

Dictamen nº: **102/20**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **28.04.20**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 28 de abril de 2020, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en relación con la reclamación formulada por Dña., Dña., Dña. y Dña. (en adelante “*las reclamantes*”) por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su esposo y padre D. y que atribuyen a un retraso de diagnóstico de un cáncer de colon en el Hospital Universitario Fundación de Alcorcón (HUFA) y el Centro de Salud Dr. Pedro Laín Entralgo.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Las reclamantes presentaron el 13 de febrero de 2018 en el registro electrónico de la Comunidad de Madrid un escrito en el que formulan una reclamación por la atención sanitaria prestada en el HUFA y el Centro de Salud Dr. Pedro Laín Entralgo.

En el citado escrito exponen que su familiar fue diagnosticado en 2011 de una neoplasia linfoide que fue tratada con quimioterapia, si bien en 2014 el proceso permanecía por lo que estaba en vigilancia médica constante.

En 2014 fue diagnosticado de un carcinoma epidermoide de alto riesgo en pabellón auricular con invasión perineural que fue extirpado y recibió radioterapia.

Consideran las reclamantes que de ello se desprende que su familiar tenía predisposición a sufrir “*mutaciones cancerígenas*” con un alto riesgo de sufrir eventuales infiltraciones de su enfermedad hacia otros órganos por lo que era fundamental la realización de *screenings* completos.

Tras esta introducción, exponen que era responsabilidad del Servicio de Hematología pedir todas las pruebas y efectuar todas las derivaciones necesarias para el seguimiento global del paciente.

Señala que, desde los 69 años de edad, el familiar de los reclamantes padecía problemas intestinales, con dolor en el hemiabdomen, estreñimiento y abdomen inflamado con un cansancio extremo que le hacía pasar todos los días en la cama.

En marzo de 2017 pusieron esos síntomas en conocimiento de su hematóloga y del jefe de dicho Servicio expresando sus preocupaciones. Pese a ello, la hematóloga se limitó a pautar un cocktail de medicamentos, la realización de un TAC que el radiólogo consideró normal (lo cual ponen en duda) y a citarle para revisión tres meses después.

En junio de 2017 el paciente volvió a consulta con los mismos síntomas a los que sumaba astenia, pero la facultativa no practicó ninguna prueba ni le derivó a un especialista en Oncología o Digestivo, realizando una exploración “*superficial*”, prescribiendo los mismos medicamentos a los que añadió uno para el estreñimiento.

Añade que la situación era también infravalorada por su médico de Atención Primaria por lo que solicitó un cambio de médico y el

nuevo facultativo el 13 de junio de 2017 recogió que padecía una epigastralgia de unas semanas junto con pirosis y reflujo coincidiendo con el abandono de omeprazol y reiniciando este tratamiento, sin realizar ninguna investigación de las causas de la epigastralgia ni de la anemia.

En junio de ese año la Comunidad de Madrid ofreció al familiar de los reclamantes participar en unas pruebas de detección precoz del cáncer de tal forma que el 23 de junio de 2017 se realizó en el Centro de Salud Laín Entralgo una prueba de sangre oculta en heces que resulto positiva.

El 21 de julio se realizó una colonoscopia que no se pudo culminar por existir una lesión estenosante de colon por lo que se realizó una biopsia de mucosa colorrectal en la que se diagnosticó un adenocarcinoma de colon célula en anillo del sello y con metástasis que fue confirmado en TAC el 26 de julio.

El Servicio de Cirugía programó una hemicolectomía laparoscópica pero la sintomatología se agravó acudiendo al hospital el 16 de agosto de 2017 y falleciendo el 27 de agosto siguiente.

Consideran que ha existido un déficit de atención sanitaria que se demuestra por el hecho de que la propia Comunidad de Madrid recomiende una prueba que no se había practicado al paciente, pese a la existencia de factores de riesgo.

Entienden que no cabe negar la responsabilidad de la misma manera que no cabe negar la responsabilidad por el “*asesinato de un paciente en un hospital*” si iba a morir en unos días (sic). Considera igualmente que no debe pesar sobre los reclamantes la carga de la prueba.

Por ello, y a la vista de la relación causa efecto del fallecimiento del familiar de los reclamantes con la asistencia sanitaria prestada, reclaman las siguientes cantidades:

Perjuicio personal básico

Cónyuge 117.216, 67 euros

Cada una de las hijas 20.000 euros.

Perjuicio personal particular

Cónyuge (discapacidad física del 57%) 50.403,17 euros

Perjuicio patrimonial

Cónyuge 400 euros (daño emergente), 15.996 euros (lucro cesante)

Cada una de las hijas 400 euros (daño emergente)

Todo ello hace que se reclame una indemnización de 245.185, 84 euros.

Aportan diversa documentación sanitaria y reconocimiento de grado de discapacidad

SEGUNDO.- En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo al que se han incorporado las historias clínicas del HUFA y del Centro de Salud Dr. Pedro Laín Entralgo ha puesto de manifiesto los siguientes hechos.

El familiar de los reclamantes, nacido en 1947, fue diagnosticado en septiembre de 2011 por la Unidad de Hematología del HUFA de un linfoma No-Hodgkin linfocítico de células pequeñas estadio IV –B con pico monoclonal asociado.

Tras estudios múltiples de extensión, (aspirado, estudio citogenético y biopsia de medula ósea, TC laringe y cuello con/sin contraste , TAC torácico, gastroscopia, biopsia adenopatía axilar...) y con hallazgos de expresión periférica, afectación poliadenopática difusa cervical, proliferación de tejido linfoide en el anillo de Waldeyer, extensa afectación adenopática en tórax abdomen-pelvis y signos de infiltración difusa de medula ósea, se decidió tratamiento inmunoterápico realizado desde octubre de 2011 hasta abril de 2012.

Presentó una respuesta parcial al tratamiento con adenopatías cervicales, axilares y retroperitoneales, por lo que se decidió mantenimiento con Rituximab trimestral durante 2 años. Tras el mantenimiento persistía la respuesta parcial por lo que se continúan con revisiones periódicas en consulta de hematología cada 3 meses, mostrando buena situación clínica, estreñimiento en relación con el tratamiento para el dolor con opiáceos, controlado con laxantes.

En julio de 2014 en el Servicio de Dermatología le extirpan un carcinoma epidermoide de pabellón auricular derecho, completando el tratamiento con radioterapia

Fue visto en el Servicio de Urología en abril del 2015, a petición del Servicio de Hematología, porque en el informe del TAC se habla de hipertrofia de próstata, se realiza PSA de 4.24 mg /ml. En octubre se realiza ecografía transrectal y biopsia prostática, cuyo diagnóstico es de cilindros de tejido prostático sin signos de malignidad.

En la revisión efectuada en marzo de 2017 se objetivó una disminución de la cifra de Hb 10,8 g/dl, anemia normocítica normocrómica leve (nivel habitual 12- 13 g/dl) motivo por el que se decidió nueva reevaluación con prueba de imagen.

A la anamnesis refería buena situación clínica sin grandes cambios, afebril, no complicaciones infecciosas relevantes, no síndrome constitucional, aunque refiere astenia. Estreñimiento habitual que el paciente atribuye al tratamiento con opiáceos por la Unidad del Dolor, no refiere cambios del ritmo intestinal. Plaquetas sin cambios, no parece etiología carencial con perfil férrico y vitamina B12 normales y ácido fólico en límite bajo de la normalidad.

Se realiza TAC toraco-abdominal con contraste y TC laringe y cuello con y sin contraste el 23 de mayo de 2017 en el que se apreció un aumento global del número y tamaño de las adenopatías en espacios latero-cervicales, sobre todo en cadenas yugulares izquierdas y submandibulares, en espacios supraclaviculares, axilares bilaterales, mediastínicas, retroperitoneales, mesentéricas e inguinales bilaterales, congruentes con la sospecha clínica de progresión de su enfermedad de base. En el parénquima pulmonar no se apreciaron nódulos ni había derrame pleural o pericárdico. En el estudio abdominal además de los crecimientos ganglionares referido no se evidenciaron LOES hepatoesplénicas, ni se apreció aumento en el tamaño esplénico. Hernia inguinal izquierda sin signos de complicación. No había líquido libre ni otros hallazgos de nueva aparición. Por ello se recogió como conclusión la existencia de signos de progresión de la enfermedad.

Al interpretarse como datos de progresión del Linfoma no-Hodgkin B linfocítico de célula pequeñas por aumento de adenopatías con anemia leve, que no cumple criterios de tratamiento por lo que se decidió vigilancia estrecha con revisiones cada 3 meses.

En un screening de cáncer de colon de la Comunidad de Madrid (no solicitado por su MAP por presentar sintomatología) se seleccionó al paciente para realizar sangre oculta en heces, que resultó ser positiva.

Consta en la historia clínica de Atención primaria que el resultado del screening se recibe como positivo el 16 de junio de 2017 si bien se informa como 9999 ng/ml por problemas.

El 6 de julio de 2017 se solicita colonoscopia (folio 375) que se programa para el 21 de julio de 2017.

Dicho día se realizó la colonoscopia que resultó incompleta por lesión estenosante de colon transverso/ángulo hepático.

Tras la colonoscopia presentó un cuadro de rectorragia con hipotensión y acude a Urgencias el mismo día 21 de julio de 2017, es ingresado, con sueroterapia y transfusión de dos concentrados de hematies. El paciente fue estabilizado y es dado de alta a domicilio el día 23 de julio de 2017.

El resultado de la biopsia mostró un carcinoma en células en anillo de sello.

Se realiza TAC abdomino-pélvico sin y con contraste el 26 de julio de 2017 cuyos resultados son:

“En el tórax ambos parénquimas pulmonares son de características normales. Ausencia de derrame pleural. Múltiples adenopatías mediastínicas retroperitoneales ilíacas e inguinales bilaterales en relación con linfoma, ya conocido, estables. En colon ascendente se identifica un engrosamiento focal de las paredes de un segmento de 3 cm. Con borrosidad de la grasa adyacente, en relación con el adenocarcinoma de colon con células en anillo de sello conocido (probable T3 con afectación tumoral de la grasa peritoneal adyacente) Mínima adenopatía de 4 mm en la grasa adyacente al margen lateral del tumor, adyacente también al polo caudal de la vesícula biliar, inespecífica (probable N1). No se

identifican otras adenopatías sospechosas con el tumor de colon. Se identifica un dudoso engrosamiento de la pared medial del antro gástrico que podría estar en relación con gastritis antral, sin poder descartar afectación secundaria subyacente por linfoma o por tumor de colon referido. No se identifican LOES hepatoesplénicas ni visceromegalias. Moderada hipertrofia prostática. Cambios degenerativos en el esqueleto axial. Ateromatosis aortica calcificada. Resto del estudio no presenta alteraciones significativas ni cambios respecto al previo de mayo de 2017. Conclusión: compatible con adenocarcinoma de colon ascendente con células de anillo de sello conocido probable T3N1Mx.”.

A raíz de esa prueba de imagen, el 28 de julio de 2017 el Servicio de Cirugía General solicitó interconsulta a Hematología para mejora de rendimiento Hb perioperatorio y conocimiento de la situación del paciente.

El 8 de agosto de 2017 fue programado para hemicolectomía derecha, solicitando ECG, cita con anestesia y en la analítica de control marcadores tumorales normales.

El 16 de agosto de 2017 acude a Urgencias por dolor abdominal que en los últimos días se ha incrementado hasta ser “*insoportable*”, es un dolor continuo y localizado en hemiabdomen derecho, con náuseas, pero sin vómitos, refiere pérdida de apetito sin pérdida de peso asociada. No presenta tos ni disnea.

Se realizó con esa fecha un TAC de abdomen y pelvis con contraste intravenoso según protocolo, en el que se incluyen reconstrucciones sagitales y coronales y se comparó con el TAC de 26 de julio.

Se visualizó abundante líquido en compartimentos peritoneales supra e infra mesocólicos, de densidad cercana al agua, con realce peritoneal en algunas regiones, acompañándose de nodularidad y trabeculación del omento mayor, hallazgos compatibles con carcinomatosis peritoneal y ascitis como primera posibilidad diagnóstica sin poderse descartar en el contexto clínico del paciente una posible complicación infecciosa/inflamatoria sobreañadida. Persistía sin grandes cambios conglomerado adenopático retroperitoneal interaortocava de márgenes mal definidos que englobaba a los grandes vasos retroperitoneales: aorta abdominal, VCI incluyendo la salida de los vasos renales hasta la bifurcación de ambas iliacas, con los cuales se perdía el plano graso de clivaje en algunos puntos. Asimismo, se apreciaban otras adenopatías ovaladas de tamaño significativo, que tendían a encapsular los vasos intraperitoneales, del retroperitoneo superior e inguinales bilaterales, en relación con su trastorno linfoproliferativo conocido. No hepatomegalia ni esplenomegalia. Vesícula y vía biliar, páncreas, suprarrenales y vejiga sin hallazgos. Resto de hallazgos ya conocidos y sin grandes cambios: engrosamiento parietal asimétrico de colon ascendente /transverso en relación con tumor primario de colon, cambios postapendicectomía, quistes renales corticales simples, hernia inguinal indirecta izquierda engrosamiento de glándula prostática, moderada ateromatosis calcificada del eje aortoiliaco, oleomas glúteos calcificados, espondiloartrosis dorsolumbar.

Se recogía como conclusión la existencia de hallazgos sugestivos de carcinomatosis peritoneal con ascitis. El resto de hallazgos no presentaba grandes cambios respecto a TC previo.

Ingresó en Oncología, y fue valorado también por Cirugía, realizando paracentesis guiada por ecografía. En los sucesivos días

presentó mal estado general, con muy mal control del dolor y precisó paracentesis evacuadora para alivio sintomático.

Presentó una progresión rápida del adenocarcinoma de colon, que se atribuyó al linfoma ya que el adenocarcinoma no es en principio tan agresivo.

Se explicó la situación a la familia que se mostró conforme con la posible adopción de medidas de confort.

El deterioro clínico fue evidente con mal control de la analgesia que precisó morfina y sufrió fallo de la función renal con la consiguiente inviabilidad de tratamiento quirúrgico o quimioterápico.

Falleció el 27 de agosto de 2017.

TERCERO.- A raíz de la formulación del escrito de reclamación se ha instruido el correspondiente procedimiento de responsabilidad patrimonial y se han solicitado los informes que se consideraron pertinentes, de los que se destacan los siguientes particulares.

El 27 de febrero de 2018 se comunica la reclamación a la aseguradora de la Administración.

El 27 de febrero de 2018 emite informe el Área de Cirugía del HUFA en el que expone la asistencia prestada a familiar de los reclamantes. Interesa destacar del informe que recoge la extraordinaria agresividad del tumor y que en el TAC toraco-abdominal del 23 de mayo de 2017 no se apreció ninguna patología del tubo digestivo que, por el contrario, sí aparece en los TAC realizados el 26 de julio y el 16 de agosto.

Consta un informe de 5 de marzo de 2018 de la Unidad de Hematología del HUFA en el que expone la asistencia prestada al familiar de los reclamantes sin contener pronunciamiento alguno

respecto al contenido de la reclamación. No obstante, al recoger el juicio clínico de adenocarcinoma con células en anillo de sello de colon transverso de evolución explosiva hace constar “*no visible en TAC del 23 de mayo de 2017, ni datos de ferropenia*”.

El 23 de abril de 2019 emite informe la Inspección Sanitaria en el que considera correcta la asistencia sanitaria prestada, habida cuenta que la tumoración que padecía el familiar de los reclamantes suele diagnosticarse en estados muy avanzados y en este caso, además, la agresividad con la que se comportó pudo estar en relación con la inmunodeficiencia producida por el linfoma.

El 25 de marzo de 2019 se concede trámite de audiencia a los reclamantes que es recibida de forma telemática el 26.

Por escrito firmado el 10 de abril de 2019 por el abogado de las reclamantes y presentado en forma telemática sin que conste en el expediente remitido a esta Comisión la fecha de entrada (folio 1.370) se formulan alegaciones por las que se ratifica en su reclamación respecto a la existencia de retraso diagnóstico, se critica el informe de la Inspección y se afirma que un oncólogo del HUFA (al que no identifica) les indicó que el tumor tenía una evolución de, al menos, un año.

Incrementa la cuantía reclamada en 5.392,5 euros por gastos de sepelio. Aporta factura de marmolista y liquidación de tasa municipal por cambio de titular de sepultura.

Finalmente, la viceconsejera de Sanidad formuló propuesta de resolución, de 10 de diciembre de 2019, en la que propone al órgano competente para resolver, desestimar la reclamación al haberse ajustado la actuación sanitaria a la *lex artis*.

CUARTO.- El consejero de Sanidad formula preceptiva consulta por trámite ordinario que ha tenido entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el 28 de enero de 2020, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, al letrado vocal D. Carlos Yáñez Díaz, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberada y aprobada, por unanimidad, en el Pleno de la Comisión en su sesión de 28 de abril de 2020.

El escrito solicitando el informe preceptivo fue acompañado de la documentación que se consideró 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, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3 del Reglamento de Organización y funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

En la emisión del presente dictamen ha de tenerse presente la suspensión de plazos establecida en el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

SEGUNDA.- Las reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo del artículo 4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento

Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC) en relación con el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) en cuanto familiares de la persona que recibió la asistencia sanitaria que consideran inadecuada y cuyo fallecimiento les ha originado un indudable daño moral.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto la asistencia sanitaria se prestó por el HUFA y el Centro de Salud Dr. Pedro Laín Entralgo que forman parte de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

Por lo que se refiere al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, a tenor del artículo 67.1 de la LPAC.

En este caso, el fallecimiento del familiar de los reclamantes se produjo el 27 de agosto de 2017 por lo que la reclamación presentada el 13 de febrero de 2018 está dentro del plazo legal.

TERCERA.- Debe hacerse una especial referencia a la tramitación del procedimiento.

A tal efecto ha de estarse a lo establecido en la LPAC y, especialmente, a las especialidades procedimentales en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración contenidas en los artículos 81, 82 y 91 de la LPAC.

En concreto, la citada normativa exige el informe de los servicios a los que se imputa la producción del daño conforme el artículo 81 de la LPAC y la concesión de un trámite de audiencia de acuerdo con el artículo 82 de la LPAC.

A tal efecto se han recabado los informes de Hematología y Cirugía del HUFA así como el informe de la Inspección Sanitaria.

La lectura de la reclamación permite comprobar que, si bien el principal reproche se formula hacia la actuación del Servicio de Hematología del HUFA, también se reprocha la asistencia prestada en el Centro de Salud Dr, Pedro Laín Entralgo al indicar que el dolor abdominal era infravalorado por su médico de cabecera lo que llevó al familiar de los reclamantes a solicitar un cambio de médico si bien el nuevo facultativo tampoco investigó las causas de la epigastralgia ni de la anemia (folio 7).

Por ello se ha incorporado la historia clínica del citado Centro de Salud (folios 370-434) pero no se ha recabado informe de dicho centro. Por esta razón se considera necesaria la retroacción para la emisión de dicho informe de conformidad con lo exigido por el artículo 81 de la LPAC.

Posteriormente deberá recabarse nuevo informe de la Inspección Sanitaria y tras la concesión de audiencia a los reclamantes, redactarse una propuesta de resolución con carácter previo a la remisión a esta Comisión para dictamen.

CONCLUSIÓN

Procede retrotraer el procedimiento para recabar la información mencionada en la consideración de derecho tercera de este dictamen.

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 abril de 2020

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 102/20

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid