

Dictamen nº: **120/21**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **09.03.21**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 9 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., Dña. y Dña. por el fallecimiento de D., que atribuyen a la defectuosa asistencia sanitaria prestada en el tratamiento de una pancreatitis aguda en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos, de Móstoles.

ANTECEDENTES DE HECHO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Auscultación cardíaca: Rítmica sin soplos ni extratonos.

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

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

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

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

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

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

El TC abdominopélvico informó:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Con fecha 5 de diciembre se realizó TAC sin contraste intravenoso (civ) que se informó: Resolución del contenido hiperdenso hemorrágico

en el interior de la colección peripancreática, colección de 3.7cm de nueva aparición subdiafragmática anterior izquierda, resto de las colecciones intraabdominales sin cambios significativos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Como plan se indicó:

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

- Hidratación intensa.

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

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

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

El paciente evolucionó favorablemente en las primeras 48 horas. Estaba afebril, tranquilo y sin dolor, sedestación mañana y tarde, inicia fisioterapia precoz. Hemodinámicamente estable, sin vasopresores, tras fluidoterapia intensa de 8L en los primeros 2 días, mejora la función renal, sin repercusión respiratoria ni desarrollo de tercer espacio. Se mantiene eupneico, con gafas nasales 2 lpm, buena mecánica y radiografía limpia a pesar de la carga de fluidos. Abdomen globuloso pero depresible, con PIAs <15 cmH₂O, drenaje 400 c el primer día de aspecto sucio, y punto de inserción enrojecido. Función renal mejora hasta creatinina y urea de 1.5 y 155 mg/dL con diuresis >0.5 mL/Kg/h.

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

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

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

A lo largo de la tarde por persistencia de flutter y empeoramiento del estado general, fue intubado y se intentó cardioversión sin éxito. Afebril, pero tras intubación evolucionó a hipotensión, necesidad de vasopresores. Se realizó TAC urgente abdominal que mostró mayor líquido libre con resto de exploración superponible al TAC de 48 h antes.

La presión intraabdominal (PIA) se mantenía en 20 cm H₂O. Se comentó el caso con Cirugía General, que tras valorar el caso descartan necesidad de intervención.

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

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

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

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

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

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

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 LPAC, se ha incorporado al expediente un informe fechado el día 2 de diciembre de 2019, sin firmar, del Servicio de Medicina Interna del Hospital

Universitario Rey Juan Carlos (folios 78 a 85), que, tras relatar la asistencia prestada al familiar de las reclamantes, dice:

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

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

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

«Discrepo rotundamente del argumento esgrimido por la familia en dar trascendencia a un enema realizado en la UCI el 14 de diciembre sobre las 10:20 horas de la mañana en la línea de que es “imprudente, negligente, totalmente contraindicado, contraproducente y con riesgo vital (dicen que, para aliviar, pero es para recoger muestra) ni que produzca peritonitis e infección y finalmente shock séptico”. Aclarar:

- Que los enemas son rutina de tratamiento en UCI y se indican cuando la parálisis intestinal puede condicionar la eliminación de residuos y potenciar cuadros obstructivos. Por tanto, ni es imprudente, ni negligente, ni está contraindicado, ni se pautó para recoger muestras.*
- En ningún momento en la historia clínica se reconoce que el enema tuvo relación directa causal con el episodio de peritonitis y de shock séptico.*
- En la cirugía no se encuentra daño intestinal ni perforación que justifique ninguna complicación causada por el enema.*
- Nosotros interpretamos que el paciente estaba iniciando un nuevo cuadro séptico que se presentó como un cuadro paralítico y que mejoraría al intentar el vaciado intestinal. No hubo relación directa, por tanto, con los episodios que aparecieron a continuación y que hay que desligarlos de la administración de un enema.*

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

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

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

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

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes y de la historia clínica, se ha evacuado el oportuno trámite de audiencia a

las reclamantes y al Hospital Universitario Rey Juan Carlos, como centro concertado con el SERMAS.

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

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

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

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

CUARTO.- Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 2 de febrero 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 59/21, 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 9 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 superior a 15.000 €, por solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

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

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

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

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

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

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

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

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

En cuanto al procedimiento, se observa que se ha recabado informe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, aunque no está firmado, el informe del jefe asociado del Servicio de Cuidados Intensivos, y la jefa del Servicio de Urgencias del citado centro hospitalario.

Ahora bien, se observa que el escrito de reclamación reprocha también la asistencia sanitaria prestada por la médica de Atención Primaria que, consideran que, en febrero de 2016, tras conocer por el TAC abdominopélvico que tenía piedras en la vesícula y que había tenido pancreatitis anteriormente, *“jamás gestiona la cita al especialista y nunca comenta a los familiares el problema de tipo biliar que tenía”* (sic).

No consta que se haya solicitado informe al médico de Atención Primaria, como exige el artículo 81.1 de la LPAC, al que le atribuye carácter preceptivo. Tampoco se ha incorporado al procedimiento la

historia clínica del paciente en su centro de salud, que contribuye al esclarecimiento de los hechos.

Del estudio de la historia clínica sí resulta acreditado que el paciente fue atendido por el Servicio de Cirugía General y Digestivo el día 24 de febrero de 2016, anotándose el resultado del TAC abdominopélvico que indicaba la existencia de colelitiasis y calcificaciones intrapancreáticas, por lo que procede también que se pronuncie dicho servicio sobre la asistencia prestada al paciente en relación con dichos diagnósticos.

Finalmente, las reclamantes reprochan la falta de medidas de limpieza y cuidado de los drenajes que determinaron la existencia de una infección nosocomial.

Esta Comisión Jurídica Asesora, haciéndose eco de la doctrina del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, ha señalado que, en los casos de infecciones contraídas en el ámbito hospitalario, en razón del principio de facilidad de la prueba, corresponde a la Administración dar una explicación razonable de las medidas adoptadas para prevenir la infección. Como ya dijimos en anteriores dictámenes de esta Comisión, *“dicha acreditación sirve para establecer, en tales casos, la línea de separación, entre la consideración de la infección como un riesgo inherente al ingreso hospitalario o la imputación del daño a la Administración”*.

En este caso resulta del expediente que no se ha aportado por la Administración Sanitaria acreditación sobre las medidas preventivas adoptadas en orden a evitar posibles infecciones en el centro sanitario, que incluye la aplicación de medidas de asepsia en el área quirúrgica, instrumental, aparataje médico y personal sanitario. Los informes obrantes en el expediente no pueden estimarse como suficientes a estos efectos, ya que no pueden dar cumplida cuenta de las medidas

preventivas adoptadas por el centro hospitalario, que corresponden a otros servicios, como puede ser el de Medicina Preventiva.

Por ello, ante esta falta de datos y teniendo en cuenta la función del dictamen de esta Comisión, en cuanto garante de los derechos de los interesados en el procedimiento como del acierto de la decisión de la Administración que ponga fin al procedimiento, se considera que ha de retrotraerse éste para que emita su informe preceptivo el médico de Atención Primaria sobre la asistencia prestada al paciente tras el diagnóstico de la colelitiasis y la pancreatitis crónica en febrero de 2016. Asimismo, en tanto que de la historia clínica resulta que el paciente fue atendido también por el Servicio de Cirugía General y Digestivo del Hospital Universitario Rey Juan Carlos en febrero de 2016, que informe sobre la asistencia sanitaria prestada al paciente. Finalmente, y en relación con la infección nosocomial, resulta necesario para la correcta instrucción del expediente que se aporte por el Hospital Universitario Rey Juan Carlos información sobre las medidas adoptadas para prevenir la infección padecida por el paciente.

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

CONCLUSIÓN

Procede la retroacción del procedimiento para que se tramite en la forma dispuesta 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 9 de marzo de 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 120/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid