

Dictamen nº: **266/19**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **20.06.19**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 20 de junio de 2019, 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 su marido y padre, D. como consecuencia de una cirugía realizada en el Hospital Universitario de Móstoles y la asistencia sanitaria prestada en el Hospital Universitario Fundación de Alcorcón.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 21 de abril de 2017, las personas citadas en el encabezamiento presentaron en el Registro del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) una reclamación de responsabilidad patrimonial.

Refieren que, el día 14 de junio de 2016, el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario de Móstoles (en adelante, HUM), realizó a su familiar, que entró fuerte y sin ninguna manifestación clínica de la enfermedad, una hepatectomía del lóbulo derecho. La cirugía duró nueve horas.

Aseveran que su familiar tuvo dos complicaciones vasculares:

1. Intraoperatoria: lesión de la cava con shock hemorrágico, que se les ocultó a la salida del quirófano por el jefe de Servicio.

2. Postoperatoria: A las 36-48 horas, trombo arterial en miembro inferior derecho, que terminó en amputación por no diagnosticarlo a tiempo y no realizar el traslado con la urgencia que correspondía a una complicación postquirúrgica grave,

Consideran que la cirugía de hígado ha de realizarse en unidades especializadas y que la garantía de éxito depende, en gran medida, de la experiencia de equipo quirúrgico que la realiza. Aseveran que autorizar a hospitales de segundo nivel, como el HUM, a realizar este tipo de intervenciones es una gran imprudencia, pues no dispone de Servicio de Cirugía Vascular para solventar una complicación de este tipo que es frecuente. Preguntan cuántas hepatectomías se hacen en ese hospital y señalan que a su familiar le *“picaron la cava (equipo inexperto...)”* y tardaron mucho en resolverlo, perdió muchísima sangre lo que le ocasionó hipovolemia, el shock hemorrágico y que saliera de quirófano grave y con fallo multiorgánico. Afirman que, si la operación se hubiera realizado en un hospital con los medios suficientes y en una unidad especializada, la complicación la hubieran resuelto en el momento, no se hubiera desangrado en el quirófano y su familiar estaría vivo.

Por otro lado, relatan que el día 16 de junio, su familiar sufrió un trombo arterial en la pierna derecha. Desde la mañana a primera hora que ya tenía el pie frío hasta pasadas las 17.00 horas no se le hizo ninguna prueba diagnóstica (angioTAC) y después no activaron el protocolo de traslado de forma eficaz. Así, estuvo veinticuatro horas con una pierna isquémica, lo que le complicó toda la evolución posterior y terminó en amputación. Señalan que es una falta muy grave el retraso tanto en el diagnóstico de una complicación postquirúrgica grave como en el traslado. Afirman que este fallecimiento por falta de medios es

suficiente para que se inhabilite a ese hospital a realizar este tipo de cirugías y que todos los ciudadanos de la Comunidad de Madrid se merecen el mismo trato y el acceso a equipos quirúrgicos que garanticen una cirugía segura, más existiendo el área única.

Denuncian también la, a su juicio, falta de previsión, de medios y de información por parte del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del HUM, pues el doctor que le intervino, a la salida de quirófano, les ocultó todas las complicaciones, dijo que todo había ido bien y que si no había ninguna complicación, en 10-15 días estaba en casa, cuando él sabía que su familiar salía gravísimo. Ocultar información es algo que considera gravísimo, también. Manifiestan que les siguen ocultando información, pues han solicitado en dos ocasiones la historia clínica y nunca les han facilitado el parte de quirófano.

Por otra parte, reclaman contra el Hospital Universitario Fundación de Alcorcón (en adelante, HUFA), Servicio de Reanimación y Anestesia, por llevar a cabo una sedación terminal sin consentimiento del paciente ni de la familia, que se opuso en todo momento. Consideran que se vulneraron las normas de buenas prácticas en cuanto a sedación terminal por parte de facultativos y enfermeras e incluso a su forma de ver, pudo haber sobredosis de sustancias excesivas para su fin. Reprochan, asimismo, la falta de humanidad con la que fueron tratados en todo momento.

Refieren que, “tras tres meses de lucha y padecimiento en la Unidad de Reanimación del HUFA, en un cuarto dentro de la REA sin ventana, donde el sufrimiento de su padre y de la familia fue brutal, su padre falleció bajo sedación terminal el 13 de septiembre de 2016”.

Aseguran que el estrés postraumático que tiene la familia es indescriptible y reclaman por el sufrimiento de su familiar y su vida y por los daños morales ocasionados a la esposa e hijas, 2.000.000 € “o lo

que contemple la ley en estos casos, pues desconocemos cuánto vale la vida de una persona para la Administración”.

Aportaron un relato familiar de los hechos, los documentos nacionales de identidad de las reclamantes, el Libro de Familia y la historia clínica del fallecido.

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

El paciente que contaba con antecedentes personales de hipertensión arterial e hipercolesterolemia fue diagnosticado de cáncer de colon izquierdo en febrero de 2013 y se le realizó una hemicolectomía izquierda. En septiembre de 2013 fue diagnosticado de adenocarcinoma de colon derecho que fue tratado con hemicolectomía derecha seguida de tratamiento quimioterápico.

Por elevación de marcadores tumorales, se le diagnosticó extensión de la enfermedad oncológica con aparición de tres metástasis hepáticas.

El 26 de mayo de 2016 acudió a consulta de Cirugía y firmó el consentimiento informado para resección hepática por cirugía abierta entre cuyos riesgos se contemplaban: infección o sangrado de la herida quirúrgica, flebitis, derrame pleural así como sangrado o infección intraabdominal. Se advertía, asimismo, que estas complicaciones se resolvían con tratamiento médico y a veces se precisaba la realización de otras pruebas, pero podían llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente podía producirse la muerte. En cuanto a las alternativas se exponía que, en algunos casos, se podían intentar otros tratamientos (quimioterapia, radiofrecuencia), *“pero en su caso pensamos que la mejor alternativa es la cirugía”.*

El 14 de junio de 2016, cuando contaba con 70 años de edad, se le realizó hepatectomía derecha en el HUM. El protocolo quirúrgico de la hepatectomía derecha reglada, eventroplastia (Chevrel) consistió en:

“- Hepatectomía derecha: Liberación de adherencias. Sección de ligamento falciforme, triangular derecho y coronario. Disección del Calot, disección y sección de cond. y art. císticos. Disección de los elementos del pedículo hepático, identificando la bifurcación de los elementos derechos e izquierdos. Sección de los elementos vasculares derechos (art. hepática y porta, doble ligadura). Se referencia vía biliar derecha con vessel-loop. Demarcación de línea de sección parenquimatosa. Sección parenquimatosa con Cavitron-CUSA y Harmónico (puntos de hemostasia con tycron 2/0 y ligaduras de seda 3/0). Sección de la vía biliar derecha intraparenquimatosa. Control y sección (doble ligadura) de V. suprahepática derecha a nivel intraparenquimatoso. Sangrado de vena hepática directa a Cava que se controla (prolene 3/0). Comprobación de hemostasia y biliostasia. Tachosyl (x3) en plano de sección. Drenajes tipo Blake n° 19: ...”.

Durante la cirugía se administraron cuatro unidades de concentrado de hematíes y en las horas siguientes, estuvo hemodinámicamente inestable con necesidad de drogas vasoactivas e inotrópicos (Noradrenalina y Dobutamina que se retiró por hipotensión arterial).

En el postoperatorio inmediato estuvo afebril, con elevación marcada de leucocitos y desviación izquierda (2% cayados), con valores de Procalcitonina de hasta 9, se inició tratamiento antibiótico desde el 16 de junio de 2016. Se encontraba en situación de fallo renal agudo con creatinina sérica de 2 mg% y aceptable volumen urinario.

En el postoperatorio precoz, el 16 de junio de 2016, estando en Reanimación del Servicio de Anestesiología del HUM, se detectó isquemia de miembro inferior derecho, motivo por el que sus médicos se pusieron en contacto con el Servicio de Cirugía Vascular del HUFA para su traslado, diagnóstico y tratamiento.

Se trasladó al HUFA e ingresó en la sala de Reanimación de la Unidad de Anestesia el 17 de junio de 2016 a las 10:00 horas.

Con el diagnóstico al ingreso de isquemia de miembro inferior derecho en el postoperatorio de hepatectomía derecha por metástasis hepáticas de cáncer de colon, el paciente se encontraba sedado y analgesiado con Midazolam y Morfina. Se realizó electrocardiograma, se tomó la presión arterial. Se encontraba intubado y en ventilación mecánica con control de volumen. En la radiografía de tórax se observó aireación correcta ambos hemitórax, derrame pleural derecho, vía central y TET bien situados, ausencia de condensaciones. Abdomen blando y depresible con dos drenajes de contenido escaso y aspecto serohemático. Llevaba colocada una SNG sin aspiración con escaso contenido bilioso. Afebril. Se mantuvo inicialmente la misma estrategia antibiótica.

El Servicio de Cirugía Vascular decidió intervenirle para intentar la revascularización del miembro inferior derecho que presentaba isquemia evolucionada, de modo que, el mismo día de su ingreso en el HUFA, 17 de junio de 2016, mediante abordaje contralateral, se le recanalizó la arteria ilíaca externa en toda su longitud, implantando un stent desde su inicio enrasado a la arteria hipogástrica hasta la femoral común. Permeabilidad arterial troncular a través de la arteria tibial posterior. Recanalización en el pie de la arteria pedial. Adicionalmente se realizó fasciotomía del compartimento tibial anterior por alta probabilidad de edema de reperfusión y síndrome compartimental.

Tras la cirugía, se le trasladó de nuevo a Reanimación en ventilación mecánica, en situación de fallo renal y hepático. Se iniciaron estrategias de protección renal ante el riesgo de rabdomiolisis y mioglobinuria. Se detectó elevación de TnIc (Troponina I cardíaca) en el postoperatorio inmediato hasta 4,0 ng/ml. El electrocardiograma no mostró signos de isquemia aguda y en la ecografía transtorácica no se detectaron alteraciones regionales de la contractilidad sino únicamente un patrón hiperdinámico.

La evolución en Reanimación fue la siguiente:

- Mala evolución clínica de la isquemia del miembro inferior derecho (MID), con situación irreversible del compartimento tibial anterior en situación de necrosis completa de todos los fascículos musculares, dejando expuesto tanto la membrana interósea como la diáfisis tibial. El día 28 de junio de 2016, el cirujano vascular considera que la situación del MID es absolutamente irreversible por lo que se realiza amputación supracondílea.

- Disfunción hepática manifestada como fallo de excreción biliar con incremento de las cifras de bilirrubina conjugada hasta 18 mg/dL que se encontraba en fase de descenso muy progresivo con colemia de 7-8 mg/dL. Todos los estudios hepáticos muestran ausencia de obstrucción biliar y un adecuado flujo portal y a través de la arteria hepática. El último TAC abdominal de 22 de agosto de 2016 muestra una pobre recuperación de la masa hepática y aumento de tamaño del bazo respecto al TAC previo del 21 de junio con áreas de hipodensidad periféricas en relación con trastornos perfusionales.

- Situación de fallo renal agudo desde el ingreso que requiere muy precozmente técnicas de depuración extrarrenal continua de forma ininterrumpida durante todo el ingreso. En algún período, debido a la situación más estable del paciente, se realizó diálisis intermitente, en

concreto, desde el 26 de julio de 2016 al 6 de agosto de 2016 coincidente con una mejoría en la función respiratoria del paciente que permitía su traslado a la sala de diálisis. Desde entonces en “HDFWC”. El paciente ha estado en anuria de forma continua.

- Fracaso respiratorio tipo distrés respiratorio con hipoxemia grave durante los primeros días. La situación respiratoria mejora progresivamente hasta que el día 7 de julio de 2016 se extuba tras 48 horas en respiración espontánea. Aunque se aplica ventilación mecánica no invasiva con careta facial desde la extubación y en los días siguientes, el paciente no es capaz de mantener la respiración espontánea con hipoxemia y atelectasia progresivas y es preciso volver a intubar la tráquea el día 12 de julio de 2016 con presencia de atelectasia masiva del pulmón derecho que, una vez intubado, se reexpande mediante fibrobroncoscopia. El día 15 de julio de 2016 se realiza traqueotomía percutánea sin incidencias bajo control endoscópico. Desde ese momento, el paciente ha tenido momentos de soporte respiratorio parcial, presentando períodos de respiración espontánea e, incluso, llegando a permitir el cierre de la cánula y la fonación, sin embargo cada uno de estos períodos ha terminado en fracaso, bien sea por la aparición de fiebre, infección respiratoria, fibrilación auricular paroxística o de hipoxemia por colapso alveolar. Se ha intentado optimizar la situación respiratoria mediante drenaje del derrame pleural para facilitar al máximo la desconexión de la ventilación mecánica.

- Gastritis hemorrágica e isquemia intestinal. El día 3 de julio de 2016 presenta un cuadro de hemorragia digestiva con hematemesis, melenas y rectorragia. En la endoscopia realizada se objetivó una pan-gastritis grave con una úlcera gástrica por lo que se realizó una escleroterapia endoscópica con la colocación de hemoclips. En la colonoscopia se visualizaron signos compatibles con colitis isquémica

leve que posteriormente se confirman en el TAC abdominal y que se manejó con tratamiento conservador.

- Infección recurrente por *Pseudomona Aeruginosa* multirresistente. Desde el momento del diagnóstico microbiológico se ha aislado al paciente, se han aplicado medidas de descolonización y se han aplicado varias líneas de tratamiento antibiótico, tanto por vía intravenosa como nebulizada por vía respiratoria. Según los informes de Medicina Preventiva, nunca ha estado libre de la colonización por este germen.

- Situación de fracaso hemodinámico. A lo largo de los casi tres meses de ingreso en esa unidad, presenta episodios repetidos de hipotensión arterial y/o shock con necesidad de Noradrenalina. Presencia de derrame pericárdico importante pero que no producía restricción al llenado ventricular. El 4 de agosto de 2016, presentó el primer episodio de fibrilación auricular paroxística, la mayor parte de los cuales se han podido revertir a ritmo sinusal pero que se han venido repitiendo hasta su fallecimiento.

En los días previos al fallecimiento, el paciente se encontraba sedado, en ventilación mecánica, en fallo renal establecido y en situación de shock profundo no reactivo a la administración de catecolaminas. En esta situación clínica se acordó no realizar medidas terapéuticas adicionales en vista de lo irreversible de la situación.

El 13 de septiembre de 2016 se produjo el fallecimiento del paciente. Los facultativos solicitaron autorización para la realización de la autopsia clínica pero los familiares no aceptaron.

Figuran en el informe de alta por *exitus* los siguientes diagnósticos: hipertensión arterial. Cáncer de colon izquierdo. Hemicolectomía izquierda. Cáncer de colon derecho. Hemicolectomía derecha.

Metástasis hepáticas de cáncer de colon. Hepatectomía derecha en H. de Móstoles. Complicaciones perioperatorias (shock hemorrágico. Politransfusión. Isquemia MID: colocación stent arterial. Isquemia irreversible MID y síndrome compartimental irreversible. Amputación supracondílea. Fallo hepático postoperatorio tipo alteración excreción biliar. Fallo renal agudo anúrico establecido. Necesidad de depuración extrarrenal. Fallo respiratorio postoperatorio. Ventilación mecánica prolongada. Infección respiratoria, bacteriemia, sepsis y shock séptico por *Pseudomona Aeruginosa* multi-resistente. Fibrilación auricular paroxística recurrente).

TERCERO.- Presentada la reclamación, se notificó a las reclamantes su recepción y admisión a trámite y se les informó acerca de las normas que regulan el procedimiento.

Se ha incorporado la historia clínica del HUM y del HUFA.

La aseguradora del SERMAS acusó recibo de la declaración del siniestro que le había sido remitida.

Figura en el expediente el informe emitido el 15 de junio de 2017 por el Servicio de Cirugía General del HUM en el que se manifiesta que el paciente fue atendido en consultas externas de Cirugía en dos ocasiones (18 y 26 de mayo de 2016), y se le entregó el documento de Consentimiento Informado para Resección Hepática por Cirugía Abierta que el paciente firmó con fecha 26 de mayo de 2016, habiéndose informado al paciente y atendido a sus preguntas en relación con su proceso en dichas ocasiones. Además, el jefe de Servicio les citó *“pues acostumbra recibir en su despacho personalmente a todos aquellos pacientes que se van a someter a intervenciones mayores con elevado riesgo quirúrgico. Y que dicha entrevista tenía como objetivo hacerles conscientes de la magnitud de la intervención y tener la certeza de su conocimiento, precisamente para evitar estos malentendidos. Por tanto*

entendemos que el paciente había recibido la información y atención oportuna de forma preoperatoria”.

Aportan el protocolo completo de la intervención quirúrgica que transcriben y destacan, en referencia al sangrado, que se menciona: “*sangrado de vena hepática directa a Cava que se controla (prolene 3/0)*” y explican que dichas venas son tributarias directas del hígado a la vena cava y que su calibre es de apenas 1-2 mm de diámetro. Que se le transfundieron cuatro concentrados de hematíes, hecho contemplado en una cirugía hepática mayor y en el documento de consentimiento informado.

En respuesta a los comentarios sobre la capacidad del centro para realizar esas intervenciones, informan que la cirugía hepática está dentro de la cartera de actividades del Servicio de Cirugía desde el inicio de la andadura del hospital, contando con el respaldo de la Dirección Médica del centro, que está al corriente de los medios y recursos utilizados en quirófano para esta clase de intervenciones y en concreto, del empleo de la tecnología de aspiración ultrasónica hepática -CUSA-.

Asimismo, se ha unido el informe de la Unidad de Medicina Preventiva en el que se indica que el paciente fue evaluado el 7 de julio de 2016, aislado en habitación individual hasta el día 13 de septiembre, con prescripción de aislamiento de contacto y seguido durante ese tiempo. Señala el tratamiento que se le prescribió y que permaneció colonizado durante todo el periodo de estudio, en aislamiento en habitación individual y con precauciones de contacto al atenderlo hasta el día de su fallecimiento.

Figura el informe del jefe de la Unidad de Anestesia del HUFA, sin fecha, en el que manifiesta que, desde el primer momento se aplicaron en el paciente todas y cada una de las medidas que el equipo médico dictaminó, siempre resultantes de la discusión y consenso obtenido en

reuniones diarias multidisciplinarias que incluían anestesiólogos y cirujanos, utilizando todos los recursos humanos, técnicos y “arquitectónicos” disponibles en el HUFA para el mejor cuidado de los enfermos. Además, afirmó de “*manera rotunda*” que la familia fue atendida de la mejor manera posible y que, si acaso, se les dio un trato discriminatorio por positivo ya que se les autorizó a permanecer con el paciente durante más tiempo del que establecen las normas de visitas de Reanimación. La información que se le proporcionó a la familia de forma diaria fue exhaustiva y recurrente. Y añadió: “*Hasta donde yo sé, jamás se negó información respecto al estado del paciente*”.

Asimismo, obra en el expediente un informe emitido el 22 de mayo de 2017 por el jefe de Unidad de Cirugía Vascular del HUFA en el que describe la asistencia prestada con explicación de la intervención que se le realizó (recanalización de la arteria iliaca derecha con implante de un stent) y de la evolución posterior en la que:

“el pie resultó excelentemente revascularizado, no así la masa muscular tibial anterior, que evolucionó hacia la necrosis completa. En esta situación, el paciente hubiera necesitado grandes intervenciones con postoperatorio complicado e incierto, ya que presentaba gran pérdida de tejido con exposición de amplias superficies óseas. Por este motivo se planteó a la familia que, dado que el estado general del paciente era bastante grave, y no nos permitía acciones muy agresivas, la mejor opción sería, probablemente, una amputación mayor de la extremidad. Esta intervención se llevó a cabo cuando el estado general del paciente lo permitió, según la valoración del Servicio de Anestesia”.

La Inspección Sanitaria solicitó al HUM el Registro de Enfermería del Bloque Quirúrgico (hoja circulante) y el informe del anestesta, documentación que fue remitida el 16 de octubre de 2017.

El 18 de octubre de 2017 informó la Inspección Sanitaria que, después de analizar los hechos y realizar una serie de consideraciones médicas, concluyó que la asistencia sanitaria fue correcta según los criterios de la *lex artis ad hoc*.

Se concedió el trámite de audiencia a las reclamantes que presentaron alegaciones en las que manifestaron su desacuerdo con la conclusión de la Inspección Sanitaria, reiteraron nuevamente sus reproches, incidieron en la falta de capacidad del HUM para realizar esa cirugía sin tener Servicio de Cirugía Vascular, en que era una cirugía de muy alto riesgo, en que no se les informó y en que el documento de consentimiento que se les facilitó no recogía todos los extremos. Puntualiza que la falta de transparencia y la ocultación de información corresponde al HUM no al HUFA, en donde les informaban diariamente, incluso alguna vez por la tarde, del estado clínico del paciente y nuevamente indican que les han ocultado información sobre lo sucedido en el quirófano, que no se ha aportado la hoja circulante de quirófano y que el paciente tuvo un sangrado descontrolado que complicó su situación. Afirman que las cuarenta y ocho horas que tardaron en resolver la grave complicación (trombo arterial) fue un tiempo excesivo que comprometió la evolución posterior del paciente pues la isquemia se inició el 15 de junio a las 9:51 horas de la mañana y veinticuatro horas después, a las 10:16 horas de la mañana, se anotó por Anestesia que persistía la mala perfusión, ahora del pie derecho. Hasta las 14:00 horas no se le realizó un eco-doppler, por la tarde el angiotac y, finalmente, no se autorizó el traslado hasta el turno de noche. Afirman que le pusieron una sedación excesiva.

Asimismo, solicitaron que se informase sobre cuántas cirugías de ese tipo realizan al año en el HUM, la tasa de supervivencia a los seis meses y comparativa con otro hospital así como los plazos estipulados para resolver una complicación del tipo de la que sufrió su familiar y

que se aportaran los partes de enfermería de la noche del 12 de septiembre de 2016.

Figuran incorporadas al expediente, notas de enfermería de 12 y 13 de septiembre de 2016, informe de 3 de mayo de 2018 del Servicio de Cirugía General del HUM en el que se indica, en relación con las cirugías hepáticas realizadas en su centro que, según el Servicio de Admisión y Documentación Clínica, en los años 2016 y 2017 se realizaron 71 procedimientos hepáticos (36 en ambos lóbulos, 19 en LHD y 16 en LHI). Indican que los datos de supervivencia a seis meses no les han sido facilitados.

Asimismo, figura incorporado informe de 18 de junio de 2018 del jefe de Unidad de Cirugía Vascular del HUFA en el que manifiesta que el cirujano vascular fue avisado por la noche, no a las 14.00 horas y dado el gravísimo estado general del paciente con fallo multiorgánico y la inestabilidad hemodinámica, se tomó la decisión de intentar estabilizarle antes del traslado pues este podía agravar aún más su estado. Por tanto,

“aunque el retraso desde la aparición de la clínica puedan ser más de 24 horas, no fueron más de 10 desde que se nos informó hasta que se pidió que se hiciera el traslado a las 8:00 de la mañana.

El cuadro de isquemia se limitaba al compartimento tibial anterior, lo que difícilmente puede inestabilizar al paciente. Lo que sí es cierto es que un paciente con una oclusión iliaca CRÓNICA y necesidad de altas dosis de fármacos vasoactivos (noradrenalina) puede presentar signos de mala perfusión distal, que habitualmente no se traducen en la pérdida de la extremidad.

Respecto a la pregunta concreta, los plazos para resolver una isquemia, estos dependen mucho de la etiología de la misma. Si bien es cierto que para los cuadros de isquemia aguda por embolia se

recomiendan menos de 12 horas, también dependiendo de la localización; los cuadros de trombosis arterial crónica agravados por medicación vasoactiva, no tienen unos plazos establecidos, ya que lo más frecuente es que no sea precisa intervención.

En todo caso, no se debe olvidar el cuadro general del paciente y la extrema fragilidad clínica que presentaba, ya que cualquier actitud excesivamente agresiva pondría en peligro la vida del paciente. Esta situación es de vital importancia a la hora de tomar una decisión de traslado e intervención, y es lo que se tuvo en cuenta en este caso concreto”.

Mediante oficio de 16 de julio de 2018 se concedió nuevo trámite de audiencia a las reclamantes que reiteraron sus reproches a la asistencia sanitaria prestada en ambos hospitales y consideran que no se ha dado respuesta a sus reproches ni a sus solicitudes de información.

El 18 de julio de 2018 se concedió el trámite de audiencia al HUFA que mediante escrito de 19 de julio de 2018 manifestó que no iba a realizar alegaciones.

El 25 de febrero de 2019, el viceconsejero de Sanidad formuló propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación.

CUARTO.- Por escrito del viceconsejero de Sanidad con fecha de entrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid el día 6 de marzo de 2019, se formuló preceptiva consulta a este órgano, que se registró con el nº 118/19, cuyo conocimiento ha correspondido a la letrada vocal Dña. M^a del Pilar Rubio Pérez de Acevedo que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por unanimidad por el Pleno de este órgano consultivo en su sesión de 20 de junio de 2019.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo estaba acompañado de documentación -en soporte CD-, adecuadamente numerada y foliada. No obstante, se solicitaron diversas páginas del expediente por resultar ilegibles, documentación que fue remitida a este órgano consultivo el 11 de junio de 2019.

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 quince mil euros a solicitud del órgano legitimado para ello, de conformidad con 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).

SEGUNDA.- La tramitación del presente procedimiento de responsabilidad patrimonial, dada la fecha de su presentación, se rige por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común (en lo sucesivo, LPAC) y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP).

Las reclamantes están legitimadas activamente al amparo del artículo 32.1 de la LRJSP y el artículo 4 de la LPAC por haber sufrido un daño moral por el fallecimiento de su marido y padre, que atribuyen al mal funcionamiento del servicio público sanitario.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid en cuanto titular del servicio a cuyo funcionamiento se vincula el daño, tanto en el caso del HUM como en el supuesto del HUFA.

El plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo (artículo 67.1 de la LPAC). En el presente caso, el fallecimiento se produjo el 13 de septiembre de 2016 por lo que la reclamación presentada el día 21 de abril de 2017 se ha formulado dentro del plazo legalmente establecido.

En relación con el procedimiento, se ha recabado informe de los servicios a los que se imputa la producción del daño (*ex* artículo 81 de la LPAC), el instructor ha solicitado un informe a la Inspección Sanitaria y se ha incorporado la historia clínica, se ha concedido el trámite de audiencia y, finalmente, en los términos previstos en el artículo 91 de la LPAC, se ha dictado propuesta de resolución desestimatoria al considerar correcta la asistencia sanitaria prestada.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido trámite alguno que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 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 en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP.

Tiene declarado el Tribunal Supremo, por todas, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 6 de abril de 2016 (r. c. 2611/2014), que la viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración 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 de los servicios públicos en una relación directa, inmediata y exclusiva de causa-efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal;

c) ausencia de fuerza mayor, y

d) que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Sobre el concepto de lesión, la Sentencia de 16 de marzo de 2016 (r. c. 3033/2014), entre otras, destaca que es este concepto el que ha permitido configurar la institución de la responsabilidad patrimonial con las notas características de directa y objetiva, dando plena armonía a una institución como garantía de los derechos de los ciudadanos a no verse perjudicados de manera particular en la prestación de los servicios públicos que benefician a la colectividad, y que ese concepto de lesión se ha delimitado con la idea de constituir un daño antijurídico.

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 sanitario. La obligación del profesional sanitario es prestar la debida

asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Así, el Tribunal Supremo, en doctrina reiterada en numerosas ocasiones (por todas, la STS de 19 de mayo de 2015, r.c. 4397/2010) ha señalado que *“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”*.

CUARTA.- En el presente caso, las reclamantes dirigen su reproche al mal funcionamiento de la Administración Sanitaria pues consideran que la impericia, el retraso diagnóstico y en el traslado a otro hospital unido a la sedación terminal han provocado el fallecimiento de su familiar. Reprochan igualmente falta de información.

En primer lugar, ha de recordarse que, según el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, la carga de la prueba en los procedimientos de responsabilidad patrimonial corresponde a quien reclama sin perjuicio de que se pueda modular dicha carga en virtud del principio de facilidad probatoria. Como recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de junio de 2017 (r. 909/2014):

“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 (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 1985, 9 de junio de 1986, 22 de septiembre de 1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998), todo ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (sentencias Tribunal Supremo (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992, entre otras)”.

Es por tanto a las reclamantes a quienes incumbe probar mediante medios idóneos que la asistencia que se prestó no fue conforme a la *lex artis*, entendiendo por medios probatorios idóneos según la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de marzo de 2016 (r. 154/2013) *“las pruebas periciales medicas pues se está ante una cuestión eminentemente técnica y como este Tribunal carece de conocimientos técnicos-médicos necesarios debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos. En estos casos los órganos judiciales vienen obligados a decidir con tales medios de prueba empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica con el fin de zanjar el conflicto planteado”.*

Pues bien, en el presente caso las reclamantes más allá de sus afirmaciones no han incorporado al procedimiento prueba alguna que confirme que la atención que se le dispensó a su familiar fue contraria a la *lex artis*.

En contra de sus afirmaciones, figuran los informes de los distintos servicios que atendieron al paciente así como el informe de la Inspección Sanitaria corroborado por la historia clínica.

En el informe de Inspección se destaca que el paciente firmó el consentimiento informado en el que se le advertía de los riesgos de la intervención a la que iba a ser sometido, entre otros el sangrado y otras complicaciones como la flebitis (inflamación de las venas que suele ir acompañada de la formación de coágulos de sangre en su interior), en un paciente oncológico con cirugías previas.

Asimismo, como señala la propuesta de resolución, la familia fue informada de la evolución del paciente y suscribió los consentimientos informados relativos a las distintas pruebas e intervenciones que fueron necesario realizarle.

Además, la Inspección señala que en la intervención quirúrgica del HUM no se constata la existencia de incidencias en el tiempo quirúrgico distintas de las descritas en el resto de los informes.

En cuanto al reproche consistente en la existencia de retraso diagnóstico en la complicación, la Inspección destaca que no se ha constatado dicho retraso pues en la historia clínica figura anotado el 16 de junio de 2016 a las 14.17 horas que se realizó ecodoppler arterial, se pusieron en contacto con el Servicio de Cirugía Vascular del HUFA y se solicitó un angioTAC urgente, a pesar del deterioro ya existente de la función renal y que el paciente fue trasladado el día 17 de junio a las 8:00 horas.

El informe de la Unidad de Medicina Preventiva describe la asistencia prestada al paciente y la utilización de todos los medios a su alcance para lograr la curación del enfermo y evitar el contagio de otros pacientes.

En este sentido, el Tribunal Supremo, entre otras, en Sentencia de 16 de marzo de 2016 (r. c. 2228/2014) señala: *“la asistencia sanitaria es una obligación de medios y no de resultados, de modo que no puede apreciarse responsabilidad cuando se han empleado las técnicas y los instrumentos de que se dispone. Y es precisamente lo acaecido en este caso, en el que se han ido poniendo los medios adecuados, realizando pruebas diagnósticas, acordes con lo que sugerían, desde el punto de vista médico, las diferentes dolencias del recurrente”*.

En cuanto al reproche de sedación terminal sin consentimiento del paciente ni de la familia, la Inspección Sanitaria afirma que no se ha constatado que existiera *“una sedación terminal”*, sino que precisó dicha sedación por las complicaciones clínicas existentes, realizándose pausas en dicha sedación cuando la situación del paciente lo permitía.

Asimismo, respecto a la alegada *“oposición de la familia”* la Inspección destaca las siguientes anotaciones realizadas en la documentación clínica aportada:

“- 11/09/2016 (11:03): 86º día en Reanimación. Situación global de extrema gravedad. Explico a la familia el pronóstico infausto del paciente y la posibilidad de limitar las opciones terapéuticas en este momento.

- 12/09/2016 (11:11): Extrema gravedad. Sedado con Propofol y Midazolam.

- Se comunica a la familia el pronóstico ominoso en las próximas horas y se decide en consenso no prolongar con medidas extraordinarias.

- (20:24): Sin cambios clínicos. La familia no llega a aceptar la situación. Solicitan que se reinicien medidas de soporte extraordinario (soporte renal). Explico una vez más la irreversibilidad

de la situación y la decisión colegiada de no alargar la agonía para evitar ensañamiento terapéutico.

- 13/09/2016 (09:37): Situación irreversible de fallo multiorgánico.

- Consensuadas todas las decisiones por el equipo médico en sesión clínica, explico a la familia que en esta situación las medidas indicadas son garantizar el absoluto confort del paciente con sedación adecuada (Propofol más Midazolam a 10 ml/h) y ajustar FiO2 de oxígeno al 21%

- Exitus a las 11:35 h. Solicitamos autorización para realizar autopsia clínica a la familia. (...). 12:30 h: la familia no quiere que se realice la autopsia...)"

Una vez analizada la asistencia sanitaria, la Inspección concluye que fue correcta según los criterios de la *lex artis ad hoc*.

A esta conclusión, pues, debemos atenernos, dada la relevancia que, en línea con la jurisprudencia, solemos otorgar a los informes de la Inspección Sanitaria, cuyas consideraciones en este caso no han sido desvirtuadas por las reclamantes. En este sentido, entre otras muchas, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 22 de junio de 2017 (r. 1045/2012), en relación con los informes de la Inspección Sanitaria, afirma que:

“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 presentada al no haberse acreditado la existencia de mala praxis en la atención dispensada al familiar de las reclamantes.

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 20 de junio de 2019

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 266/19

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid