

Dictamen n.º: **225/24**  
Consulta: **Consejera de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **25.04.24**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad en su sesión de 25 de abril de 2024, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el asunto promovido por Dña. .... en su nombre y en representación de sus hijas menores, ..... y ....., sobre indemnización por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su esposo y padre respectivamente, tras cirugía realizada en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM).

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por medio de escrito presentado el 29 de julio de 2022 por la reclamante y un abogado, se formula reclamación de responsabilidad patrimonial por el fallecimiento de su esposo y padre de sus dos hijas menores, acaecido el 21 de febrero de ese mismo año, como consecuencia de un shock séptico sufrido tras cirugía de citorreducción y quimioterapia intraperitoneal hipertérmica realizada en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón en el abordaje de un cáncer apendicular, estadio IV, con metástasis peritoneales.

La reclamación expone de manera extensa el proceso asistencial recibido por el paciente fallecido desde el 6 de enero de 2022, que fue intervenido de manera urgente en el Hospital Infanta Sofía de una apendicitis evolucionada con perforación, tras la cual se detectó en el análisis de la pieza quirúrgica por Anatomía Patológica la presencia del adenocarcinoma apendicular con metástasis.

En el relato de la asistencia, la reclamante refiere que, tras ese diagnóstico, su esposo fue derivado al HGUGM donde, el 15 de febrero se le realizó cirugía de citorreducción y quimioterapia intraperitoneal hipertérmica. Tras esa intervención fue trasladado a planta sin ningún antibiótico pautado para el posoperatorio, teniendo una buena evolución, si bien el día 17 de febrero presenta dos deposiciones líquidas tipo melenas, realizándosele una analítica urgente que mostró disminución de leucocitos pero que no fue tomada en cuenta. Continúa diciendo la reclamante que el día 19 la situación se agravó, existiendo síntomas de infección y sangrado que fueron evolucionando “*con el permiso de los facultativos*”. El posterior día 20, el paciente presentaba dolores y falta de movilidad en las piernas, además de hematoma a nivel escrotal e inguinal, realizándose un TAC abdominal-pélvico urgente, pero sin administrarle antibiótico. Ante la evidencia de un shock séptico, refiere la reclamante que se le realizó una laparotomía exploratoria en la que se verificó con prueba de estanqueidad la anastomosis colorrectal, por lo cual, se procedió a realizar hemicolectomía izquierda, más el cierre de anastomosis ileal y de muñón rectal. El paciente ingresó en reanimación en situación crítica, siendo avisados de que podría fallecer. El mismo día 20 de febrero, a las 21:07 horas, se decidió realizar una revisión quirúrgica urgente para fasciotomías en MMII, tronco y escroto, para lo que se recabó consentimiento telefónico.

Continúan el relato de la evolución señalando que, el posterior día 21, el esposo de la reclamante se encontraba en situación

catastrófica y se le se detectaron una serie de bacterias de tracto gastrointestinal, como son, E.coli, K.oxytoca, B.fragilis y E.faecalis, que confirman la teoría de la infección. A pesar de la gravedad de los síntomas, dice la reclamación que *“los facultativos teorizaban sobre la posibilidad de que la situación del paciente se encontrase cubierta con el tratamiento antibiótico empleado”*. Finalmente se indica que el 21 de febrero a las 8:20 horas, el paciente falleció, siendo la causa intermedia shock séptico, y la inicial o fundamental: tumor apendicular.

La reclamación reprocha la falta de tratamiento antibiótico profiláctico pese a ser el riesgo de infección uno de los posibles en la cirugía que se le realizó, y que como tal se recogía en el consentimiento informado, la falta de un diagnóstico temprano pese a existir síntomas de hemorragia e infección posoperatorias, y su falta de abordaje pese a la evolución de esas complicaciones.

La reclamación termina solicitando una indemnización total de 838.452,81 euros, correspondiendo 404.941,12 € a la esposa, 203.824,42 € a la primera de las hijas y 229.687,27 € a la segunda.

El escrito se acompaña certificado de defunción e historia clínica, aportándose posteriormente el libro de familia.

**SEGUNDO.-** Una vez admitida la reclamación, se recabó la historia clínica del Hospital Infanta Sofía y del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, de las que se extraen los siguientes hechos:

El paciente, nacido en 1971, acude a Urgencias del Hospital Infanta Sofía el 5 de enero de 2022 por dolor abdominal, realizándosele TAC abdominal con hallazgos compatibles con apendicitis retrocecal evolucionada con perforación. Se decide

intervención por laparoscopia que cursa sin complicaciones, pero donde se visualizaron varias lesiones compatibles con implantes tumorales, por lo que se completa estudio y se remite a Oncología. Recibidos los resultados de Anatomía Patológica, se informa la pieza quirúrgica como adenocarcinoma.

El día 8 de enero se le da alta hospitalaria y se deriva al HGUGM.

Es citado el día 20 de enero de 2021 en Cirugía General y Digestivo del HGUGM, completándose estudio oncológico de extensión y estadiaje mediante TC de tórax con contraste intravenoso y colonoscopia, donde se visualizan dos pólipos en sendas localizaciones: colon ascendente y ciego. Ambos se extirpan y envían a análisis con el diagnóstico de carcinomatosis y neoplasia maligna de apéndice, indicándose cirugía reductora + HIPEC.

Tras la firma del consentimiento informado, se realiza la cirugía el 15 de febrero, ingresando en UCI donde evoluciona correctamente, siendo trasladado a planta el día 16.

El día 17 de febrero, se encuentra en aislamiento preventivo por citostáticos. Se anota que refiere sentirse bien, con dolor controlado por analgesia epidural y requerimiento de rescate pautado, tolerando líquidos y ausencia de deposiciones, con flatulencias positivo. En el análisis del pase de visita se indica hemodinámicamente y ventilatoriamente estable. Sin respuesta inflamatoria sistémica ni signos de irritación peritoneal. Enfermería anota a la 1:20 horas dos deposiciones tipo melenas y a las 11:50 horas dos deposiciones líquidas con restos melánicos; a las 20:10 hace dos deposiciones pequeñas con restos hemáticos y una tercera deposición más abundante de aspecto normal y líquida; posteriormente a las 3:41 horas del día 18, realiza gran deposición líquida y de aspecto normal, que se repite a las 6:56 y 7:36 horas.

El cirujano anota el 18 que el paciente refiere sentirse bien, buena noche, nauseoso sin vómitos. Ausencia de deposiciones, con flatulencias positivo.

Se considera suspender dieta oral y valoración por Servicio de Nutrición de nutrición parenteral. Continuar con vigilancia y disminución de analgesia epidural. Nutrición anota que la bioquímica sanguínea está en rango normal, que las deposiciones realizadas son líquidas y se insiste en intentar cuantificación, y ante la situación de imposibilidad de dieta oral y riesgo de desnutrición, se indica alimentación parenteral de farmacia.

Se anotan 3 deposiciones durante la noche del 18 y 1 de la madrugada del 19. Enfermería, en el pase de las 12:28 del 19, anota que se retira catéter epidural y se ajusta analgesia. Se inicia tolerancia a líquidos claros, sin náuseas ni vómito y manteniendo NPT por la vía central, se retira sonda vesical y presenta diuresis positiva, se levanta a sillón. Por el contrario, parece aumentar el contenido hemático por drenajes. En la tarde se levanta y parece que debita menos por drenajes, tolera dieta líquida y el dolor está controlado con analgesia pautada, pero al observar deposición líquida con abundante sangre fresca se avisa a facultativo que indica analítica con hemograma y pruebas cruzadas.

El facultativo de guardia anota a las 19:23 que el paciente tiene exploración abdominal normal, no dolor anal, BEG y sin dolor espontáneo. El hemograma no muestra anemia. Se reserva sangre tras pruebas cruzadas. A las 20:13 se anota por Enfermería que el paciente camina con familiar, se le coloca faja y realiza deposición líquida con sangre fresca.

En el pase de las 9 horas del día 20 de febrero se anota inicio de dolor en escroto, pene, y cara interna de muslos que, al inicio se

controla parcialmente con Petidina®, pero evoluciona rápidamente con parestesias y paresia de miembros inferiores. Niega dolor abdominal, náuseas o vómitos. En la exploración abdominal no aparecen signos de alarma, pero si aparece edema escrotal y pene con hematoma superficial sin tensión y se confirman localización de pulsos femorales simétricos. Limitación marcada de flexoextensión activa a nivel de cadera y rodilla bilateral. Esfínter anal normotónico en el tacto rectal con restos de sangre fresca en dedil. Las analíticas sanguíneas de las 4am y 10 am indican acidosis metabólica en evolución y se pauta: 1.- dieta absoluta, 2.- suspensión de NPT, 3.- inicio de sueroterapia, 4.- administración de antibiótico terapia empírica con Meropenem® y Vancomicina® 5.- hemocultivos y urocultivos. 6.- IC a neurólogo de guardia y 7.- TC abdominopélvico urgente. Se baja a Radiología para RM medular urgente, antes de poder iniciar administración de antibióticos o sacar muestras de sangre.

Durante su estancia en Radiología, aparece un agravamiento franco con aparición de hipotensión, hipoperfusión y diaforesis con deshidratación, precisando acudir el servicio de reanimación urgente.

En el TC se informa aparición de neumoperitoneo sin líquido libre, retroneumoperitoneo y gas en planos profundos de MMII, y se evidencia además salida de contraste a través de anastomosis colorectal significando dehiscencia de anastomosis. Se decide revisión en quirófano. En quirófano, se administra antibioterapia de carga con vancomicina y Meropenem más Actocortina, se añade soporte vasoactivo a dosis plenas, se realiza hemicolectomía izquierda + cierre de anastomosis ileal y de muñón rectal tras verificar estanqueidad de anastomosis colorectal.

Al regresar de cirugía, y ante la escasa respuesta a los tratamientos administrados, se programa realización en quirófano de

fasciectomy ante sospecha de fascitis necrotizante, realizando apertura de fascia, de la que se obtiene escaso líquido.

La noche del 20 al 21 de febrero entra en disfunción multiorgánica y situación catastrófica, anotándose: *“shock séptico y, posiblemente hipovolémico. Hasta el momento refractario a todas las medidas de tratamiento empleadas. El foco no está completamente claro. Sabemos que tenía una peritonitis por una dehiscencia de anastomosis pero no parecía tan grave como para producir este cuadro. En cualquier caso ese foco se ha controlado quirúrgicamente de forma adecuada. En la muestra de líquido peritoneal se ha encontrado flora de tubo digestivo. En la PCR se ha detectado E. Coli, K. oytoca y E. Fecalis. No parece que tenga multiresistencias. En teoría está más que cubiertos con el tratamiento antibiótico empleado”*.

El paciente fallece a las 8:20 del 21 de febrero de 2022, consignéndose:

Causa final de fallecimiento: fracaso multiorgánico.

Causa intermedia: shock séptico/hipovolémico.

Causa inicial: Tumor apendicular.

Otro proceso asociado shock medular.

Solicitada necropsia es informada la pieza intestinal el 3 de marzo, indicándose: *“resección de anastomosis ileo-cólica: porción colónica con congestión e inflamación aguda mural y sobre todo serosa y peritoneal, sin presencia de trombos, granulomas ni parásitos. Presencia de imágenes sugestivas de colonias bacterianas en peritoneo”*.

**TERCERO.-** La historia clínica se acompaña del informe del Servicio de Cirugía y Aparato Digestivo fechado el 8 de noviembre de 2022, en el que expone la asistencia prestada, el tratamiento antibiótico preventivo pautado de acuerdo a las guías clínicas y el abordaje de las complicaciones surgidas en el evolutivo.

También consta informe del jefe del Servicio de Medicina Preventiva, fechado el 29 de noviembre de 2022, en el que se analiza el tratamiento antibiótico seguido.

Solicitado informe a la Inspección Sanitaria se emite con fecha 19 de diciembre de 2023, y en él, tras analizar los antecedentes clínicos, y revisión de los conceptos médicos, concluye afirmando que la actuación fue adecuada a la *lex artis*.

Conferido trámite de audiencia, el 30 de enero de 2024 se presentan alegaciones por el abogado de la reclamante en el que se viene reiterar el reproche de la falta de tratamiento antibiótico preventivo y la ausencia de abordaje temprano de la hemorragia e infección.

Finalmente, el 7 de marzo de 2024, la viceconsejera de Sanidad propone desestimar la reclamación.

**CUARTO.-** El 20 de marzo de 2024 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente al letrado vocal D. Carlos Hernández Claverie, quien formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 25 de abril de 2024.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

### **CONSIDERACIONES DE DERECHO**

**PRIMERA.-** La Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de su Ley 7/2015, de 28 de noviembre, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros y a solicitud de un órgano legitimado para ello, según 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, del Consejo de Gobierno (ROFCJA).

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, ha de ajustarse a lo dispuesto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

La reclamante ostenta legitimación activa para deducir la pretensión de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), en cuanto al daño moral por el fallecimiento de su esposo, como igualmente la tienen sus hijas menores por ella representadas, por mor del artículo 162 del Código Civil.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, en tanto que la asistencia fue dispensada en un centro sanitario de titularidad pública integrado en su red sanitaria.

Por lo que se refiere al plazo, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 LPAC, el derecho a reclamar prescribe en el transcurso de un año a contar desde el hecho causante o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños físicos, el plazo empezará a computarse desde la curación o determinación de las secuelas.

En el caso examinado, la reclamación se presentó el 29 de julio de 2022, dentro del año siguiente al fallecimiento acaecido el 21 de febrero de 2022, por lo que ninguna duda ofrece que el derecho a reclamar no estaba prescrito.

Entre los trámites seguidos, tal como ha quedado expuesto en los antecedentes de hecho de este dictamen, y según exige el artículo 81.1 de la LPAC, se ha recabado informe del servicio relacionado con el daño alegado. Habiéndose incorporado también informe de la Inspección Médica sobre los hechos que motivan la reclamación.

En materia de responsabilidad sanitaria, los informes médicos resultan esenciales para esclarecer la posible relación de causalidad y, en su caso la antijuridicidad del daño, debiéndose para ello valorar si la actuación ha sido acorde a la *lex artis* y, si bien es cierto que corresponde probar a quien reclama, esa carga se pueda modular en virtud del principio de facilidad probatoria. En ese sentido, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en su Sentencia de 5 de junio de 2017 (rec. 909/2014), recuerda: *“Este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor”*.

Así, si bien en el caso que nos ocupa la reclamante no aporta ninguna prueba pericial que apoye sus valoraciones y reproches que hace a la asistencia recibida por su esposo, es lo cierto que el informe del servicio interviniente, al analizar la asistencia posoperatoria,

refiere que al cuarto día es cuando el paciente empieza a presentar deposiciones semilíquidas y que nunca presentó melenas. Sin embargo, la historia clínica recoge en el seguimiento de Enfermería del día 17 de febrero la existencia de deposiciones tipo melenas, y el 18 también constan deposiciones líquidas abundantes, aunque de aspecto normal. Por su parte, la Inspección Médica se limita a hacer unas calificaciones genéricas, sin analizar de manera concreta la asistencia prestada entre los días 17 a 20 de febrero, lo que no permite saber si existían síntomas que hubieran requerido algún tipo de tratamiento como sostiene el reclamante o, por el contrario, los datos de las analíticas no mostraban signos de alarma inicial, pese a las características de las deposiciones.

Por tanto, para un fundado pronunciamiento sobre la existencia de relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada y el fallecimiento por el que se reclama, así como, en su caso, la existencia o no de antijuridicidad, resulta necesaria una instrucción más exhaustiva del procedimiento, siendo aconsejable recabar informes médicos más precisos, preferentemente de especialistas, retrotrayendo a tal efecto el procedimiento para, posteriormente, conceder nuevo trámite de audiencia.

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

### **CONCLUSIÓN**

Procede la retroacción del procedimiento en los términos expuestos en nuestra consideración última.

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 25 de abril de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 225/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid