

Dictamen n.º: **109/21**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **02.03.21**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 2 de marzo 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. y Dña. por el fallecimiento de D., que atribuyen al retraso en el tratamiento de una pancreatitis en el Hospital General de Villalba.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado el día 16 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 10 de mayo de 2019 que atribuyen al retraso en el tratamiento del paciente del que se sospechaba que padecía una pancreatitis aguda así como patología cardiaca. Consideran que un control constante del paciente y tratamiento urgente de las mismas, mientras permaneció en el Servicio de Urgencias del Hospital General de Villalba hubiese podido evitar el fallecimiento de su padre (folios 1 a 9 del expediente administrativo).

Según refieren en su escrito, el día 1 de mayo de 2019 después de cenar el padre de las reclamantes *“empezó a padecer un dolor abdominal de horas de evolución”* que motivó que fuera asistido por el SUMMA 112 en su domicilio y que fuera trasladado al Hospital General de Villalba para estudio.

Las interesadas dicen que en el Servicio de Urgencias del citado centro hospitalario se le realizaron, entre otras pruebas, un electrocardiograma que detectó *“fibrilación auricular (FA) RVC 118 lpm, QRS estrechos, eje normal. Descenso de ST en derivaciones precordiales y a VF”*, así como análisis de sangre que constataron una manifiesta elevación de las cifras de amilasa y lipasa plasmática.

Tras la realización de diversas pruebas y análisis seriados el paciente fue diagnosticado de pancreatitis aguda, acordándose su ingreso y reseñándose que *“el tratamiento se pondría en planta de hospitalización a su ingreso, acordándose el alta de Urgencias a las 16:30 horas”*.

Alegan que el paciente no ingresó en planta hasta las 22:30 horas, constatándose a su ingreso un claro deterioro de su cuadro clínico al presentar un mal control del dolor, así como datos de hipoperfusión y desconexión del medio, que motivaron que por parte del personal de Enfermería se procediera a avisar al médico de guardia, quien a su llegada constató que el paciente estaba padeciendo una parada cardiaca, por lo que se iniciaron las pertinentes medidas de reanimación cardiopulmonar que consiguieron restablecer la circulación a los 15 minutos y acordándose su traslado inmediato a la UCI, en donde sufrió disociación electromecánica que precisó otros 15 minutos de masaje cardiaco y tratamiento farmacológico con adrenalina, bicarbonato y cloruro cálcico.

Exponen que, tras la estabilización del paciente se procedió a realizar TAC abdominal que constató *“retroneumoperitoneo a valorar*

perforación de víscera hueca (2^a-3^a porción duodenal como más probable). Sugestivo de cambios inflamatorios peripancreáticos a valorar pancreatitis aguda. Colelitiasis. Hernias inguinoescrotales”.

Según el escrito de reclamación, ante los hallazgos detectados en el TAC abdominal se realizó intervención quirúrgica el día 3 de mayo de 2019, confirmándose posteriormente durante el postoperatorio, a través de la exploración neurológica realizada al paciente, que padecía una encefalopatía hipóxica-isquémica grave postparada cardíaca, que junto a la pancreatitis y colecistitis perforada, generaban un pronóstico vital ominoso que fue comunicado a sus familiares de cara a limitar el esfuerzo terapéutico, falleciendo el paciente el día 10 de mayo de 2019.

En el escrito no se cuantifica el importe de la indemnización solicitada por las reclamantes y acompañan escritura de poder general a favor del abogado firmante del escrito (folios 10 a 17).

Con fecha 5 de noviembre de 2019 la Administración requiere al representante de las reclamantes para que acrediten su parentesco con el paciente fallecido, lo que cumplimentan el día 14 de noviembre de 2019 aportando copia del Libro de Familia.

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

El paciente, de 78 años, y antecedentes de flutter auricular, fue atendido el día 2 de mayo de 2019, a las 02:40 horas, en su domicilio por el SUMMA 112 por dolor dorsal intenso. Tras exploración y realización de un electrocardiograma, fue derivado al Hospital General de Villalba para estudio en una unidad de soporte vital básico (SVB).

El paciente ingresó en el citado centro sanitario a las 03:48 horas. Presentaba una tensión arterial de 123-70, frecuencia cardíaca 94,

saturación O₂ 97%. Se indicó que estaba anticoagulado con Sintrom por episodios previos de insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular permanente. Se anotó como motivo de consulta malestar general, dolor abdominal que irradiaba hacia la espalda, náuseas y vómitos alimentarios (7). *“Última deposición esta mañana de aspecto normal”*. *“A descartar pancreatitis”* (folio 401). Se solicitaron pruebas complementarias consistentes en electrocardiograma, analítica de sangre y radiografía de tórax y abdomen.

Realizado un electrocardiograma, el paciente presentaba fibrilación auricular (FA) con RVC (sic) 118 lpm, QRS estrechos, eje normal. Descenso del ST en derivaciones precordiales y aVF, similar a previos.

A las 04:31 horas, según la historia clínica, el paciente presentaba Glasgow 15/15, consciente y orientado, sin focalidad. Dolor abdominal difuso con defensa muscular. Como tratamiento sintomático para los vómitos a las 04:24 horas se le administraron metoclopramida y omeoprazol.

La analítica realizada no detectó anormalidad en los recuentos celulares, alteración de la coagulación con alargamiento del INR, glucosa 166 mg/dl, bilirrubina directa (1.7 mg/dl).

En los parámetros hepáticos presentaba hipertransaminasemia leve-moderada con GOT 165 U/l, GPT 67 U/l y Gamma GT 377 U/l, amilasa 3162 U/l y lipasa 13135 U/l por lo que se diagnosticó pancreatitis aguda.

La gasometría venosa mostró PH normal. Los niveles de digoxina se encontraban en el límite bajo del rango terapéutico.

La troponina T cardíaca presentaba un 0,043 ng/ml (valor de corte para infarto agudo de miocardio 0,014 ng/ml).

Desde su llegada a Urgencias se comenzó tratamiento para el dolor. En la historia clínica durante su estancia en el servicio se recogieron las siguientes administraciones de fármacos analgésicos: 3:48 horas ketorolaco i.v.; 4:26 horas tramadol SO mg i.v.; 4:27 horas paracetamol 1 gr i.v.; 6 horas dolantina SO mg i.v.; 11 horas paracetamol 1 gr i.v.; 14 horas tramadol SO mg i.v.; 19 horas metamizol 2. mg i.v..

También se inició tratamiento con sueroterapia. Se prescribieron y administraron 500 ml de suero salino a las 7 horas y a las 21 horas y suero glucosalino a las 7 horas y a las 21 horas.

A las 7 horas se le administró digoxina y a las 9 horas Carvedilol 25 mg. y Enalapril 5 mg.

A las 9:14 hora se anotaron las constantes, Glasgow normal.

A las 09:47 horas la troponina T era de 0,053 ng/ml.

A las 14:28 horas se realizó nuevo electrocardiograma.

A las 14:33 horas la troponina T era de 0,051 ng/ml.

En la radiografía de tórax (realizadas a las 16:09 horas) se objetivó leve derrame pleural derecho y atelectasia subsegmentaria del mismo lado, sin otras alteraciones.

En la radiografía de abdomen (realizadas a las 16:10 horas) se apreciaron imágenes sugerentes de urolitiasis y de colelitiasis.

El paciente fue dado de alta por el Servicio de Urgencias para su ingreso en planta de Medicina Interna a las 16:30 horas, quedando en espera de cama.

A las 19 horas se le administró metamizol 2. mg i.v..

A las 20 horas se tomaron constantes. El paciente presentaba una tensión arterial de 105/79 con frecuencia cardíaca de 98 lpm y saturación O₂ 94%. Glasgow normal. Se le administró heparina de bajo peso molecular en sustitución del Sintrom y a las 21 horas suero salino y suero glucosalino.

Fue trasladado a planta en torno a las 21:35 horas. Según las anotaciones de Enfermería realizadas a las 22:41 horas:

“A su llegada acudimos a valorarlo a la habitación. Paciente poco reactivo no responde a estímulos de ningún tipo. Se arranca la vía. Intentamos recanalizar VPP y tomamos constantes mientras que aviso a MG por mal estado del paciente. Se avisa a UCI. Parada cardiorrespiratoria. Se canalizan dos vías periféricas, se administra volumen a chorro, 6 adrenalinas. Bicarbonato 1/6 M Se intuba al paciente, se estabiliza y acompaño a UCI con ventilación manual”.

Por su parte, el médico de guardia reflejó en la historia clínica:

“A su llegada a planta, me avisan por malestar. A mi llegada datos de hipoperfusión. Parada cardíaca. Se comienzan maniobras de reanimación. Se avisa a UCI”.

Se dio aviso la UCI a las 22:10 horas. Según consta en la historia clínica de la UCI:

“A mi llegada no se está ventilando con ambú. Si está con VK-reservorio. Primer ritmo asistolia, recibe masaje cardíaco, ventilación manual con ambú, 6 mg de adrenalina y 20 ml de cloruro cálcico, bicarbonato 1/6 M 500 ml, intubación traqueal (TOT 8, Cornack III). Recupera circulación en unos 15 minutos”.

Se traslada a la UCI donde presenta DEM con ritmo lento de QRS estrecho, precisando otros 15 minutos de masaje, 5 mgr. de adrenalina, perfusión de adrenalina bicarbonato y cloruro cálcico.

Tras recuperar circulación, tendencia a la estabilidad con adrenalina y noradrenalina. Canalizada CVC femoral y arterial femoral derecho en UCI sin asepsia. Se inicia cobertura empírica con meropenem y linezolid.

Tras estabilización inicial se decidió la realización de un TAC abdominal, observándose cambios inflamatorios peripancreáticos, a valorar pancreatitis aguda, colelitiasis, por lo que se decidió exploración quirúrgica y se informa a la familia de la situación de extrema gravedad.

El día 3 de mayo de 2019 se realizó procedimiento quirúrgico: colecistectomía pancreatitis necrótica de cabeza.

La evolución del paciente en los días siguientes, en el contexto de shock séptico por coleocistitis perforada y pancreatitis aguda, fue mala, confirmándose posteriormente durante el postoperatorio, a través de la exploración neurológica realizada al paciente, que padecía una encefalopatía hipóxica-isquémica grave postparada cardiaca.

Falleció el día 10 de mayo a las 12:45 horas.

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 de la jefe de Servicio de Urgencias del Hospital General de Villalba que, con fecha 12 de

diciembre de 2019 (folios 34 a 39) relata la asistencia prestada al paciente por dicho servicio y concluye que *«En el Servicio de Urgencias se realizaron las pruebas y tratamientos necesarios sujetos a la sintomatología y evolución del paciente y se actuó en todo momento acorde a la lex artis»*.

Se ha incorporado al procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria de fecha 14 de agosto de 2020 (folios 844 a 856) que analiza la asistencia sanitaria prestada al paciente, responde a las cuestiones planteadas por las reclamantes y concluye que el paciente *“no falleció ni ni por acción ni por omisión del SERMAS, recibiendo asistencia sanitaria congruente con los conocimientos actuales de la medicina y con los medios materiales y humanos existentes en el Servicio Público de Salud”*.

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 General de Villalba, como centro concertado con el SERMAS.

Con fecha 25 de noviembre de 2020 el gerente del Hospital General de Villalba 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 el informe del Servicio de Urgencias del citado centro hospitalario y el informe de la Inspección Sanitaria.

Se ha formulado propuesta de resolución por el viceconsejero de Asistencia Sanitaria (folios 872 a 878) con fecha 15 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.

CUARTO.- Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 22 de enero 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 38/21, 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 2 de marzo 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 indeterminada, 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 General de Villalba. 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 y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el presente caso, fallecido el paciente el día 10 de mayo de 2019, la reclamación se presenta el día 16 de octubre de ese mismo año, por lo que no cabe duda de que está formulada en plazo.

En cuanto al procedimiento, se observa que se ha recabado informe del coordinador de Urgencias del Hospital General de Villalba implicado en el proceso asistencial del familiar de las reclamantes. Además de la historia clínica en el Hospital General de Villalba, se ha incorporado el informe de asistencia del SUMMA 112.

Asimismo, consta que el instructor del procedimiento solicitó un informe a la Inspección Sanitaria, que obra en el expediente. Después, se ha conferido el trámite de audiencia a los interesados y se ha formulado la correspondiente propuesta de resolución, propuesta remitida, junto con el resto del expediente, a la Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

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 5ª) de 15 de marzo de 2018 (recurso de casación 1016/2016), 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) 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”».*

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 General de Villalba.

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.

En el presente caso, las reclamantes se limitan a afirmar que hubo mala praxis en la asistencia sanitaria prestada a su familiar porque las analíticas realizadas hacían sospechar claramente el posible padecimiento tanto de una pancreatitis aguda como patología cardíaca, que requería un control constante del paciente y tratamiento urgentemente de las mismas, que desconocen si llegaron a realizarse, dado el tiempo transcurrido desde el alta del Servicio de Urgencias a las 16:30 horas hasta su traslado a planta a las 22:30 horas. Sin embargo, las interesadas no han aportado prueba alguna que acredite la realidad de sus alegaciones.

Como es sabido, y así lo destaca, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2020

(recurso 829/2017) *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados”.*

Las afirmaciones realizadas por las reclamantes sobre la existencia de mala praxis en la asistencia sanitaria prestada al paciente resultan desvirtuadas por la propia historia clínica, como destacan el informe del servicio afectado y del médico inspector.

Así, el informe de la jefe del Servicio de Urgencias del Hospital General de Villalba, de 12 de diciembre de 2019, pone de manifiesto cómo en la analítica realizada al paciente a su ingreso en Urgencias en el hemograma no se detectó anormalidad alguna en los recuentos celulares, esto es, no se observó anemia, leucocitosis o leucopenia ni plaquetopenia. La alteración de la coagulación era debida al tratamiento anticoagulante que debía tomar el paciente por su patología cardíaca y los parámetros hepáticos por encima de 3 veces el valor normal, indicaron el diagnóstico de pancreatitis aguda.

En este sentido, el informe de la Inspección Sanitaria corrobora que *“los niveles de leucocitos del paciente eran rigurosamente normales a las 4:36 de la madrugada (folio 34) cuando ingresó en Urgencias, y tan sólo 24 horas después se encuentra en la laparotomía practicada una vesícula gangrenada, no había ni un solo dato que pudiera hacer sospechar la afectación grave de la vesícula, que sí hubiera justificado una cirugía urgente, lo que conduce a la inevitable conclusión de que el*

empeoramiento del paciente se produjo abruptamente, los datos objetivos lo corroboran”.

Según el informe del servicio afectado, el rango de la troponina T era elevado, al estar por encima de 0,014 ng/ml, sin embargo, la edad y la presencia de fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida justificaban la elevación en el caso del paciente sin coexistir isquémica miocárdica. Aclara el informe que, *“para considerar una troponina positiva en ausencia de cambios electrocardiográficos y dolor torácico se requiere la seriación de la misma en intervalos de 3 horas. Si, con una troponina previamente elevada se obtiene una segunda muestra con una elevación mayor del 20% con respecto a la primera se considera positiva para daño miocárdico”*, lo que no sucedía en el presente caso.

El paciente fue diagnosticado de pancreatitis aguda grado 1 en la escala RAMSON por la edad, esto es, sin criterios de gravedad, por lo que el tratamiento pertinente consiste en la vigilancia, reposición de líquidos, control del dolor con mórficos, si es preciso y el tratamiento de las indicaciones. Así lo pone de manifiesto el informe del Servicio de Urgencias del Hospital General de Villalba que destaca cómo desde la llegada del paciente a Urgencias se inició tratamiento para el dolor, antes incluso de tener los parámetros analíticos diagnósticos y precisa las horas en que se procedió a la administración de medicación. Asimismo, el paciente recibió tratamiento para el control de la frecuencia cardíaca consiguiéndose mantener esta por debajo de 100 lpm desde las 7 horas de la mañana, con digoxina y posteriormente Carvediol y Enalapril.

Además, resulta acreditado en la historia clínica que, una vez dado de alta el paciente en el Servicio de Urgencias a las 16:30 horas y en tanto pasaba a la planta de Medicina Interna, se le administró medicación a las 19 horas, heparina de bajo peso molecular en sustitución del Sintrom a las 20 horas y sueroterapia a las 21 horas,

por lo que no se puede afirmar, como dicen las reclamantes, que hubo una falta de tratamiento precoz de las patologías del paciente.

Así lo considera la médico inspector que destaca que *“la vigilancia y cuidados prestados al paciente en la Urgencia fueron acordes con los conocimientos actuales de la medicina”*, que la pancreatitis aguda no tiene tratamiento y que ningún parámetro permitía prever la severidad de la evolución en las 18 horas siguientes, pues los parámetros analíticos y radiológicos que presentaba el paciente no sugerían una pancreatitis severa. Según el informe de la Inspección, *“en el análisis de la asistencia en Urgencias del día 2 de mayo de 2019 no se han encontrado datos concordantes con las complicaciones de la pancreatitis aguda que hubieran requerido cirugía (perforación de víscera hueca, isquemia intestinal, hemorragia intraabdominal, y síndrome compartimental abdominal)”*.

Por otro lado, la Inspección Sanitaria destaca en su informe que en las cinco horas transcurridas entre que se da la orden de ingreso en planta y hasta que éste es efectivo se encuentra registrada la toma de constantes realizada a las 20 horas, cuando el nivel de conciencia era normal y el resto de parámetros también (folio 229), si bien consta que por la tarde se le administró nolotil y tramadol por mal control de dolor.

En relación con el tiempo de espera hasta su ingreso en planta, el informe de la Inspección Sanitaria concreta que fue de cinco horas y que está registrado que durante ese tiempo se pautaron fármacos para paliar el dolor y se le tomaron constantes, lo que se ajusta a las recomendaciones del Ministerio de Sanidad, en todos los hospitales, tanto privados como públicos, por lo que concluye que el paciente *“no falleció ni por acción ni por omisión del SERMAS recibiendo asistencia sanitaria congruente con los conocimientos actuales de la medicina y con los medios materiales y humanos existentes en el Servicio Públicos de Salud”*.

Por tanto, debe concluirse que la asistencia prestada al paciente por el Servicio de Urgencias del Hospital General de Villalba fue correcta y ajustada a la *lex artis*, como concluye el médico inspector en su informe.

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 13 de septiembre de 2018 (recurso nº 309/2016):

“...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 al 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 2 de marzo de 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 109/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid