

La obligación del médico realizar todas las pruebas diagnósticas necesarias, atendiendo el estado de la ciencia médica en ese momento

**TS, Sala Primera, de lo Civil, St. de 18 de Febrero de 2015**

Ponente: Seijas Quintana, José Antonio - Nº de Sentencia: 33/2015. Nº de Recurso: 194/2013. Ref. CJ 6646/2015

*Lo que se imputa al facultativo es no haberse percatado antes de la existencia de la infección abdominal que hizo precisa la intervención del día 30, y que debido a esa inadvertencia fue preciso intervenir con unos resultados que no se habrían producido de haberse detectado antes el cuadro infeccioso; inadvertencia que fue motivada por no haber ordenado el médico la realización de pruebas complementarias de diagnóstico por la imagen, tipo ecografía o scanner.*

En una medicina de medios y no de resultados - STS 10 de diciembre 2010 - 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 ó descartar la presencia de una alteración, sin que ninguna presente una seguridad plena.

Implica por tanto un doble orden de cosas:

En primer lugar, es obligación del médico realizar todas las pruebas diagnósticas necesarias, atendido el estado de la ciencia médica en ese momento, de tal forma que, realizadas las comprobaciones que el caso requiera, sólo el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad o unas conclusiones absolutamente erróneas, puede servir de base para declarar su responsabilidad, al igual que en el supuesto de que no se hubieran practicado todas las comprobaciones o exámenes exigidos o exigibles.

En segundo, que no se pueda 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 ( SSTS 15 de febrero 2006 ; 19 de octubre 2007 ; 3 de marzo y 10 de diciembre de 2010 ).

*Pues bien, doña Serafina fue diagnosticada inicialmente de endometitis. El día 24 se le manifestaron episodios de fuertes dolores abdominales, con fiebre alta. Los signos indicativos de la infección aparecieron el 25 de abril. El día 29 es dada de alta, bajo la indicación del facultativo de que los dolores desaparecerían con el tiempo y una vez en casa. Ocurrió que a las pocas horas de haber sido dada de alta regresó al hospital con fiebre elevada y, siendo fin de semana, no se le pudo practicar un TAC, trasladándola el día 30 a otro hospital, ante la persistencia de la sintomatología. Resultado de la prueba fue la intervención de urgencia (presencia de abundante líquido libre en la cavidad abdominal en el proceso de peritonitis, que ha condicionado la presencia de un mayor número de bridas intestinales).*

Sin citarla, la sentencia refiere la doctrina sobre imputación objetiva que esta Sala ha aplicado en supuestos similares para negar que en el momento en que el diagnóstico se realiza fue posible prever la evolución de la paciente, lo que no ocurre en este caso. *La sucesión de hechos ocurridos en un periodo corto de tiempo ponen en evidencia la existencia de un error de diagnóstico inicial producido por no haber puesto a disposición de la paciente los medios adecuados para obtenerlo. La asistencia médica continuada del facultativo entre los días 22 y el 29 de abril de 2005 resulta manifiestamente incompleta, ya que no realizó a la paciente ninguna exploración complementaria, como una ecografía, un TAC o un scanner abdominal, a fin de descartar las complicaciones que parecía presentar, como el dolor abdominal, respecto del cual -pese a los tratamientos que habían sido instaurados a base de antibióticos para una endometris- los síntomas no remitían.*

*Si los síntomas de dolor abdominal persistían en el momento en que la paciente fue dada de alta y esta se dispuso " **sin que el demandado supiese con certeza a que obedecía tal dolor** ", se **debió trabajar** también sobre esta hipótesis adoptando las medidas correspondientes, lo que no se hizo. **No estamos ante un error de diagnóstico disculpable o de apreciación, sino ante un diagnóstico equivocado por no haber puesto a disposición de la paciente los medios de que disponía para lograrlo.** Una simple prueba ecográfica, efectuada tardíamente, hubiera evidenciado el curso progresivo de la infección en el abdomen, y hubiera evitado las consecuencias resultantes. No estamos ante un supuesto de medicina defensiva por la aplicación indiscriminada de pruebas para establecer diagnóstico. Estamos ante una actuación médica carente de los conocimientos necesarios para hacer posible un diagnóstico correcto mediante la exploración y la práctica de pruebas complementarias que hubieran prevenido, evitado o aminorado el daño a partir de una previa sintomatología evidente y reiterada.*

*El daño fundamenta la responsabilidad y éste se produjo como consecuencia de la negligencia médica. El criterio de imputación resulta del artículo 1902 CC y exige del paciente la demostración de la relación o vínculo de causalidad entre el daño y el equivocado diagnóstico, así como la culpa en el sentido de que ha quedar plenamente acreditado que el acto médico o quirúrgico 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 ), ya que a la relación causal material o física ha de sumarse el reproche culpabilístico, sin lo cual no hay responsabilidad sanitaria, como sucede en este caso por un error de diagnóstico que desembocó en el resultado dañoso generador de responsabilidad, puesto que produjo un tratamiento equivocado y gravemente perjudicial para la paciente, y que se identifica a partir de la valoración de las circunstancias que se tuvieron en cuenta en el momento en que los hechos tuvieron lugar y no después, al haberla dado de alta sin haber confirmado o descartado una posible infección, cuando la sintomatología así lo exigía, sin que ello suponga una regresión a partir del*

*desgraciado curso posterior seguido por la paciente, que volvió unas horas después al centro médico en el que quedó ingresada hasta su traslado a otro al día siguiente para la realización de un TAC a resultas del cual se le practicó una intervención de urgencia.*

\*\*\*

**Observaciones.**- En las causas civiles la sentencia del TS que se acaba de transcribir es de sumo interés. Es importante remitirse a la obligación de realizar todas las pruebas médicas tanto para confirmar como para rechazar. Esto lo suelen alegar algunas aseguradoras para impugnar gastos médicos, diciendo que “dado que la prueba es negativa no es abonable”.

No obstante decir "la prueba es negativa y no abonable" tal argumento carece de sentido, ya que médicamente sin practicarla no se puede predecir el resultado de tal o cual prueba, y hasta que se practica no se conoce dicho resultado. Hay pruebas, por diversos motivos, que son negativas, pero otras no, y ello muy en relación con la particularidad del paciente, tanto que la ausencia de datos no quiere decir siempre, ni muchos menos, que el paciente este libre de patología. Por ejemplo la RNM muchas veces es negativa, como sucede en las HERNIAS PEQUEÑAS (con los cortes habituales a 4 mlm) y hay que buscar otros métodos como complementarla con un TAC helicoidal (cortes a 2 mlm. o menores)

En trabajo previo se dijo: "... En *resumen*, la RM que habitualmente se viene utilizando tiene una mejor resolución diagnóstica que el TAC, pero cuando su capacidad de corte está limitada, es por lo que en algunos casos el estudio se debe *completar* con un TAC helicoidal de alta resolución. Ante la discordancia entre los resultados TCH/RM es preciso profundizar en el estudio de las asimetrías que se pudieran apreciar en la RM. Atribuyéndole un carácter complementario a una y otra exploración, esto permite que en algunos casos puedan hallarse en la RM alteraciones del disco, pero a sabiendas de haberla visto previamente en el TCH. Por ello es recomendable que en determinados casos hacer una **lectura conjunta de ambas exploraciones**, en particular en los casos de hernia discal cervical, donde hay muy poca grasa epidural, en las hernias foraminales y extraforaminales". Ver artículo **Resonancia magnética (RM) y TAC helicoidal (TCH) en el diagnóstico por imagen de la patología del disco intervertebral** (Ref. [www.peritajemdicoforense.com](http://www.peritajemdicoforense.com), 16.11.2008)