

Dictamen nº: **671/21**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **28.12.21**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 28 de diciembre de 2021, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña., Dña. y Dña. por el fallecimiento de D., que atribuyen a la defectuosa asistencia sanitaria prestada en el tratamiento de una pancreatitis aguda en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos, de Móstoles.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado el día 23 de octubre de 2019 en el registro del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), las interesadas anteriormente citadas, representadas por un abogado, formulan reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos por el fallecimiento de su familiar el día 16 de diciembre de 2018 que atribuyen al defectuoso seguimiento y tratamiento una pancreatitis aguda de origen biliar. Consideran que ante la existencia de cálculos biliares es recomendación e indicación absoluta extirpar la vesícula (colecistectomía) para evitar un cuadro de pancreatitis aguda, de alta morbi-mortalidad; que durante el primer ingreso del paciente en el

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, el 11 de octubre de 2018, no se debió dar de alta al paciente *“con un cuadro de pancreatitis aguda en evolución”*; que ingresado por segunda vez el día 30 de octubre de 2018 en el citado centro hospitalario, por episodio de pancreatitis aguda de origen biliar con colecciones necróticas peripancreáticas, debió haber sido ingresado en la UCI y no en el Servicio de Medicina Interna donde, según las reclamantes, *“el control es menos directo y efectivo para estos cuadros”*.

Alegan, además, vulneración de la *lex artis* por parte de la médica de Atención Primaria que, pese a existir un informe de Radiología que indicaba la existencia de piedras en la vesícula y haber sufrido una pancreatitis anteriormente, *“jamás gestiona la cita al especialista y nunca comenta a los familiares el problema biliar que tenía”*. También consideran que el especialista que atendió al paciente no actuó correctamente al negar la existencia de piedras, *«aduciendo que los TAC “van muy rápido y parece pero que no era así”*». Consideran que los drenajes que tenía el paciente jamás se mantuvieron con la limpieza y cuidado indicado por el propio radiólogo y se mantuvieron por más tiempo del máximo recomendado. Alegan que el paciente fue infectado por varias bacterias intrahospitalarias que no se comunicaron ni al paciente ni a los familiares y, finalmente, el enema realizado en la UCI el 14 de diciembre estaba contraindicado, era contraproducente y con riesgo vital porque a raíz del enema se produjo taquicardia, peritonitis, infección y, por último, shock séptico (folios 1 a 11 del expediente administrativo).

Según la reclamación, *“el resultado de muerte de D. (...), debido a la pancreatitis aguda. El paciente desarrolló un fallo multiorgánico terminando en su fallecimiento, siendo desproporcionado a la edad y la evolución de su situación física de haber recibido el diagnóstico adecuado y haber sido convenientemente abordado en su momento”*.

Las reclamantes cuantifican el importe de la indemnización solicitada en 201.333 € por perjuicio personal básico, por daño emergente y por lucro cesante. Acompañan con su escrito copia de la escritura de poder general a favor del abogado firmante del escrito, fotocopia del Libro de Familia, informes médicos y un *“informe de conclusiones previas al informe pericial”*, sin firmar, que afirman que ha sido realizado por un especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo (folios 12 a 69).

SEGUNDO.- Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos, de interés para la emisión del presente dictamen:

El paciente, de 73 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, síndrome rígido-acinético con enfermedad de Parkinson estadio II, estenosis del canal lumbar en seguimiento en la Unidad del Dolor, fue atendido el día 24 de febrero de 2016 en el Servicio de Cirugía General y Digestivo por dolor abdominal, remitido por su médico de Atención Primaria para valorar tumoración supraumbilical. Realizado TAC abdominopélvico, se observó vía biliar intra y extrahepática de calibre normal y vesícula de tamaño normal con cálculos en su interior. *“Páncreas de situación normal y densidad homogénea, sin dilatación significativa del conducto principal. Observamos focos de calcificación intraparenquimatosa de predominio a nivel de la cabeza pancreática. A valorar en contexto clínico posible pancreatitis crónica”*.

El informe de la prueba concluía: *colecistitis, calcificaciones intrapancreáticas, cambios postquirúrgicos en pared abdominal y hernia epigástrica complicada con resto de estudio abdominal sin contraste sin hallazgos destacables*”. Con el diagnóstico de hernia umbilical, se propuso al paciente intervención quirúrgica *“en caso de tener muchas molestias”*. El paciente dijo que prefería esperar y se indicó que acudiría de nuevo *“si desea operarse”*.

El día 11 de octubre de 2018 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos por cuadro de dolor a nivel de epigastrio irradiado a región retroesternal y al resto del abdomen, de inicio súbito desde las 14:00 horas aproximadamente, con malestar general, sudoración fría profusa, sin náuseas ni vómitos, sin lograr caracterizar el dolor, sólo refería que era de alta intensidad y que nunca había presentado cuadro similar. Negaba disnea, palpitaciones, mareo o presíncope asociado.

Había sido valorado por SUMMA en su domicilio objetivándose en la exploración dolor abdominal de predominio en hipocondrio derecho, con estabilidad de cifras de tensión arterial, con exploración neurológica normal, electrocardiograma normal, se inició tratamiento con ranitidina, buscapina y 200 ml de suero fisiológico al 0.9% y se decidió traslado al hospital para valoración por sospecha de cuadro digestivo.

Tras exploración y realización de electrocardiograma, análisis y radiografía de abdomen en la que se objetivó un íleo paralítico sin signos de obstrucción intestinal, sin gas extraluminal ni otras alteraciones, se sospechó una pancreatitis aguda, pautándose sueroterapia y metamizol 2 g IV. Se mantuvo monitorización con electrocardiograma y hemodinámica sin incidencias en la misma.

Se revisaron pruebas complementarias previas con TC abdominopélvico realizado en febrero de 2016 en la que se observó hígado de tamaño normal y densidad homogénea, vía biliar intra y extrahepática de calibre normal. *“Vesícula de tamaño normal con cálculos en su interior. Páncreas de situación normal y densidad homogénea, sin dilatación significativa del conducto principal. Observamos aislados focos de calcificación intraparenquimatosa de predominio a nivel de la cabeza pancreática. A valorar en contexto clínico posible pancreatitis crónica”*. Con relación a los hallazgos en el TC abdominal, el paciente no se había realizado seguimiento ni estudio por Digestivo en relación a ello. Con el

juicio clínico de pancreatitis aguda leve de probable origen litiásico (antecedentes de colelitiasis y calcificaciones pancreáticas como signo de pancreatitis crónica) con BISAP score 2 (somnolencia y edad > 60 años) y criterios de Ranson al ingreso de 2, se cursó el ingreso del paciente en el Servicio de Medicina Interna.

Se pautó tratamiento con fluidoterapia endovenosa enérgica, reposo intestinal y analgesia.

Durante su ingreso, el día 17 de octubre de 2018, se le realizó ecografía de abdomen que mostró dilatación del conducto colédoco de hasta 12 mm, sin lograr visualizar punto de cambio de calibre por interposición de gas abdominal sobre la celda pancreática, no valorable. *“No hay dilatación de la vía biliar intrahepática”.*

El día 23 de octubre de 2018 se realizó colangio-RM y RM hepática: Estudio limitado por artefactos secundarios a movimientos respiratorios. Aumento de tamaño y mala definición del cuerpo pancreático con numerosos conglomerados adenopáticos peripancreáticos y en raíz de mesenterio, sugería posible proceso inflamatorio como primera posibilidad.

El TC abdomino-pélvico realizado con contraste intravenoso el día 25 de octubre de 2018 se informó como *“colecciones necróticas peripancreáticas agudas en el contexto de pancreatitis aguda (ISTC de 4/10).*

Durante la hospitalización el paciente permaneció asintomático, afebril, con PCR al alta de 3 (el día 16 de octubre había sido de 20 y el día 22 de 18 en descenso), sin dolor abdominal y buena tolerancia oral decidiendo el alta el día 25 de octubre de 2018 con seguimiento ambulatorio con estudio de imagen de control, dada la estabilidad

hemodinámica, con indicación de volver a Urgencias si surgían complicaciones como fiebre o alteración del nivel de conciencia.

El día 30 de octubre de 2018 el paciente volvió al Servicio de Urgencias por náuseas y vómitos. Tras el alta decía haber presentado buen estado general sin fiebre, ni dolor abdominal, pero en ese día refería malestar general con náuseas y vómitos de todas las comidas ingeridas. No refería fiebre, dolor abdominal, alteraciones del hábito deposicional ni clínica miccional. La última ingesta había sido de 2 yogures que no había vomitado esa noche.

A la exploración, el paciente presentaba una tensión arterial de 120/71, frecuencia cardíaca 98 lpm, temperatura de 36,7° C y una saturación de O² de 95%.

El paciente se encontraba consciente, alerta y orientado. Tenía buena coloración de piel y mucosas, sin lesiones cutáneas. Eupneico. Toleraba el decúbito.

Auscultación cardíaca: Rítmica sin soplos ni extratonos.

Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular conservado (MVC). No ruidos sobreañadidos (RSA).

Abdomen: blando y depresible, doloroso a la palpación de epigastrio e hipocondrio derecho (HCD). No se palpaban masas ni megalias. Murphy negativo. Blumberg negativo. No signos de irritación peritoneal. Puñopercusión renal bilateral (PPRB) negativo. Ruidos hidroaéreos (RHA) presentes normales.

Extremidades: edemas con fóvea +. No signos de trombosis venosa profunda (TVP). Pulsos periféricos presentes.

Se le realizó una analítica cuyos resultados mostraron 20.000 leucocitos con neutrofilia, PCR de 15 mg/dl, glucemia de 225 mg/dl,

elevación de amilasa y lipasa con respecto a controles previos. Se calcularon 3 criterios de Ranson al ingreso y se decidió dejar en observación con analítica de control y TC abdominopélvico urgente para valorar el estado de las colecciones.

En la analítica de control el paciente presentaba 18.300 leucocitos con fórmula de 82%, Hb 10 g/dl estable, plaquetas normales, INR 1.2 en el límite, con actividad protrombina normal, Cr de 1.6 mg/dl similar a previa, hiponatremia de 130 mmol/l, con amilasa de 388 y lipasa de 55, PCR de 16.65 mg/dl estable.

El TC abdominopélvico informó:

“Se observa con respecto a estudio previo de 25 octubre 2018 evolución de las colecciones pancreáticas actualmente más organizadas y con mayor efecto de masa sobre las estructuras adyacentes aunque sin aumento de tamaño ni otros signos de complicación”.

A la reevaluación clínica el paciente negaba dolor abdominal, náuseas o vómitos ni otra clínica asociada, aunque impresionaba de ligera bradipsiquia y bralilalia, con marcada sudoración profusa.

Dadas las alteraciones analíticas y las imágenes del TC, se sospechó recidiva de la pancreatitis aguda de origen biliar, junto con posible complicación de las áreas de necrosis peripancreática. Ante estos hallazgos, se ajustó tratamiento con 4.000 ml de volumen, pauta de insulina SC cada 6 horas, analgesia, dieta absoluta y antibioterapia empírica con cobertura de microorganismos nosocomiales con meropenem y vancomicina. Se cursó ingreso en Medicina Interna.

El paciente permaneció en la planta del Servicio de Medicina Interna hasta el día 12 de diciembre de 2018, fecha en la que fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos.

Inicialmente presentó fiebre, por lo que se cubre con carbapenémicos y vancomicina (hemocultivos negativos), que se suspenden el 3 de diciembre tras cumplir unos 30 días de tratamiento. Microbiología negativa tanto en hemocultivos como cultivos de drenajes de colecciones (drenaje del 14 y 24 noviembre, y hemocultivos 30 noviembre) (folio 507).

El día 12 de noviembre se realizó TAC que objetiva evolución de las colecciones pancreáticas más organizadas y con mayor efecto de masa sobre las estructuras adyacentes aunque sin aumento de tamaño ni otros signos de complicación.

Se continuó el manejo con reposo intestinal, fluidoterapia y analgesia, pudiendo progresar la dieta con tolerancia oral algo errática, sin presentar náuseas, vómitos ni fiebre.

El día 13 de noviembre se colocó pigtail en cola pancreática.

El día 21 de noviembre se realizó nuevo TAC: evolución radiológica desfavorable con aumento de las colecciones necróticas peripancreáticas, centradas en cuerpo y proceso uncinado pancreático que condiciona compresión sobre la vía biliar con dilatación leve de la vía biliar intra y extrahepática (colédoco de 9 mm) y se observa una colección fluida, craneal a la cola pancreática en el ligamento gastroesplénico de 8 x 6 x 5.8 cm, que presiona el fundus gástrico.

Se colocó nuevo pigtail el día 23 de noviembre de 2018.

Con fecha 5 de diciembre se realizó TAC sin contraste intravenoso (civ) que se informó: Resolución del contenido hiperdenso hemorrágico en el interior de la colección peripancreática, colección de 3.7 cm de nueva

aparición subdiafragmática anterior izquierda, resto de las colecciones intraabdominales sin cambios significativos.

Ese mismo día se realizó un ecocardiograma que mostró colapso de la vena cava inferior (CVI), resto normal.

El día 10 de diciembre de 2018 el paciente presentó fiebre de 38°C junto con deterioro del estado general y fracaso renal oligúrico progresivo hasta llegar a cifras de creatinina y urea >3 y 250 mg/dL. Se inició ese día tratamiento con meropenem y daptomicina [visto con Microbiología, crece bacilo gramnegativo (BGN) en cultivo de drenaje].

En nuevo TAC sin contraste intravenoso realizado el día 11 de diciembre se observó estabilidad del derrame pleural izquierdo, máximo de 3 cm. Disminución de tamaño de la colección posterior al cuerpo gástrico, adyacente a ésta, se aprecia notable reducción de la colección de región subdiafragmática anterior. Disminución de la colección multiloculada englobando cabeza y cuerpo pancreático con extensión por raíz del mesenterio. No se apreciaba contenido hiperdenso en el interior de la misma que sugiriera sangrado reciente. Estabilidad de la ascitis, en moderada cuantía de distribución libre. Drenaje con extremo desplegado a nivel caudal al cuerpo gástrico sin relación actual con las colecciones descritas.

Se pautó tigeciclina el día 12 de diciembre, de cara a cubrir carbapenemasas, con bolo de carga con 200 mg IV y después 50 mg/12 horas, a la espera de resultados definitivo.

Ese mismo día, 12 de diciembre de 2018, el paciente fue trasladado a la UCI por deterioro del estado general y valorado a su ingreso en dicha unidad:

“El paciente hasta hace unos días paseaba por planta, se levanta al sillón con poca ayuda, y estaba comiendo aunque la ingesta ha disminuido por el deterioro clínico, presentando vómitos y diarrea de forma ocasional”.

En el sillón, Glasgow 15, con aspecto deteriorado. Asterixis. Tensión arterial 90/50 mmHg, frecuencia cardíaca 110 lpm, saturación 96% con gafas nasales (GN). Signos y síntomas de deshidratación grave. Perfusión periférica normal, pulsos presentes, sin edemas. Inspiración profunda sin datos de agotamiento, sin secreciones. Abdomen globuloso no doloroso, drenaje pigtail con punto enrojecido.

La analítica realizada mostró Hb 9 g/dL (7.2 g/dL el 10 de diciembre), plaquetas normal, leve coagulopatía TP 61%, creatinina/urea 2.98/230 mg/dL, perfil hepático normal, PCR 30, sin consumo de bases, sin hiperlactacidemia, leve hipernatremia y potasio normal.

Como plan se indicó:

“Aislamiento preventivo, batería de cultivos y mañana resistencia. Retiramos y cultivamos catéter PICC que está fuera de sitio.

- Hidratación intensa.

- Antibioterapia empírica en espera de resultados (hemocultivos y drenaje 10 de diciembre).

- Pendiente de hablar con Radiología intervencionista para eventual nuevo drenaje.

- De momento no coloco sonda gástrica en espera de evolución. Mañana fisioterapia”.

El paciente evolucionó favorablemente en las primeras 48 horas. Estaba afebril, tranquilo y sin dolor, sedestación mañana y tarde, inicia

fisioterapia precoz. Hemodinámicamente estable, sin vasopresores, tras fluidoterapia intensa de 8L en los primeros 2 días, mejora la función renal, sin repercusión respiratoria ni desarrollo de tercer espacio. Se mantiene eupneico, con gafas nasales 2 lpm, buena mecánica y radiografía limpia a pesar de la carga de fluidos. Abdomen globuloso pero depresible, con PIAs <15 cmH₂O, drenaje 400 c el primer día de aspecto sucio, y punto de inserción enrojecido. Función renal mejora hasta creatinina y urea de 1.5 y 155 mg/dL con diuresis >0.5 mL/Kg/h.

El día 13 de diciembre se validó S.maltophila y E.coli sensible en líquido de 10 de diciembre, y se dirige con cotrimoxazol (meropenem desde 10 de diciembre, linezolid día 12 de diciembre, fluconazol día 12 de diciembre y cotrimoxazol el 13 de diciembre.

“Comentado el caso entre Medicina Interna y Radiología Intervencionista, continuamos en conversaciones por una eventual necesidad de drenaje de la colección más accesible, aunque el drenaje es permeable y drena líquido ascítico infectado.”

El día 14 de diciembre, sin embargo, presentó por la mañana flutter e hipertensión arterial, que no se controlaba a lo largo de la mañana con medicación. La exploración clínica no había cambiado, permanecía sin fiebre, abdomen depresible con PIA 15 cmH₂O (presión intraabdominal), y en analítica de control a última hora mantiene estabilidad y ausencia de acidosis ni datos de hipoperfusión o focalidad.

A lo largo de la tarde por persistencia de flutter y empeoramiento del estado general, fue intubado y se intentó cardioversión sin éxito. Afebril, pero tras intubación evolucionó a hipotensión, necesidad de vasopresores. Se realizó TAC urgente abdominal que mostró mayor líquido libre con resto de exploración superponible al TAC de 48 h antes. La presión intraabdominal (PIA) se mantenía en 20 cm H₂O. Se comentó el caso con

Cirugía General, que tras valorar el caso descartan necesidad de intervención.

La evolución del paciente fue desfavorable en las siguientes 12 horas hacia shock séptico refractario a medidas con fracaso multiorgánico, anuria y necesidad de diálisis, y vasopresores a dosis supratrapéuticas.

El día 15 de diciembre fue a quirófano urgente a primera hora, en situación de pre-mortem por la intensa acidosis y compromiso orgánico. Se drenaron 3 L de líquido ascítico infectado y se limpiaron abscesos pancreáticos, encontrando signos de peritonitis difusa, colecistitis y abscesos pancreáticos. Colecistectomía. Se dejaron drenajes de lavado.

Tras la cirugía el paciente mantuvo la situación de shock refractario, con lactato >100 mg/dL. Presentó midriasis bilateral arreactiva, en la madrugada del día 16 de diciembre, mostrando el TAC isquemia temporal izquierda subaguda.

El paciente falleció el día 16 de diciembre de 2018 a las 14:20 horas.

Días más tarde los cultivos de quirófano mostraron crecimiento de E.coli BLEA y carbapenemasa.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 LPAC, se ha incorporado al expediente un informe, fechado el día 2 de diciembre de 2019, del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Rey Juan Carlos (folios 78 a 85), que, tras relatar la asistencia prestada al familiar de las reclamantes, dice:

«El tratamiento de la litiasis para “evitar” las pancreatitis no está claramente establecido. La evolución de los cálculos biliares asintomáticos o silenciosos ha sido objetivo de profundo debate, sin embargo, en estudios realizados se ha comprobado que el número de pacientes que presentan síntomas o complicaciones que precisan cirugías es relativamente bajo (10% a los 5 años, 15% a los 10 años y 18% a los 15 años). Las decisiones deben tomarse teniendo en cuenta que el riesgo acumulado de muerte por colelitiasis en la que se mantiene una actitud expectante es bajo y no se recomienda la colecistectomía profiláctica.»

Queremos indicar que durante todo el ingreso el paciente estuvo estrechamente monitorizado, se realizaron las analíticas necesarias, así como las pruebas de imagen y abordajes pertinentes para el manejo de su enfermedad. Como se ha comentado, la pancreatitis aguda, en ocasiones tienen una evolución desfavorable, e incluso aunque se hayan tomado las medidas adecuadas para su manejo, uno de cada 7 pacientes fallece. Lamentamos la evolución de este caso, pero no estamos de acuerdo en considerar que el haberse quedado más tiempo en el hospital en el primer ingreso o haber ingresado en Cuidados Intensivos hubiera modificado el pronóstico de la enfermedad, dado que en todo momento estuvo controlado y las complicaciones que fueron apareciendo no se debieron a retraso diagnóstico o terapéutico, sino a la evolución de su cuadro.»

Asimismo, consta el informe del jefe asociado del Servicio de Cuidados Intensivos, de 25 de noviembre de 2019 (folios 86 y 87) que describe la atención dispensada al familiar de las reclamantes por dicho servicio y señala:

«Discrepo rotundamente del argumento esgrimido por la familia en dar trascendencia a un enema realizado en la UCI el 14 de diciembre sobre las 10:20 horas de la mañana en la línea de que es

“imprudente, negligente, totalmente contraindicado, contraproducente y con riesgo vital (dicen que, para aliviar, pero es para recoger muestra) ni que produzca peritonitis e infección y finalmente shock séptico”. Aclarar:

- *Que los enemas son rutina de tratamiento en UCI y se indican cuando la parálisis intestinal puede condicionar la eliminación de residuos y potenciar cuadros obstructivos. Por tanto, ni es imprudente, ni negligente, ni está contraindicado, ni se pautó para recoger muestras.*

- *En ningún momento en la historia clínica se reconoce que el enema tuvo relación directa causal con el episodio de peritonitis y de shock séptico.*

- *En la cirugía no se encuentra daño intestinal ni perforación que justifique ninguna complicación causada por el enema.*

- *Nosotros interpretamos que el paciente estaba iniciando un nuevo cuadro séptico que se presentó como un cuadro paralítico y que mejoraría al intentar el vaciado intestinal. No hubo relación directa, por tanto, con los episodios que aparecieron a continuación y que hay que desligarlos de la administración de un enema.*

También discrepo de la desinformación que alega la familia. Desde que Cuidados Intensivos conoce al paciente, habla con la familia de forma fluida, se le explican los pormenores de las decisiones, la situación abdominal, los gérmenes existentes, las valoraciones por los distintos especialistas y los resultados de las técnicas realizadas.

Solamente los resultados postmortem son ofrecidos cuando se tiene conocimiento de ello, obviamente unos días tras el fallecimiento».

Ha emitido informe la jefe del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos que, con fecha 26 de noviembre de 2019 (folios 88 a 94) refiere la asistencia prestada al paciente por dicho servicio, afirma que *“se actuó según protocolo en todo momento”* y puntualiza que *“no es cierto que en el primer episodio se diera de alta al paciente como se indica”*, pues el paciente ingresó en planta de Medicina Interna el día 11 de octubre durante el turno de tarde y fue dado de alta el día 25 de octubre. Además, dice que *“no es correcto tampoco asegurar que el ingreso debía haber sido en UCI de entrada en la segunda ocasión”*. *“En todo momento se tuvieron en cuenta los signos de gravedad, se solicitaron las pruebas complementarias necesarias para su valoración (TAC abdominal urgente, por ejemplo) y se inició de forma precoz e intensiva el tratamiento con sueroterapia enérgica, dieta absoluta, analgesia y antibioterapia de amplio espectro con cobertura incluso de gérmenes nosocomiales por el antecedente de un ingreso previo. El paciente estuvo en todo momento monitorizado de forma continua en Urgencias sin presentar incidencias”*.

Se ha incorporado al procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria de fecha 2 de septiembre de 2020 (folios 1165 a 1190) que analiza la asistencia sanitaria prestada al paciente, responde a las cuestiones planteadas por las reclamantes y concluye que *“la asistencia sanitaria prestada por el Sermas a D. (...) tanto en el año 2016 como en el 2018 se ajustó a los conocimientos actuales de la medicina, los registros disponibles demuestran que se emplearon medios diagnósticos y terapéuticos avanzados, no existentes en todos los hospitales”* y añade que *“no se escatimaron recursos.”*

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes y de la historia clínica, se ha evacuado el oportuno trámite de audiencia a las reclamantes y al Hospital Universitario Rey Juan Carlos, como centro concertado con el SERMAS.

El día 7 de enero de 2021 presenta alegaciones el representante de las reclamantes en las que manifiesta que el tratamiento médico no fue correcto por una falta evidente de utilización de medios científicos a su alcance, provocando una pérdida de oportunidad terapéutica. Alega que no hubo control por médico especialista durante los festivos y puentes que había en el mes de octubre, noviembre y diciembre de 2018, sin seguir las pautas y protocolos establecidos para la prevención de infecciones y que no se siguió el protocolo en cuanto al cuidado de los drenajes. El anterior escrito se acompaña con otro, esta vez sí, firmado por una persona que utiliza el título de doctor, desconociéndose su titulación y especialidad y en qué calidad firma el escrito que denomina “*alegaciones a la historia clínica de D. (...)*”.

Con fecha 1 de diciembre de 2020 el gerente del Hospital Universitario Rey Juan Carlos presenta alegaciones en las que se opone a la reclamación interpuesta y considera ajustada a la *lex artis* la asistencia prestada al paciente, de acuerdo con los informes de los servicios que atendieron al paciente así como el informe de la Inspección Sanitaria, sin existencia de error, negligencia ni nexo causal que fundamente la reclamación.

El día 11 de diciembre de 2020 el representante de las reclamantes presenta escrito en el que solicita historia clínica completa del paciente y seguro de responsabilidad civil del Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

Se formula propuesta de resolución por el viceconsejero de Asistencia Sanitaria (folios 1.254 a 1.263) con fecha 25 de enero de 2021 desestimatoria de la reclamación al considerar que no concurre la antijuridicidad del daño y no existir relación de causalidad con el funcionamiento de la administración sanitaria.

Remitido el expediente a esta Comisión Jurídica Asesora, el 9 de marzo de 2021, el Pleno de este órgano consultivo aprobó el Dictamen

120/21, en el que se concluyó que procedía la retroacción del procedimiento para que emitiera su informe preceptivo el médico de Atención Primaria sobre la asistencia prestada al paciente tras el diagnóstico de la colelitiasis y la pancreatitis crónica en febrero de 2016. Asimismo, en tanto que de la historia clínica resultaba que el paciente había sido atendido también por el Servicio de Cirugía General y Digestivo del Hospital Universitario Rey Juan Carlos en febrero de 2016, que dicho servicio informara sobre la asistencia sanitaria prestada al paciente. Finalmente, y en relación con la infección nosocomial, se consideró necesario para la correcta instrucción del expediente que se aportara por el Hospital Universitario Rey Juan Carlos información sobre las medidas adoptadas para prevenir la infección padecida por el paciente.

CUARTO.- Tras el Dictamen 120/21, de 9 de marzo, se han sustanciado los siguientes trámites:

El día 5 de abril de 2021 se solicita la emisión de nuevos informes al Hospital Universitario Rey Juan Carlos de Móstoles.

El día 12 de abril de 2021 el jefe de Servicio de Cirugía General y Digestivo del Hospital Universitario Rey Juan Carlos informa que no se pudieron adoptar medidas preventivas para prevenir la infección padecidas por el paciente ya que *“fue imposible predecir la aparición de una pancreatitis aguda grave a los dos años”*.

El informe añade que no existe evidencia científica de que la entidad clínica de colelitiasis y coledocolitiasis se asocien como causa etiológica con la pancreatitis crónica, y en los casos como el del paciente en los que la colelitiasis no se asocia a síntomas, no existe indicación absoluta de plantear la colecistectomía electiva.

Finalmente, el informe pone de manifiesto la dificultad del tratamiento de la pancreatitis necrosante, ya que los estudios no

consideran indicado el uso de antibióticos profilácticos, debiendo pautarse cuando hay datos clínicos o radiológicos sugestivos de infección. Indica que el tratamiento adecuado, en estos casos, es el antibiótico junto con la aspiración percutánea del material necrótico y destaca cómo en el curso natural de la pancreatitis aguda con necrosis y mala evolución, la tasa de infección oscila entre 40% y 70%, independientemente del abordaje del paciente *“y esto no está en relación con manipulaciones quirúrgicas, o técnicas, sino con el paso de bacterias propias del intestino al tejido necrosado”*.

El día 14 de abril de 2021 emite informe el jefe de Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario Rey Juan Carlos que describe las medidas de asepsia que se adoptan en el área quirúrgica instrumental para la inserción de los drenajes.

Con fecha 23 de abril de 2021 emite informe la médica de Atención Primaria sobre la asistencia prestada en relación con la *“pancreatitis aguda de probable origen litiásico”*.

El día 30 de abril de 2021 la Inspección Sanitaria emite informe ampliatorio, indicando que es controvertido el uso de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica con esfinterotomía (CPRE-E) en caso de pancreatitis aguda con datos de obstrucción biliar en ausencia de colangitis, y que la evacuación percutánea de los abscesos está indicada debiendo esperar hasta que la necrosis se encapsule, ratificándose en su anterior informe.

Con fecha 7 de junio de 2021 el representante de las reclamantes solicita el archivo del procedimiento.

El 24 de junio de 2021 emite informe el jefe de Servicio de Enfermería del Hospital Rey Juan Carlos en el que da respuestas a las alegaciones sobre retirada de la medicación y sobre el protocolo para el cuidado de los drenajes (folios 1431 y 1432).

Notificado el escrito en el que las reclamantes solicitaban el archivo del procedimiento al Hospital Universitario Rey Juan Carlos, el día 2 de julio de 2021, presenta escrito en el que se opone al desistimiento solicitado por las reclamantes, de conformidad con el artículo 94.4 de la LPAC.

Con fecha 7 de julio de 2021 el viceconsejero de Asistencia Sanitaria resuelve la continuación del procedimiento de responsabilidad patrimonial.

Interpuesto recurso de reposición por las reclamantes contra la anterior resolución, por Orden 899/21, de 13 de julio se desestimó el citado recurso.

Concedido nuevo trámite de audiencia a las reclamantes, con fecha 29 de octubre de 2021 el representante de las reclamantes presenta escrito en el que alega que de la nueva documentación aportada se desprende la vulneración de la *lex artis ad hoc* por la falta de utilización de medios científicos a su alcance, lo que provocó una pérdida de oportunidad terapéutica y la falta de seguimiento y tratamiento protocolizado.

Asimismo, el día 25 de octubre de 2021 el gerente del Hospital Universitario Rey Juan Carlos cumplimenta el trámite de audiencia, ratificándose en sus escritos anteriores.

Con fecha 16 de noviembre de 2021 el viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública formula propuesta de resolución (folios 1.475 a 1.486) desestimatoria de la reclamación al considerar que no concurre la antijuridicidad del daño.

QUINTO.- Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 19 de noviembre de 2021 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 624/21, a la letrada vocal Dña. Rocío Guerrero Ankersmit que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 28 de diciembre de 2021.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación, adecuadamente numerada y foliada, que se considera suficiente.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 €, por solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3,a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

El presente dictamen se emite dentro del plazo previsto en el artículo 23.1 del ROFCJA.

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

Las reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 32.1 de la LRJSP, en cuanto que son familiares de la persona que recibió la asistencia sanitaria que consideran incorrecta (como acredita la fotocopia del Libro de Familia aportada) y cuyo fallecimiento le ocasionó un indudable daño moral. Actúan representadas por abogado, de acuerdo con la escritura de poder otorgada por ellas a favor del letrado.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en un centro sanitario concertado con la Comunidad de Madrid, como es el caso del Hospital Universitario Rey Juan Carlos. A este respecto esta Comisión viene reconociendo la legitimación de la Comunidad de Madrid en los supuestos en los que la asistencia sanitaria se presta en centros concertados siguiendo el criterio mantenido por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en sentencias como la de 14 de marzo de 2013 (rec. 1018/2010).

En esta misma línea se sitúa la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de las Islas Canarias (Santa Cruz de Tenerife) de 22 de mayo de 2019 (rec. 68/2019) que, tras destacar que la LPAC no recoge una previsión similar a la disposición adicional 12^a de la LRJ-PAC, considera que, en los casos en los que la asistencia sanitaria a usuarios del Sistema

Nacional de Salud es prestada por entidades concertadas con la Administración (como era el caso), se trata de sujetos privados con funciones administrativas integrados en los servicios públicos sanitarios, por lo que no es posible que se les demande ante la jurisdicción civil ya que actúan en funciones de servicio público.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 LPAC el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo o de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el presente caso, fallecido el paciente el día 16 de diciembre de 2018, la reclamación se presenta el día 23 de octubre de 2019, por lo que no cabe duda de que está formulada en plazo.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y así se observa que se ha incorporado al expediente la historia clínica del paciente fallecido y, en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC, inicialmente se emitió informe por Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, por el jefe asociado del Servicio de Cuidados Intensivos y por la jefa del Servicio de Urgencias del citado centro hospitalario. Asimismo, se recabó el informe de la Inspección Sanitaria con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen. Posteriormente, tras el Dictamen 120/21, se ha incorporado al expediente el informe del jefe de Servicio de Cirugía General y Digestivo del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, del Servicio de Medicina Preventiva del mismo centro, del jefe de Servicio de Enfermería de ese mismo hospital, así como de la médica de Atención Primaria. Tras ello se recabó nuevo informe de la Inspección Sanitaria que se ratificó en el anteriormente emitido y se confirió trámite de audiencia a

los interesados. Por último, se formuló propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 106.2 de la Constitución Española, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la LRJSP en su título preliminar, capítulo IV, artículos 32 y siguientes. Regulación que, en términos generales, coincide con la que se contenía en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2018 (recurso de casación 5006/2016), de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere:

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que *“es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar*

del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo , 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996, 16 de noviembre de 1998, 20 de febrero, 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)”.

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”.*

CUARTA.- En la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 4ª) de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010), en la apreciación de la concurrencia de la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria,

como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (recurso de casación núm. 4229/2011) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010) «*no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente*», por lo que “*si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido*” ya que “*la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados*”».

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, como señalan las Sentencias de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010)) y de 27 de abril de 2015, (recurso de casación núm. 2114/2013), 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.

QUINTA.- Aplicada la anterior doctrina al presente caso, resulta acreditado el fallecimiento de una persona, que provoca un “*daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto*” (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004 -recurso 7013/2000- y en similar sentido la Sentencia de 25 de julio de 2003 -recurso 1267/1999).

Probada la realidad del daño, resulta necesario examinar si existe relación de causalidad entre este y la asistencia sanitaria prestada por el Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron al paciente, debemos partir de lo que constituye regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de noviembre de 2019 (recurso 886/2017), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Las interesadas fundamentan su reclamación en que ante la posible existencia de una pancreatitis crónica se debía haber realizado una colecistectomía para evitar factores desencadenantes de una pancreatitis aguda, por lo que hubo una falta evidente de utilización de medios, provocando una pérdida de oportunidad terapéutica; que el paciente no debía haber estado ingresado en el Servicio de Medicina Interna y que no se siguieron las pautas y protocolos para evitar infecciones al paciente.

Es doctrina reiterada de esta Comisión Jurídica Asesora (v.gr. 397/20, de 22 de septiembre, 223/16 de 23 de junio, 460/16, de 13 de octubre y 331/19, de 12 de septiembre), que ante la existencia de informes periciales contradictorios- como ocurre en este caso, en que el dictamen de parte contradice lo declarado en los informes de los servicios afectados y el de la Inspección Sanitaria-; la valoración conjunta de la

prueba pericial debe realizarse, según las reglas de la sana crítica, con análisis de la coherencia interna, argumentación y lógica de las conclusiones a que cada uno de ellos llega.

Los dictámenes citados se hacen eco de la Sentencia de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de febrero de 2016 (rec. 1002/2013) que manifiesta que *“las pruebas periciales no acreditan irrefutablemente un hecho, sino que expresan el juicio o convicción del perito con arreglo a los antecedentes que se le han facilitado (...)”* y *“no existen reglas generales preestablecidas para valorarlas, salvo la vinculación a las reglas de la sana crítica en el marco de la valoración conjunta de los medios probatorios traídos al proceso (...)”*.

Según la Sentencia de 18 de mayo de 2017 (recurso nº 355/2015): *“En estos casos es procedente un análisis crítico de los mismos, dándose preponderancia a aquellos informes valorativos de la praxis médica que, describiendo correctamente los hechos, los datos y fuentes de la información, están revestidos de mayor imparcialidad, objetividad e independencia y cuyas afirmaciones o conclusiones vengan dotadas de una mayor explicación racional y coherencia interna, asumiendo parámetros de calidad asentados por la comunidad científica, con referencia a protocolos que sean de aplicación al caso y estadísticas médicas relacionadas con el mismo. También se acostumbra a dar preferencia a aquellos dictámenes emitidos por facultativos especialistas en la materia, o bien con mayor experiencia práctica en la misma. Y en determinados asuntos, a aquéllos elaborados por funcionarios públicos u organismos oficiales en el ejercicio de su cargo y a los emitidos por sociedades científicas que gozan de prestigio en la materia sobre la que versa el dictamen”*.

En el presente caso, el informe pericial de las reclamantes cuestiona, en primer lugar, el seguimiento realizado por el médico de Atención Primaria de la patología biliar y pancreática y considera que, ya en 2016,

se le debió haber realizado una colecistectomía para evitar factores desencadenantes de una pancreatitis aguda. Considera, además, que el alta del paciente el día 25 de octubre de 2018 estaba totalmente contraindicada con el cuadro de pancreatitis aguda sin resolverse; que debió haber sido ingresado en la UCI y no en el Servicio de Medicina Interna el 30 de noviembre de 2018 y que hubo un mal control de los drenajes percutáneos, con dudosa efectividad, apreciándose una vulneración de la *lex artis* al no aplicar los medios adecuados en tiempo para una enfermedad sumamente grave.

Sobre la primera de las cuestiones el informe de la Inspección es concluyente al señalar:

“La Administración Sanitaria no incluye entre sus actividades preventivas la colecistectomía profiláctica en los casos de litiasis asintomática, en mi opinión con sentido común, sería tan absurdo como practicar prostatectomías radicales a toda la población masculina, conociendo de antemano que su totalidad va a desarrollar hipertrofia prostática, y que sólo algunos tendrán complicaciones severas del sistema urinario.

La litiasis vesicular es muy prevalente en la población y en la bibliografía consultada se encuentran las dos opiniones, la de que si se recomienda la [n.i. colecistectomía] extirpación de la vesícula asintomática por la potencialidad de complicaciones graves como la de que no es necesario”.

En este mismo sentido el informe de la Inspección de 30 de abril de 2021 donde vuelve a insistir que las guías actuales no recomiendan la conlangriopancreatografía retrógrada endoscópica con esfinterotomía (CPRE-E) en casos de pancreatitis aguda leve (pues en muchos casos no es necesaria porque el cálculo llega a liberarse al duodeno de forma espontánea) y sí está indicada en caso de coexistencia de colangitis y añade:

“Permanece controvertido el uso de la CPRE-E en caso de pancreatitis aguda de obstrucción biliar en ausencia de colangitis”.

Así, según la médico inspector, en el presente no estaba indicada porque nada hubiera resuelto al destacar cómo, de acuerdo con las pruebas realizadas al paciente el día 25 de octubre de 2018 (TAC abdominopélvico, colangiografía, RM hepática y ecografía), este presentaba *“vesícula biliar de tamaño y morfología normal con litiasis en porción declive, páncreas de tamaño y morfología normal con conducto pancreático principal no dilatado”.*

En relación con el alta dada el día 25 de octubre de 2018, el informe de la Inspección Sanitaria pone de manifiesto cómo la existencia de colecciones necróticas peripancreáticas agudas no complicadas tiene, inicialmente, un tratamiento conservador. Según afirma:

“De forma unánime las guías de actuación consultadas 12-22 en la necrosis pancreática y peripancreática NO INFECTADA aconsejan posponer las intervenciones; en primer lugar endoscópicas y si hiciera falta abiertas, incluso actuar cuando hayan evolucionado a pseudoquistes. La mayoría de las necrosis es estéril y la única forma de comprobar si hay infección es con punción percutánea guiada”.

Asimismo, el informe de la Inspección de 2 de septiembre de 2020 afirma:

“Es altamente improbable que la evolución hubiera sido mejor prolongando el ingreso sin necesidad y sin embargo si hubieran aumentado las probabilidades de contraer infecciones nosocomiales por ser un paciente con dos factores de riesgo medulares, mayor de 65 años y diabético. Lo cierto es que la pancreatitis aguda no tiene tratamiento, ya hemos indicado que únicamente caben las medidas de soporte vital, y, estando el paciente bien, sin dolor, y habiendo

renovado la ingesta, sin necesidad de fluidoterapia, se podía dar el alta perfectamente, en ningún momento se dejó el seguimiento clínico con despliegue de medios avanzados que no están al alcance de todos los hospitales ECO ABDOMINAL, COLANGIO RM Y RM HEPÁTICA, TC ABDOMINAL. Hoy en día, desafortunadamente, ni siquiera la fluidoterapia impide que un 10% de las pancreatitis agudas evolucione de leve a severa y el 2% de pacientes de cualquier edad fallezca, porque la ciencia médica no ha llegado tan lejos, en ausencia de indicaciones quirúrgicas no tenía sentido prolongar el ingreso”.

La médica inspectora se pronuncia de forma concluyente en su informe de 2 de septiembre de 2020 que no había indicación quirúrgica durante el primer ingreso del paciente porque la mortalidad postoperatoria de las pancreatitis es del 25%, si se opera antes de 7 días se aumenta el riesgo de muerte, todos los autores consultados coinciden en la conveniencia de esperar para el tratamiento de las necrosis, manejo inicial conservador.

En relación con la alegación relativa a la falta de ingreso del paciente en la UCI el día 31 de octubre la médico inspector es clara al señalar que *“el paciente no estaba en la situación clínica correspondiente a los criterios de inclusión en UCI recomendados por el Ministerio de Sanidad”*. Esta afirmación también se corrobora por el jefe del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos que dice que *“no es correcto tampoco asegurar que el ingreso debía haber sido en la UCI de entrada en la segunda ocasión”*, al considerar que en todo momento se tuvieron en cuenta los signos de gravedad, se solicitaron las pruebas complementarias necesaria para su valoración (TAC abdominal urgente, por ejemplo) y se inició de forma precoz e intensiva el tratamiento con sueroterapia enérgica, dieta absoluta, analgesia y antibioterapia de amplio espectro con cobertura incluso de gérmenes nosocomiales por el antecedente de un ingreso previo.

El informe del jefe del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos añade:

“(...) la medicina asistencial no parte del diagnóstico definitivo para, en base al mismo, intentar cuadrar la sintomatología del paciente con dicho diagnóstico, sino que su labor es justo la contraria. La medicina asistencial está basada en la confirmación de la hipótesis diagnóstica en base a los síntomas y signos que presenta el paciente en el momento de la valoración médica. En base a esta hipótesis, se establece un procedimiento diagnóstico, en el que pueden incluirse exploraciones más complejas o complementarias (analíticas, pruebas de imagen, técnicas endoscópicas, intervencionistas o quirúrgicas) siempre según los síntomas referidos y los hallazgos exploratorios objetivados. Resulta inadecuado juzgar la actuación médica realizada en el pasado, desde una perspectiva del caso a posteriori, cuando el diagnóstico ha sido ya confirmado. Por tanto, la medicina asistencial no debe valorarse nunca de forma retrospectiva, cuando ya se conoce el diagnóstico. El juicio debe ir encaminado a comprobar si se realizó un procedimiento diagnóstico y terapéutico adecuado y de acuerdo con la lex artis en el momento de la atención y con los datos disponibles entonces y no con los que disponemos una vez confirmado el diagnóstico final”.

Finalmente, en relación con la alegación de las reclamantes sobre el mal control de los drenajes percutáneos, el informe de la Inspección Sanitaria es claro al señalar que la evacuación percutánea de los abscesos está indicada como una de las posibilidades, si bien *“todas las guías coinciden en que no se resuelven espontáneamente, pero hay que esperar a que se encapsulen, y mientras tanto contener con antibióticos”*, toda vez que *“el momento ideal para un abordaje invasivo”* es cuando la necrosis se encapsula.

Por otro lado, en relación con la limpieza y cuidado de los drenajes, es preciso tener en cuenta que, como señala el informe del jefe de Enfermería del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, estos se ajustaron al protocolo de drenaje percutáneo de colecciones del citado centro hospitalario cuya copia adjunta. Asimismo, se acompaña también copia de los comentarios de evolución de Enfermería de los que resulta cómo día a día el personal de Enfermería hizo referencia al drenaje y a la valoración de este describiéndose la realización de cuidados del catéter, las curas del punto de inserción del catéter, las anotaciones de balances sobre el débito del drenaje, para la valoración de la retirada del mismo, así como para las indicaciones médicas que hacen referencia a los cuidados del catéter, según los diferentes momentos en los que, según la evolución del paciente.

Por último, sobre la administración de un enema en la UCI, el informe de la Inspección señala que los enemas de limpieza pueden producir taquicardia como raro efecto adverso y que, en la situación clínica extrema que estaba el paciente el episodio descrito podría haberse producido también, aunque no se le hubiera pautado el enema y que, desde el punto de vista científico lo que hay que valorar es si estaba indicado y sus posibles efectos adversos. Según la médica inspectora, los reclamantes critican tanto por hacer como por no hacer y añade:

“(...) dado que las herramientas de la medicina aunque sean científicas se aplican sobre un organismo biológico cuya respuesta experimenta márgenes de variación, se puede perder tanto tiempo en mirar los árboles que al final no se ve el bosque, la situación del paciente era extrema, su equilibrio inestable, en ningún momento se dejó de actuar, y ante la ausencia de deposiciones se decidió aliviar, y si no se hubiera hecho también se podría haber intentado desacreditar”.

Por todo lo expuesto, debe concluirse que no resulta acreditada la existencia de mala praxis en la atención sanitaria dispensada al paciente debiendo concluir, como señala el informe de la Inspección Sanitaria que la asistencia sanitaria prestada al paciente *“se ajustó a los conocimientos actuales de la medicina, los registros disponibles demuestran que se emplearon medios diagnósticos y terapéuticos avanzados, no existentes en todos los hospitales”* y añade que *“no se escatimaron recursos”*.

Conclusión a la que debemos atenernos dado que el informe de la Inspección Sanitaria obedece a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 24 de febrero de 2020 (recurso nº 409/2017):

“...sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis, puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del médico inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”.

En mérito a cuanto antecede, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada al no haberse acreditado la existencia de mala praxis en la asistencia prestada a el paciente ni concurrir la antijuridicidad del daño.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 28 de diciembre de 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 671/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid