiento. Mas ello, no es óbice para alcanzar la conclusión antes expuesta en cuanto a considerar que ese concreto acto, de cierre de ileostomía, se estima precipitado y contrario pues a la praxis exigible.

Decimos esto porque el cierre de la ileostomía se efectuó sin conocer fehacientemente si el menor padecía la enfermedad de Hirschsprung y el grado que tenía, propiciando como diremos

más adelante con ello, la aparición de las complicaciones propias de dicha enfermedad.

Y señalamos que se estima precipitado por cuanto para tal cierre el fundamento se encuentra en la manometría rectal de julio de 2014 y en el enema opaco de octubre del mismo año, que mostrarían resultados contrarios a la existencia de la enfermedad. Sin embargo, hemos de tener en cuenta que los estudios histológicos verificados no descartaron la enfermedad, y de hecho dos de ellos al menos se verificaron en fechas posteriores a dicha manometría y enema opaco. En concreto, los resultados de la biopsia de 5 de noviembre de 2014 sugiere un posible aganglionismo (textualmente el informe complementario contenido en dicho informe del anatomopatólogo indica: *"Informes complementarios: tras seriación y reinclusión de la muestra, se identifica mucosa colónica con arquitectura conservada. En uno de los fragmentos se identifican dos plexos nerviosos de carácter hipertrófico, con marcada expresión contra PS100 y ausencia de expresión para calretinina. La muestra es muy escasa, no obstante hay indicios de tratarse de un posible aganglionismo, apoyándonos principalmente en la expresión IHQ"*) y los resultados de la biopsia de 28 de enero de 2015 tampoco es concluyente (por la falta de tinción o marcaje con calretinina) y de hecho concluye: *"Este hecho necesitaría correlación clínica con seguimiento del paciente"*.

Con esos antecedentes se toma la decisión de proceder al cierre de la ileostomía cuando el menor aún no tenía un año de edad (recordemos que nace el 20 de abril de 2014 y el cierre se efectúa el 6 de marzo de 2015). Teniendo en cuenta los resultados de los estudios histológicos mencionados y posteriores a la manometría rectal positiva y al enema opaco normal, no se vuelven a verificar estas pruebas al menos en fechas próximas al cierre (recordemos que la manometría es de julio y el enema de octubre, ambos del 2014), a fin de posibilitar alcanzar un diagnóstico con mayor certeza antes de proceder a dicho cierre, ya siendo más maduro el menor.

Ha de recordarse que en el propio informe del anatomopatólogo se indica (de conformidad con los protocolos mencionados) que: *"Resaltar que la maduración de las células ganglionares es incompleta en el momento del nacimiento, esta inmadurez es más frecuente en neonatos y prematuros y aunque existe maduración con la edad, puede persistir el estado de inmadurez durante largos períodos de tiempo, **necesitando entre 3 y 4 años para normalizarse**. Si bien la calretinina es capaz de identificar las neuronas inmaduras en la mayoría de las ocasiones, existen casos en los que no es fácil demostrar su presencia, siendo necesarias nuevas biopsias. Las probabilidades de expresión positiva de calretinina en caso de existir células*

ganglionares, se incrementan de forma significativa con el paso del tiempo, **presentando la mayor frecuencia de positividad superado el año de vida del paciente**". La negrita la añadimos para destacar que al menos transcurrido el año de vida del paciente (pudiendo alcanzarse incluso los tres o cuatro años) las posibilidades de alcanzar el diagnóstico de certeza de la enfermedad se incrementan significativamente, y en este caso, con un estoma que no daba problemas, con una evolución positiva del menor, con serias dudas histológicas acerca del diagnóstico de la enfermedad (con resultados más dirigidos a su real padecimiento) y basándose principalmente en una manometría efectuada a los tres meses de edad y un enema opaco verificado a los seis meses de edad, se procede al cierre de la ileostomía sin esperar al menos ese transcurso del año del menor y sin verificar al menos previamente al cierre las pruebas diagnósticas referidas (manometría y enema).

Quizás existieron razones médicas para ello, pero ciertamente en este procedimiento no se han aclarado o constatado cuáles fueron, debiendo mencionarse en este punto el criterio jurisprudencial sobre la facilidad probatoria que en supuestos como este recae sobre la Administración sanitaria.

Los datos que sí constan son los expuestos anteriormente y de los mismos, en conjunción con el análisis de los informes y protocolos aplicables, se ha de concluir pues en considerar precipitado el cierre y por ello no acorde a la praxis médica de aplicación.

Mencionar en este punto, que se ha controvertido entre los peritos que depusieron en juicio acerca de la posibilidad o no de verificar una biopsia intraoperatoria de intestino grueso cuando se procedió al cierre de la ileostomía, defendiendo su posibilidad la perito de la parte actora y negándola el perito propuesto por Mapfre dada la localización de las distintas intervenciones, mas esta circunstancia solo serviría a mayor abundamiento en su caso de lo dicho anteriormente. Podríamos incluso plantear si con las dudas existentes en cuanto a la existencia de la enfermedad y sobre todo grado que alcanzaba, no estaba indicada (pese a sus riesgos) una intervención previa al cierre a fin de determinar con la oportuna biopsia el diagnóstico de certeza, o si durante el tiempo que estuvo ingreso el menor tras el cierre de la ileostomía no debería haberse verificado alguna prueba diagnóstica (biopsia por succión, manometría o enema opaco) lo que tampoco consta se verificase. Mas en cualquier caso lo anterior no es óbice a la conclusión antes expuesta.

QUINTO.- Expuesto lo anterior, la segunda cuestión a determinar habrá de ser la referida a la relación de causalidad, esto es, la **repercusión de dicho cierre de ileostomía en los padecimientos devenidos y sufridos por el menor.** Dichos padecimientos derivan de la enterocolitis sufrida a los cuatro o cinco días posteriores al alta tras el cierre de la ileostomía, y sobre todo de la isquemia mesentérica secundaria a dicha enterocolitis.

Pues bien, ciertamente se indica en los informes y en los protocolos que una de las complicaciones que puede producir la enfermedad de Hirschsprung, antes o después de ser intervenida, es la enterocolitis.

Recordemos que el menor a las pocas horas de nacer tuvo una obstrucción intestinal con perforación que fue el momento en que se le efectuó la ileostomía.

Desde esos antecedentes se ha de concluir en la consideración de que el cierre prematuro de la ileostomía ya analizado en el fundamento anterior, no determinó pero sí favoreció la enterocolitis sufrida por el menor a los pocos días de haber sido dado de alta tras el cierre del estoma.

Se coincide con la conclusión de la perito de la parte actora en cuanto a que *"es evidente que, dado que la causa de la obstrucción funcional no se había eliminado, se iba a producir una nueva obstrucción funcional intestinal"*. Esto es, la falta de diagnóstico de certeza de la enfermedad de Hirschsprung y grado de la misma, antes del cierre de la ileostomía, sin verificar en momentos inmediatos posteriores pruebas diagnósticas (manometría, enema, o biopsia) para su concreción, ampliaban las posibilidades de que el menor sufriese una enterocolitis de mayor complicación dados los antecedentes que tenía. Como se indica en el protocolo mencionado: *"a veces el cuadro que aparece en primer lugar y más en neonatos, es una enterocolitis después de un estreñimiento que no llamó demasiado la atención. Esta enterocolitis se produce porque, a medida que el intestino se dilata, aumenta la presión intraluminal que hace disminuir la perfusión sanguínea de la pared alterándose la mucosa y sus mecanismos de barrera y transporte (...). La situación puede evolucionar rápidamente a una sepsis y perforación intestinal"*.

El perito propuesto por la entidad Mapfre también concreta en la vista que la enterocolitis es más frecuente o más posible que surja en una persona que padezca la enfermedad de Hirschsprung que en una que no la tenga.

Si conjugamos todos los datos expuestos y los reseñados en el fundamento anterior, tenemos pues a un menor que ha padecido a las pocas horas una obstrucción intestinal con perforación, que antes del año de edad se le cierra el estoma sin verificar con diagnóstico de certeza si padecía o no la enfermedad de Hirschsprung, y que la enterocolitis caso de padecer la enfermedad (como se determinó posteriormente y se sospechó desde el primer momento) es más frecuente que aparezca en el paciente. Por ello, se estima que si bien la enterocolitis no deviene como tal del acto médico sino de la enfermedad, su aparición y desarrollo posterior con la trombosis mesentérica se propició o favoreció con el acto médico ya indicado de cierre prematuro de la ileostomía.

En el informe quirúrgico de la intervención realizada el día 6 de marzo de 2015 (folios 174 y 175 del expediente) se señala entre otros extremos: *"Se aprecia que los vasos arteriales del intestino delgado son muy hipoplásicos (...). Se realiza la basculación del ciego y 4/5 cm de colon ascendente de 180°, observando que la arteria ileocólica apendicular irriga, aparentemente, de forma satisfactoria (...). Durante la intervención el intestino delgado presenta mala vascularización de forma difusa que se recupera satisfactoriamente al finalizar la intervención"*. Esto es, ya se apreció aunque se indica que se recuperó satisfactoriamente dificultades en la vascularización del intestino delgado, produciéndose posteriormente la trombosis mesentérica secundaria a enterocolitis o a colitis aguda de posible etiología bacteriana.

En suma, a la vista del historial clínico y demás documental (también con especial incidencia del informe de la perito de la parte actora), se reitera en considerar que el cierre del estoma sin constatación de la existencia de la enfermedad de Hirschsprung y grado de la misma, propició un desarrollo temprano de una enterocolitis que generó y derivó posteriormente en la trombosis mesentérica y que ocasionó la resección intestinal producida, considerando pues presente la relación causal requerida para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial en los términos indicados.

SEXTO.- Al considerar concurrente pues los presupuestos necesarios para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, la siguiente cuestión a tratar ha de ser la de fijar la indemnización procedente.

En este punto, la parte actora solicita una indemnización de 600.000 euros, aludiendo a dos circunstancias a tener en

cuenta: la merma en la esperanza de vida del menor y que a pesar del trasplante el menor sigue siendo portador de una ileostomía y una colostomía, a lo que une los daños morales sufridos por los progenitores del menor.

Cabe mencionar en este punto el informe pericial aportado por la parte demandante que señala que *"en la actualidad, la supervivencia a los tres años del trasplante multivisceral que incluye el hígado alcanza el 68%. Además de las posibles complicaciones futuras del trasplante descritas previamente en este informe, estos niños precisan tomar medicación inmunosupresora y tienen un riesgo aumentado de infecciones y aparición de neoplasias durante su evolución"*.

También consta informe del Hospital La Paz (Unidad de Rehabilitación intestinal pediátrica) de 21 de septiembre de 2018 en el que se indica que el menor *"(...) ha recibido un trasplante multivisceral y es portador de una bolsa de ileostomía por lo que aconsejamos apoyo por personal sanitario durante su escolarización. Debido a la complejidad del caso sería aconsejable la atención por enfermería"*. Y consta informe de dicho Hospital de 12 de septiembre de 2018 en el que se habla de una evolución favorable en el menor y se mencionan otros extremos como la nutrición enteral a débito continuo.

Ciertamente nuestra jurisprudencia reafirma el criterio de reparación integral del daño causado en cuanto a supuestos indemnizables como señala la parte actora, si bien no es menos cierto como viene a reconocer la parte actora que este caso, concurre una extraordinaria complejidad de los daños irrogados señalando: *"en efecto, si un primer momento, la deficiente asistencia sanitaria supuso la pérdida de todo su aparato intestinal, es cierto que con posterioridad se le sometió a un trasplante multivisceral (de intestino grueso, delgado, hígado, páncreas...)"*.

En nuestro caso, pues para determinar la indemnización se considera: que la actuación médica como tal no fue la causante del daño sino que favoreció el mismo con la actuación ya analizada a lo que se ha de unir la extraordinaria actuación de los distintos facultativos a la hora de la atención y seguimiento del menor; la situación actual del menor con una evidente merma de su calidad de vida y los pronósticos inciertos derivados de un trasplante tan amplio como el verificado; y la más que evidente situación de angustia moral de los progenitores del mismo, daño moral jurisprudencialmente establecido como indemnizable.

Por todo ello, se considera proporcionada al caso fijar una indemnización de 100.000 euros, cantidad de la que habrán de responder solidariamente el SES y la entidad aseguradora Mapfre, y que generará los oportunos intereses legales desde la fecha de la reclamación administrativa y hasta completo pago.

SÉPTIMO.- De conformidad con lo dispuesto en el art. 139.1 LJCA, y dado que se produce una estimación parcial de la demanda, se considera que no procede hacer especial pronunciamiento en materia de costas procesales.

Vistos los preceptos legales citados y los demás de general y pertinente aplicación

FALLO

Que **debo estimar y estimo parcialmente** el recurso contencioso-administrativo interpuesto por la Procuradora Sra. Corchero García, obrando en nombre y representación de **DOÑA, obrando en nombre propio y en representación de su hijo menor**, contra la desestimación por silencio administrativo de la reclamación patrimonial interpuesta por los mismos ante el Servicio Extremeño de Salud; y en consecuencia debo anular y anulo la mentada resolución al estimarla contraria a Derecho **declarando** por el contrario la responsabilidad patrimonial del SES, en razón a lo cual debo condenar y condeno solidariamente al Servicio Extremeño de Salud y a Mapfre Seguros de Empresa, al pago solidario al actor de la suma CIEN MIL EUROS (**100.000 euros**), cantidad que devengará los correspondientes intereses legalmente prevenidos desde la reclamación administrativa y hasta su completo pago.

Todo ello, sin que proceda especial pronunciamiento en materia de costas, debiendo cada parte satisfacer las causadas a su instancia y las comunes por mitad.

Líbrese testimonio de la presente, que quedará unido a los autos de su razón, recogándose el original en el libro de sentencias de este Juzgado.

Notifíquese la presente a las partes, haciéndoles saber que la misma no es firme, pudiendo presentar recurso de apelación ante este Juzgado en el plazo de quince días a partir del siguiente a su notificación, recurso del que conocerá la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de



Justicia de Extremadura, previa consignación, en su caso, de los correspondientes depósitos.

Así, por esta mi sentencia, juzgando definitivamente en primera instancia, lo pronuncio, mando y firmo.



PUBLICACION.- Dada, leída y publicada que lo fue la anterior sentencia por el Sr. Magistrado-Juez que la suscribe, en el día de la fecha, hallándose celebrando audiencia pública. Doy fe.

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 tutelar 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.

! "	" ! # \$ # " % & # " # "
) # + \$, -	' (" &) * \$ % \$

\$ \$ * "	/ , 0 1
* \$ & \$ % " % # " 2 \$	3
4 2 * " # % "	
2 " 2 * " # % "	
# * 2 # 5	6 6 8 3 7
! * 9 * # \$	3
% 9 # \$ % " * , -	' ((:

6 * # 2 \$ &	" (6)
- "	3

) * \$ % ; \$ &	3