

Dictamen nº: **143/21**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **23.03.21**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 23 de marzo de 2021, 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 el representante legal de Dña. (en adelante “*la reclamante*” o “*la paciente*”) por los daños y perjuicios sufridos, al considerar que en la intervención quirúrgica de histerectomía realizada en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda le fue lesionado un uréter.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito de reclamación formulado por el abogado de la persona citada en el encabezamiento de este dictamen, presentado el 29 de julio de 2019 en el registro de la Consejería de Sanidad.

Refiere el escrito que el 13 de noviembre de 2017 se le practicó a la paciente una histerectomía en el Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda, como consecuencia de la aparición de miomas en el útero. Señala que la intervención se le realizó por laparoscopia y que, en

principio, se desarrolló con normalidad, de modo que a los 3 días de ingreso se le dio el alta.

Sin embargo, según el escrito, en fecha 21 de noviembre de 2017 la reclamante ingresó por dolores abdominales y pérdida de líquidos por la vagina en el Hospital Universitario El Escorial, donde *«le dicen que tiene el uréter "quemado" debido a que han quemado de más en la zona»*.

Relata la reclamación que la paciente quedó ingresada y avisaron al cirujano de Majadahonda. En ese momento, señala la reclamante, la trasladaron de El Escorial a Majadahonda, donde el grupo de Ginecología y Urología *“estaba esperando para proceder”*. Recoge el escrito que allí le indicaron que habían quemado el uréter, que no puede regenerarse y que tienen que hacer una nefrostomía, es decir, *“pinchar en el riñón y poner un drenaje y un catéter para secar la zona”*. Según afirma, como no se pudo hacer lo volvieron a intentar por la mañana, consiguiéndolo. Por todo este proceso, refiere la reclamante, tuvo que estar ingresada desde el 22 de noviembre hasta el 30 de noviembre de 2017. Además, afirma, le indicaron que tenía que estar entre 3 y 6 meses con la nefrostomía y el catéter y que, después de este proceso, tendrían que volver a intervenir para hacer un reimplante de uréter a la vejiga.

Según el escrito, durante todo el tiempo hasta la operación de reimplante, la paciente tuvo que acudir en constantes ocasiones a Urgencias y estuvo incapacitada para salir de su domicilio.

Continúa el relato refiriendo que antes de la operación definitiva la paciente fue citada, de modo que *“le quitan la nefrostomía, comprueban que está bien y la citan para quitar el catéter”*. Señala la reclamante que en ese momento, 4 de marzo de 2018, comprobaron que todo estaba igual y le indicaron que tenían que volver a hacer la nefrostomía y empezar de nuevo el proceso, permaneciendo ingresada desde esa fecha hasta el 20 de marzo de 2018 y contagiándose durante el ingreso, según afirma, con una bacteria existente en el hospital.

Manifiesta la reclamante que, después de la operación, estuvo de baja desde el 20 de marzo hasta el 7 de septiembre de 2018, por postoperatorio y recuperación, siendo controlada por el hospital y por su mutua laboral.

Afirma que le han quedado una cicatriz abdominal y una cicatriz en el costado lateral, por lo que reclama los días de baja y hospitalización, días de convalecencia, perjuicios morales y físicos y secuelas. Las lesiones, señala, son debidas a una mala praxis de los profesionales del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda, habiendo relación de causalidad entre la intervención y las lesiones causadas.

La reclamante no cuantifica el importe de la indemnización solicitada y acompaña a su escrito documento privado, en el que confiere a su letrado autorización para que presente la reclamación de responsabilidad patrimonial y para que la represente a efecto de notificaciones.

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

El 8 de abril de 2016 la paciente, nacida en 1969, es valorada en la consulta de Ginecología del Hospital Puerta de Hierro Majadahonda, remitida desde el Hospital Universitario El Escorial para valoración de miomectomía laparoscópica. Presenta útero polimiomatoso, conocido desde 2010, con controles periódicos a través de seguro laboral, con crecimiento progresivo y síntoma en forma de polihipermenorreas; anemia documentada por hipermenorreas desde hace 4 años con hemoglobina por debajo de 10. Última analítica de 2016. Aporta ecografía de 3 de diciembre de 2015, realizada en el Hospital Universitario El Escorial, con dos miomas dominantes de 53-43 intramural-fúndico y de 51-41 anterior subseroso. En tratamiento con Tardyferon, 1 comprimido cada 24 horas.

Exploración: genitales externos y vagina: normales. Cérvix de nulípara bien epitelizado. Útero irregular de consistencia aumentada, en retroversión forzada, poco móvil. Douglas distendido y ocupado por formación leñosa.

Ecografía pélvica: útero irregular en retroversión. HTM: 101-74-91. Miometrio de ecorrefingencia heterogénea, hipertrófico con dos áreas de afectación transmural de bordes desdibujados seudonodulares situados en cara posterior de 80-54-60 mm., con áreas quísticas en su interior y con implicación de toda la pared posterior hasta istmo; otra área intramiometrial similar que ocupa todo el fondo uterino de 51-38-57 mm. Endometrio regular de aspecto secretor de 10 mm. Ecografía compatible con adenomiosis difusa.

Se solicita resonancia magnética nuclear. Se pauta Venofer por Urgencias, si el hemograma mostrase hemoglobina por debajo de 9, y se inicia Qlaira. Se valorará Mirena con el resultado de la resonancia magnética.

La paciente es remitida al Servicio de Urgencias para control analítico y valoración de tratamiento con hierro oral según resultados. Hemograma: hemoglobina 13.00 g/dL (12.0 - 16.0), hematocrito 36.10 % (36.0- 46.0). El juicio clínico es de ausencia de anemia en ese momento.

Con fecha 6 de junio de 2016 se realiza resonancia magnética nuclear: se identifica un útero en retroversión, aumentado de tamaño por la existencia de lesiones focales intramurales, una fúndica posterior de unos 47 mm de eje mayor, otra intramural, anterior de 60 mm de eje máximo y otras subserosa anterior de 53 mm de eje máximo. Estas lesiones presentan señal intermedia en T1 sin demostrar zonas de hiperseñal que sugieran focos hemorrágicos, predominio de hiposeñal internos y, tras la administración de contraste, presentan realce intralesional, menor que el resto del miometrio. Resumen: útero aumentado de tamaño con la existencia de tres lesiones focales,

intramurales y subserosa, en las que no se puede demostrar que se traten de adenomiomas y son más sugestivas de miomas.

El 13 de junio de 2016 la paciente es valorada en la consulta de Ginecología del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda: Qlaira desde abril (2 meses), reglas abundantes. En la exploración vaginal se objetiva útero globuloso aumentado como 12 semanas y, en ecografía vaginal, útero polimiomatoso, endometrio visible. Se realiza aspirado endometrial, con muchos coágulos.

En Anatomía Patológica se analiza el material hemático que engloba: pólipo de endometrio, una lesión remitida en fragmentos, con áreas de necrosis hemorrágica. Mucosa endometrial funcional sin criterios de hiperplasia ni evidencia de malignidad en el material remitido, con hallazgos de endometrio secretor en descamación.

El diagnóstico es de útero polimiomatoso y anemia. Se pauta Esmya y valoración.

El 4 de noviembre de 2016 la paciente acude a revisión: útero aumentado de tamaño con la existencia de tres lesiones focales, intramurales y subserosa, en las que no se puede demostrar que se traten de adenomiomas y son más sugestivas de miomas. Con Qlaira, reglas muy abundantes. La paciente ha iniciado Esmya, que terminó en septiembre. Regla abundante de 5 días. Se reinicia con Qlaira.

Se pauta revisión en 6 meses con calendario menstrual y analítica.

El 5 de mayo de 2017 acude a consulta para seguimiento. Ha finalizado la última caja de Qlaira en diciembre y, refiere la paciente, por el precio dejó de tomarla. Sin tratamiento desde entonces, ha notado que las reglas se han acortado, con dos días de sangrado muy intenso que limitan su actividad diaria. Estuvo un ciclo de tratamiento con Esmya.

Analítica: Hb 11.4, hematocrito 33.3, Hierro 26, ferritina 11.22, transferrina de 301.

En la exploración se observan, en labio posterior de cérvix, pequeñas petequias (anteriormente descritas). Útero en retro móvil no doloroso a la movilización.

En la ecografía se objetiva útero en retro con histerometría de 114 x 71 x 82 mm. Endometrio de 12 mm. Mioma en fondo cara posterior 43 x 38 mm. Mioma en cara anterior de componente subseroso de 64 x 51 mm.

Se plantea la posibilidad de cambiar a tratamiento con Cerazet en pauta continua por 3 meses. Compensar con feroterapia. Se plantea, si no hay respuesta, histerectomía.

El 2 de agosto de 2017 la paciente acude a control de sangrado. Refiere sangrado muy abundante sin respuesta al tratamiento. El doctor plantea histerectomía más salpinguectomía bilateral por laparoscopia, de modo que se podría extraer por vagina morcelando, ojo útero grande, o bien morcelando en cavidad. Explica las posibilidades dado el tamaño de reconversión.

Plan: se hace citología, preoperatorio, consentimientos informados (2), que la paciente firma en presencia del doctor. Se incluye en lista de espera quirúrgica.

El 30 de octubre de 2017 la paciente acude a consulta de Anestesiología. Presenta anemia ferropénica. Firma el consentimiento informado. Se pauta hierro 1000 mg+vit C con cita en dos semanas para control con Pronto 7 y, eventualmente, segunda dosis de hierro (está sin tratamiento hormonal).

El 12 de noviembre de 2017 acude al Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda para cirugía programada por útero polimiomatoso sintomático. Se le entrega el consentimiento informado. Se hace constar que la paciente ha acudido a ahorro de sangre. Se solicitan pruebas cruzadas.

El 13 de noviembre de 2017 se realiza histerectomía+doble salpingectomía vía laparoscópica asistida por vía vaginal, sin incidencias. Se remiten muestras a Anatomía Patológica.

Según el parte de quirófano, se realiza histerectomía vaginal asistida por laparoscopia y salpingectomía bilateral total, objetivándose *“útero miomatoso como de 14 semanas. Trompas y anejos normales. Cavidad abdominal sin hallazgos. Colocación de movilizador uterino grande. Entrada con trocar umbilical de Hasson. Colocación de 3 trocares accesorios en ambas FFII y paraumbilical izquierdo. Electrocoagulación y corte de ligamentos redondos, parametrios, liberación de trompas bilateral. Apertura de peritoneo y descenso de plica vesical. Coagulación y corte de útero sacro izquierdo. Coagulación y corte de arterias uterinas y parametrios. Colpotomía sobre cazoleta de 7 horarias a 5 horarias. En tiempo vaginal de pinza, corta y liga el útero sacro derecho y se deja fijado a vaginal. Extracción de útero mediante morcelación del mismo. Sutura continua de vagina en vertical.*

Comprobación de hemostasia. Revisión de cavidad abdominal, comprobación de hemostasia y revisión de pedículos vasculares. Lavado y limpieza de cavidad. Extracción de trocares bajo visión directa. Cierre de fascia umbilical. Cierre de piel con material reabsorbible. Infiltración de puertos”.

El 14 de noviembre de 2017 la paciente presenta buen estado general y constantes normales. Dolor bien controlado. Tolerancia oral positiva. Micción espontánea y orina clara. Se ha levantado, pero refiere

debilidad y algo de mareo. En la exploración, se observa abdomen blando y depresible y heridas quirúrgicas en buen estado. Se solicita analítica urgente y se cambia analgesia a vía oral.

A las 22:07 horas del citado día, la paciente presenta analítica correcta: proteína c reactiva 60.60 mg/L (0.1 - 10.0), leucocitos 10.02 x10³/microL, creatinina 0.63 mg/dl, neutrófilos 87.20 %, hemoglobina 11.20 g/dL, plaquetas 274.00 10³/microL.

El 15 de noviembre de 2017 la evolución sigue siendo favorable y se entrega ya informe de alta, que se produce el 16 de noviembre de 2017.

El 21 de noviembre de 2017 la paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario El Escorial. Ha comenzado hace 72 horas con fiebre de hasta 38° y ese día con sangrado vaginal. Sin dolor abdominal ni síndrome miccional, ni otra sintomatología de interés. Exploración clínica: abdomen: cicatrices de laparotomía en buen estado, blando y depresible. Leucocitos 11,30x10³/mm³, hemoglobina 11,90 g/dl, neutrófilos 87,80 % LDH 262 U/L. Se extraen en Urgencias hemocultivos por dos y urocultivo.

El juicio clínico es de fiebre en paciente con histerectomía + doble anexectomía hace una semana. Se solicita valoración por Ginecología.

El día 19 de noviembre de 2017 acude de nuevo a Urgencias del citado hospital por fiebre y dolor abdominal en hipogastrio, de intensidad fuerte, que se incrementa con la deambulación. Refiere incontinencia de orina sin otro síntoma miccional. No presenta sangrado vaginal.

En la exploración física se objetiva abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio y ambas fosas ilíacas. Sin Blumberg. Especuloscopia: líquido seroso que se toma para cultivo vaginal, con olor a orina. Sin sangrado. Sutura de cúpula vaginal normal.

Eco TV: ausencia de útero. Se visualizan ambos ovarios normales. Mínima cantidad de líquido libre en Douglas, hacia anejo derecho. No se visualizan abscesos ni hematoma en pelvis.

El diagnóstico es de fiebre postoperatoria. Sospecha de fistula véscico-vaginal. Se acuerda el ingreso hospitalario en observación y se pauta antibioterapia. Se solicita TAC urgente para valoración de posible sospecha diagnóstica. La paciente ingresa a cargo de Ginecología. Se comienza con pauta antibiótica Augmentine 1 gr/8horas, sueroterapia (en ayunas) y analgesia.

Se realiza TC abdominopélvico urgente, que objetiva cambios postquirúrgicos por histerectomía subtotal. En pelvis se visualiza una colección mal definida en el lecho de la histerectomía, con abundante contenido de alta densidad tanto en la colección como bordeando el margen posterior de la cavidad peritoneal, en relación con extravasación del contraste iv, identificando la fuga del contraste en la porción pélvica del uréter izquierdo, sin conseguir definir los márgenes del uréter a nivel distal. Estos hallazgos están en relación con rotura del uréter. El uréter está dilatado en su trayecto proximal (hasta 1 cm de calibre) asociado a leve ectasia piélica. Se observa un realce del peritoneo asociado a trabeculación difusa de la grasa peritoneal sobre todo a nivel pélvico, asociado a engrosamiento mural del colon descendente y sigma y de asas de delgado de localización pélvica, en relación con cambios inflamatorios reactivos, todo ello sugestivo de peritonitis. Otros hallazgos: quiste pancreático en proceso uncinado, recomendando control con resonancia magnética en 6 meses.

A las 20:30 horas del mismo día, la paciente refiere encontrarse algo mejor, pero continúa con dolor abdominal. Temperatura 36,7°C y tensión arterial 95/52. FC: 85 lpm. Abdomen: indurado, con defensa abdominal y signos de irritación peritoneal difuso en todo el abdomen. Puño percusión renal bilateral + sobre todo en fosa renal izda.

Se comenta el caso con urólogo localizado, quien refiere que la paciente debe ser derivada a hospital de referencia por no poder realizar reparación ureteral en el Hospital Universitario El Escorial. Se habla con Ginecología de guardia del Hospital Universitario Puerta de Hierro, que acepta el traslado. Se avisa a ambulancia a las 20:45 horas y se habla con la paciente y sus familiares, quienes entienden la situación y manifiestan conformidad. Se deriva a Puerta de Hierro con diagnóstico de fiebre postoperatoria y sospecha de complicación de Urología.

Al ingreso en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, presenta abdomen doloroso en hipogastrio y ambas fosas ilíacas con signos de irritación peritoneal. Puño percusión renal bilateral positiva. Especuloscopia: líquido seroso. Sin sangrado. Sutura de cúpula normal. Acude con sonda vesical dados los hallazgos del UROTAC. Se inicia antibioterapia con Augmentine IV a las 13:00 horas y Enantyum IV, alternando con paracetamol cada 4 horas.

Comentado el caso con Urología, se aprecia rotura de la porción pélvica del uréter izquierdo con extravasación de contraste a la cavidad peritoneal y formación de urinoma en pelvis, con signos sugestivos de peritonitis. El juicio clínico es de fistula urinaria secundaria a lesión ureteral izquierda posthisterectomía. Peritonitis en el contexto de lo anterior.

Se decide colocación de nefrostomía percutánea (NPC) izquierda urgente. Ingreso a cargo de Ginecología. El Servicio de Vascular Intervencionista objetiva ecográficamente que el riñón izquierdo no está dilatado. Se realizan varias punciones con control ecográfico, sin ser posible la realización de nefrostomía.

El 22 de noviembre de 2017, a las 3:16 horas, la paciente es reevaluada, tras imposibilidad de colocación de NPC a pesar de numerosos intentos. Permanece afebril, hemodinámicamente estable. Similar exploración física. Se discute el caso por el equipo de guardia de

Urología y se decide intervención quirúrgica por la mañana, dada la estabilidad clínica y hemodinámica de la paciente. Se mantiene cobertura antibiótica, analítica por la mañana. Dieta absoluta. Pendiente de entregar el consentimiento informado.

Comentado el caso en sesión, se decide la realización de pielografía retrógrada en quirófano y, en función de hallazgos, intento de cateterización retrógrada +/-NPC o reconversión a cirugía abierta. Se entrega consentimiento informado para ambos procedimientos, que la paciente comprende y firma.

A las 12:27 horas se realiza tacto vaginal, evidenciándose fondo vaginal abierto con salida de débito de aspecto urinoso. Paso fácil de cistoscopia bajo visión directa. Vejiga de buena capacidad. Se realiza pielografía retrógrada, evidenciándose muñón distal izquierdo y extravasación de contraste a nivel de ureter distal. Paso de guía sensor hasta lesión y ascenso de ureteroscopia rígida en paralelo. Se evidencia lesión ureteral completa. Ascenso de guía sensor hasta pelvis renal bajo control con escopia. Colocación NPC izquierda en GCI (pig tail 8F) bajo control ecográfico y con escopia. Colocación catéter JJ izquierdo 6x28. Comprobación de la correcta colocación mediante radiografía. SV 16f, balón 10cc. Sin incidencias.

A las 22:30 horas avisan al urólogo de guardia por pico febril 38.3°, asociado a cuatro deposiciones diarreicas durante la tarde. Se solicita urocultivo, hemocultivos y coprocultivo.

El 23 de noviembre de 2017 tiene lugar revisión por Ginecología: aceptable estado general. Encamada. Afebril. Refiere pérdida de líquido por genitales con el esfuerzo defecatorio. Abdomen blando, no distendido. Sondaje vesical correcto, orina clara en bolsa y nefrostomía. Sin drenaje por perisonda. Con Valsalva, se aprecia leve pérdida de líquido por

vagina. Proteína C reactiva >250 mg/L, hemoglobina 9.50 g/dL. Se pauta cambio de antibiótico a Meropenem.

A las 13:43 horas es valorada por Urología: buen estado general, fiebre 38.3. Persiste con secreción por vagina abundante. Abdomen blando, depresible, doloroso en flanco izquierdo. Orina por sonda vesical clara 380cc y NPC hemática clara 380cc. En radiografía de abdomen se objetiva catéter JJ bien posicionado, al igual que el catéter de nefrostomía. Ginecología cambia el antibiótico a Meropenem.

El 24 de noviembre de 2017 la paciente está afebril y encamada por importante cefalea que le ha impedido conciliar el sueño. Abdomen blando, ligeramente distendido. Heridas normales. Orina en ambas bolsas (hematúricas) 150 desde las 8 AM; la NPC tiene orina clara en tubo. Ha disminuido la pérdida por vagina, ahora es más hemática. Analítica de la mañana estable, mejorando coagulación, aunque PCR continúa > 250. Se administra ketorolaco para cefalea. El resto del tratamiento igual.

El 25 de noviembre de 2017 la paciente está afebril, con mejor estado general. Persiste secreción por vagina, cada vez menos, serohemático. Abdomen blando, depresible, mejor del dolor. Orina por sonda vesical y NPC más clara. Se queja sobre todo de cefalea, que cede con analgesia pero que no se quita del todo, y de dolor en bipedestación, que comienza en espalda y se irradia bilateralmente a ambas piernas hasta los gemelos. Se pautan antiinflamatorios para el dolor, que parece mecánico, secundario a la posición de litotomía del quirófano.

El 26 de noviembre de 2017 la paciente sigue en tratamiento con Meropenem y afebril, sin nuevos episodios de cefalea. Persiste débito urinoso-hemático claro a través de vagina, mínimo manchado de compresa, no sabe precisar cuántas. Abdomen blando, depresible, no doloroso. La analítica muestra descenso leucos y proteína C reactiva. Se mantiene Meropenem por el momento.

El 27 de noviembre de 2017 la evolución clínica es favorable. Analítica con PCR en descenso; anemización. Clínicamente muy buen estado general. Precisa poco rescate analgésico. Persiste débito por vagina que refiere como escaso, aunque cree que a veces es pérdida por uretra a pesar de la sonda. Orina clara y abundante en ambas bolsas. 6° día de Meropenem.

El 28 de noviembre de 2017 la paciente sigue afebril. Persiste mínimo débito a través de vagina. Orina clara por SV y NPC. Analítica: descenso PCR. Urocultivos negativos. Se realiza urografía intravenosa (UIV): persiste fuga en uréter distal en fase de vaciado. Se pauta retirar sonda vesical y antibiótico vía oral (Cefixima).

El 29 de noviembre de 2017 presenta excelente estado general. Buen control del dolor. Analgesia oral. Persiste débito por vagina leve, que se acrecienta durante deambulación y al levantarse. UIV: persiste fuga en uréter distal en fase de vaciado. Se pauta Cefixima.

El 30 de noviembre de 2017 la paciente es valorada por Urología. Está afebril. Abdomen blando, depresible, no doloroso. Persiste mínimo débito a través de vagina. Orina clara espontánea. Proteína C reactiva 20.90 mg/L. Se emite alta. Es valorada por Ginecología, pendiente de Anatomía Patológica. Es citada en Urología en el mes de enero de 2018. Revisión en Ginecología tras esa consulta.

El 11 de diciembre de 2017 acude al Servicio de Urgencias del Hospital Puerta de Hierro Majadahonda por dolor en hipogastrio y fosas renales de 2-3 días de evolución. Refiere episodios intermitentes de hematuria, asociada a disuria ocasional. Similar a cuadro previo a intervención ginecológica, aunque en menor intensidad. Sin fiebre ni sensación distérmica asociada. Refiere mayor dificultad para la deposición a raíz de la intervención quirúrgica, con ritmo regular actualmente. Sin otra clínica en la anamnesis por aparatos.

En la exploración física, se aprecia hemodinámicamente estable. Afebril, tensión arterial 113/81, frecuencia cardíaca 69 lpm. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación. Sin signos de irritación peritoneal.

Se solicitan pruebas complementarias. Se le realizan lavados de la nefrostomía, para comprobar permeabilidad de la misma.

Evolución: paciente clínica y hemodinámicamente estable durante su estancia en Urgencias. Pruebas complementarias en las que destacan piuria y leve neutrofilia, en probable relación con nefrostomía. Comprobada permeabilidad de nefrostomía. Tras comentarlo con Urología, se decide alta ante ausencia de datos de alarma.

La impresión diagnóstica es de infección de tracto urinario en contexto de paciente portadora de nefrostomía. Se pauta Ciprofloxacino, 500 mg 1 cada 12 horas durante 10 días, y asegurar ingesta hídrica de 2 litros diarios. Seguimiento por su médico de Atención Primaria

El 17 de diciembre de 2017 acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario General de Villalba. Refiere que, cuando se ha estado lavando y cambiando la bolsa, se ha manchado de sangre y el catéter está medio cm hacia afuera. Buen estado general. Afebril. En disco de nefrostomía se observa orina por aflojamiento de catéter. El juicio diagnóstico es de complicación post-quirúrgica de NFP izquierda. Se recomienda valorar por Urología en el hospital donde se operó, por lo que se la deriva al Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Una vez en el Servicio de Urgencias de este último centro, la paciente refiere que, tras recambio de la bolsa ese día, ha tenido dolor y movilización del catéter con algo de hematuria. Se mantiene funcionando, afebril, y sin otra clínica en la anamnesis por aparatos. Avisan por problemas al cambiar el catéter de la NPC izquierda. Se comprueba

permeabilidad de la misma, correcto anclaje de los puntos. Mínimo eritema de piel circundante.

El juicio clínico es de NPC funcionante normoposicionada. Seguimiento según pautas.

El 26 de diciembre de 2017 acude a consulta de Urología del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Refiere molestias miccionales ocasionales que se resuelven con antibiótico. Se pauta Cipro 250 cada 24 horas.

El 3 de enero de 2018 acude de nuevo al Servicio de Urgencias del mismo centro por retirada accidental de puntos en la NPC izquierda. Al cambiar bolsa de catéter aprecia arrancamiento accidental de puntos de catéter. Sin fiebre ni síntomas urinarios. Sin variaciones en características ni cantidad de orina en los días previos.

Exploración física: afebril. NPC izquierda en buen estado, permeable, con salida de orina clara. Puntos de sutura arrancados. Se realiza colocación de nuevos puntos a catéter de nefrostomía bajo anestesia local, sin incidencias.

Juicio clínico: arrancamiento accidental de puntos de NPC izquierda. Se pauta seguir con cuidado habitual de nefrostomía, respetando mismos plazos para recambio de disco y bolsa. Se pauta Paracetamol 1g/8 horas si hay dolor o, si hay dolor intenso, alternar con Nolotil 575mg/8 horas. Se mantienen citas como estaban previstas.

El 16 de enero de 2018 acude a consulta de Urología. Refiere molestias miccionales ocasionales que se resuelven con antibiótico. Cierta molestia por la nefrostomía. Sin evidencia de infección. En urografía intravenosa realizada el 12 de enero de 2018, no se objetiva evidencia de fuga. Pielografía anterógrada: sin evidencia de fuga de contraste, paso

adecuado de contraste en la zona de la fístula. Se decide cerrar nefrostomía. Posterior retirada de doble J y reevaluación, con cita la semana siguiente.

El 18 de enero de 2018 acude de nuevo a Urgencias del Hospital Puerta de Hierro Majadahonda por fiebre con sensación distérmica de hasta 39°C de 24 horas de evolución. Cierre de NPC izquierda hace 48 horas. Desde entonces asocia dolor en fosa renal izquierda y suprapúbico tipo pinchazo. La paciente niega disuria ni coluria ni otra clínica miccional.

En la exploración física, con temperatura de 38°C, se aprecia abdomen blando y depresible, doloroso en hipogastrio y fosa renal izquierda. Se levantan apósitos y se abre tapón de NPC, con salida de escasa cantidad de orina a ritmo no desobstructivo.

Se realiza radiografía de abdomen, que objetiva catéter JJ y NPC izquierdos normoposicionados.

Análisis de orina: Leucocitos +3 cel/ μ L, Hematíes +2 cel/ μ L, Turbidez +1. Sedimento urinario: Leucocitos/campo, Piuria, Hematíes sombra 10 - 15 / Campo, Bacteriuria abundantes. Se solicita interconsulta a Urología, quedando la paciente en observación, en tratamiento con ceftriaxona hasta el día siguiente.

Se produce el alta de Urgencias con nefrostomía percutánea abierta (NPC) e infección del tracto inferior en paciente portadora de NPC izquierda tras cierre de la misma. Ciprofloxacino: 500mg cada 12 horas por 15 días. Se mantiene consulta ya prevista.

El 24 de enero de 2018 acude a Urgencias del mismo hospital por presentar filtración de orina por fuera del tapón de NPC. Se realiza, previo comentarlo con adjunto de guardia, pinzamiento del catéter directamente pues no hay tapón disponible para el catéter. Se mantiene tratamiento

con antibiótico. En caso de complicaciones, se recomienda acudir a Enfermería de la consulta de Urología si es en la mañana, si no, acudir a Urgencias.

El 25 de febrero de 2018 la paciente acude a Urgencias por fiebre desde hace 3 días, con pico de 38°C esa mañana, sensación distérmica y tiritona. Refiere febrícula ocasional desde hace semanas asociada a dolor en hipogastrio, sin disuria ni polaquiuria acompañantes. En ocasiones el dolor se irradia hacia fosa renal izquierda. Sin otra sintomatología.

La exploración física revela buen estado general. Abdomen no distendido, blando sin dolor a la palpación. Zona de nefrostomía sin datos de infección. Puño percusión renal izquierda dudosamente positiva. Derecha negativa.

Plan: analítica, orina, cultivos y antibioterapia con septrim dados los resultados del último uroC.

Se realiza interconsulta a Urología: en radiografía de abdomen, se objetiva catéter bien posicionado, no calcificado.

Se aíslan más de 100.000 u.f.c/ml. Aislamiento: Staphylococcus aureus. Se llama a Microbiología, quienes telefónicamente indican la presencia del mismo germen en crecimiento de cultivo tomado el 22 de febrero de 2018 en consulta externa.

La impresión diagnóstica es de infección del tracto urinario complicada. Se mantiene a la paciente en observación hasta el día siguiente en aislamiento.

El 26 de febrero de 2018 es valorada por Microbiología y Enfermedades Infecciosas: la paciente corrobora fiebre con dolor en fosa renal izquierda de 3 días de evolución sin referir síndrome miccional asociado u otra sintomatología a la anamnesis por aparatos. Puño

percusión renal izquierda positiva. Urocultivo de enero: cultivos con SARM sensible a cotrimoxazol, daptomicina, linezolid, pristinamicina (Microbiología confirma crecimiento de bacteria de características similares). Analíticamente, se observa PCR en ascenso 27,25mg/L. leucos y neutros en descenso. Pendiente de crecimiento de cultivos y retirada de JJ, se decide seguir evolución y mantener antibioterapia. La paciente ingresa en Urología.

El 28 de febrero de 2018 la paciente es valorada de nuevo por Infecciosas, sin cambios, y por Urología, que pauta UROTAC para el día siguiente. Se hace constar que, posteriormente, se podrá retirar el catéter en función de hallazgos.

El 1 de marzo de 2018 se realiza urografía: vía urinaria con calibre normal en paciente portador de doble J izquierdo normoposicionado, con extremo proximal localizado en cálices superiores. En fase excretora realizada a los 8 minutos, no se observa extravasación de contraste desde vía urinaria. En región anexial izquierda se observa imagen nodular líquida de morfología ovalada de 4,8 cm, sin poder precisar si corresponde a restos de urinoma versus quiste anexial. Aunque por morfología la imagen sugiere inicialmente más la presencia de un quiste anexial, se aconseja correlación clínica para valorar nuevo control en función de evolución del paciente. Consta en la historia clínica que, en caso de persistir sospecha de urinoma activo, se aconseja realización de excretoras más tardías, ya que una única fase excretora precoz (como la realizada) puede infravalorar fugas de contraste.

Se decide retirada de catéter JJ para ese día y TAC de control en 3 semanas. Valorada la paciente por Microbiología y Enfermedades Infecciosas, se decide mantener antibióticos sin cambios, sin contraindicación para el alta, debiendo mantener tratamiento antibiótico hasta cumplir 14 días.

El 2 de marzo de 2018 la paciente recibe el alta con el diagnóstico de infección del tracto urinario por SARM en paciente portadora de catéter JJ, tras iatrogenia ureteral en tratamiento antibiótico con Cotrimoxazol.

El 3 de marzo de 2018 acude de nuevo a Urgencias por salida de líquido claro por uretra (aunque no es capaz de precisar si es por zona vaginal). Ha presentado temperatura de 37.7°, sin sensación distérmica ni tiritona. Refiere molestias en fosa renal izquierda. En el informe del uroTC del ingreso, no se aprecia fuga de contraste de vía excretora.

La exploración física muestra buen estado general, temperatura 37.7°, tensión arterial 142/71 y abdomen no distendido, blando. Molestias en región suprapúbica, que se irradian a fosa renal izquierda con la palpación profunda. Sin signos de irritación peritoneal.

Impresión diagnóstica: mala evolución de infección del tracto urinario tras retirada de catéter doble J. En la radiografía de abdomen, no existen datos de obstrucción aguda. Sin gas fuera de asas ni en vía urinaria.

Se realiza interconsulta a Urología y se envía a Ginecología, donde con espéculo se objetiva salida de líquido claro abundante, que se recoge para enviar a Bioquímica. El 4 de marzo de 2018 Bioquímica informa que el líquido vaginal es compatible con orina. Se decide URO TC y NPC tras consulta con Radiología.

Se realiza TC abdomino-pélvico: en el riñón izquierdo se observan focos hipodensos corticales en fase nefrogénica que radiológicamente presentan la posibilidad de pielonefritis aguda. Asocia realce del urotelio y dilatación grado II-III/IV del uréter izquierdo. En fase excretora, se objetiva paso de contraste desde el uréter izquierdo hacia la vagina, en relación con fistula urétero-vaginal. Mínima cantidad de líquido libre en pelvis.

La paciente ingresa, procedente de Urgencias y diagnosticada de fistula uretero-vaginal, para nefrostomía percutánea. A las 14:03 horas, el Servicio de Cirugía Vascular realiza nefrostomía percutánea izquierda, con control ecográfico y fluoroscópico, que resulta difícil técnicamente por aumento de consistencia en planos musculares (varias nefrostomías previas). No se producen complicaciones inmediatas. Mediante acceso ecográfico, se realiza nefrostomía percutánea en riñón izquierdo, resultando muy laboriosa la colocación por tener tejido fibroso que dificulta el paso del dilatador. Se deja colocado catéter, curado, cubierto con apósito de protección y abierto a bolsa. El catéter queda sujeto a piel con sistema securcath.

El 5 de marzo de 2018 la paciente se encuentra afebril, con abdomen no doloroso, orina clara por SV y NPC. Proteína C reactiva 40.00 mg/L, Leucocitos 6.71 x10³/microL, Neutrófilos 4.50 10³/microL, Neutrófilos 67.10 %. Se solicita valoración por Anestesiología, ECG y radiografía de tórax. Se decide retirar sonda vesical.

El 6 de marzo de 2018 la paciente es valorada por Anestesia para reimplante ureteral con resultado de apta, ASA II, y firma del consentimiento informado.

En TC realizado 4/3 se visualiza fistula urétero-vaginal y dilatación de la vía excretora grado II-III/IV, hallazgos radiológicos que sugieren pielonefritis aguda. Temperatura de 37,8°C a su llegada y febrícula desde el ingreso. En tratamiento antibiótico con Cotrimoxazol 800mg cada 12h desde hace 11 días. Buen estado general. Refiere dolor ocasional en región baja del abdomen y región lumbar. NFP colocada con buen aspecto, sin dolor. Abdomen blando y depresible, con leve molestia a la palpación profunda de hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal.

En analítica, se objetiva PCR de 40, sin leucocitosis. Resto normal. Urocultivo del 4/3 negativo. Urocultivo del 26/2 SARM, sensible a Cotrimoxazol y Vancomicina. Hemocultivos 4/3 pendiente. Se añade

ciprofloxacino 500mg cada 12 h de forma empírica ampliando cobertura antibiótica para Gram negativos, a la espera de hemocultivo y nuevo urocultivo.

El 8 de marzo de 2018 la paciente continua con tratamiento con Cotrimoxazol (03/03) + Cipro (06/03). Afebril. Presenta orina clara por NPC. Diuresis espontánea. Urocultivo 05/03: C.albicans.

Se programa cirugía para reimplante ureteral. Se entrega consentimiento informado, que la paciente comprende y firma. Valorada por Microbiología, se aíslan levaduras en urocultivo de cándida, pero no se considera oportuno el inicio de tratamiento antifúngico dada la falta de factores de riesgo en la paciente. Se mantiene antibioterapia empírica con ciprofloxacino y tratamiento dirigido con cotrimoxazol.

El 12 de marzo de 2018 se realiza reimplante ureteral izquierdo, con liberalización de uréter que se encuentra engrosado hacia cefálico y hacia vesical. Sección del mismo en la zona más baja posible. Sección del uréter y ligadura con punto de parte distal. Puntos a psoas. Colocación de catéter JJ 6*26. Anastomosis con vicryl de 4 -0 según técnica de Alferez. Colocación de drenaje en lecho.

El 13 de marzo de 2018 la paciente está afebril, con buena evolución. Proteína C reactiva 31.60 mg/L, Leucocitos 5.81 x10³/microL, Neutrófilos 3.85 10³/microL, Neutrófilos 66.30 %. La radiografía de abdomen objetiva JJ y NPC normoposicionados.

El 14 de marzo de 2018 permanece afebril. Abdomen blando, depresible, doloroso en FII, sin signos de irritación peritoneal. Buena tolerancia oral. Realiza mínima deposición. Herida quirúrgica en buen estado. Drenaje: 19cc. SV: orina hemática vieja, 1400cc. NPC: orina clara: 1500cc. Por parte del Servicio de Microbiología y Enfermedades Infecciosas se decide mantener antibiótico hasta cumplir 14 días.

El 18 de marzo de 2018 la paciente continúa afebril y presenta abdomen doloroso en zona caudal de herida quirúrgica sin datos de complicación. El día anterior, al realizar deposición, mínimo sangrado fresco, autolimitado, y expulsión de material mucoso/blanquecino. Deposiciones posteriores sin alteraciones. Sin hemorroides ni fisuras anales a la exploración física. Al día siguiente, se retira sonda vesical. El 20 de marzo de 2018 recibe el alta.

El 3 de abril de 2018 acude a consulta para control del reimplante ureterovesical por lesión ureteral izquierda. Refiere alguna pequeña molestia. El 9 de abril de 2018 se realiza retirada de catéter doble J sin incidencias.

El 1 de junio de 2018, el informe de la urografía intravenosa realizada a la paciente determina que *“no existe evidencia de fuga de contraste. No imágenes sugestivas de litiasis. Riñones de tamaño y nefrograma normales, con corticales de grosor conservado. Vía urinaria no dilatada. Vejiga con buena capacidad, de paredes lisas, sin defectos de repleción significativos”*. En informe de ecografía de aparato urinario de 3 de julio de 2018 se refleja *“riñones de tamaño y morfología normal con corticales de grosor homogéneo y ecogeneidad conservada, sin evidencia de procesos expansivos sólidos ni dilatación de las vías excretoras. Vejiga bien replecionada con paredes lisas de grosor normal, sin evidencia de lesiones murales vegetantes endoluminales ni cálculos intravesicales. RESUMEN: Exploración sin alteraciones patológicas significativas”*.

El 3 de agosto de 2018 se realiza flujometría, que objetiva curva con buena morfología. El 7 de agosto de 2018 la paciente acude a consulta de Urología: asintomática, no ha vuelto a tener problemas. La analítica es normal. Sedimento normal. Ecografía urológica normal. La paciente presenta urografía intravenosa normal de mayo, con buena eliminación simétrica del contraste, sin dilatación renal ni ureteral, buen paso de

contraste a nivel distal del uréter izquierdo. Se pauta revisión con eco en aproximadamente 6 meses.

Consta en el expediente parte médico de alta de incapacidad temporal de la paciente de 7 de septiembre de 2018 (folio 540).

El 12 de abril de 2019 acude a consulta. La ecografía es normal. La paciente está asintomática, sin infecciones del tracto urinario, sin hematuria y sin crisis renoureteral. Se pauta control en aproximadamente un año con ecografía.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se inició el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo de lo dispuesto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC), de lo que se dio traslado a la reclamante.

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la paciente del Hospital Universitario El Escorial y del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (folios 10 a 407 del expediente).

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, se ha recabado el informe del Servicio de Ginecología del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, emitido el 15 de agosto de 2019 por su jefe de Sección. Refiere el informe que *“las lesiones de vía urinaria como complicaciones de cirugía ginecológica son posibles y están claramente recogidas en la literatura científica ...Para la resolución de dichas lesiones se requieren: pruebas de imagen específicas (uroTAC, urografías intravenosas, pielografía, cistoscopias...), procedimientos complejos (nefrostomías percutáneas, colocación de catéteres...), tiempos de espera para asegurar la respuesta a esos tratamientos conservadores con la intención de evitar cirugías de mayor complejidad como la reimplantación ureteral.*

Dichos procedimientos y pruebas de imagen pueden dar lugar a infecciones secundarias a la manipulación de las vías urinarias, como ha ocurrido en el caso de esta paciente...La aparición de infecciones intercurrentes no es previsible y pueden ocurrir a pesar de todas las medidas profilácticas empleadas para evitarlas, lo que en este caso en particular, ha provocado varias visitas a Urgencias e ingresos, procediéndose según necesidades de cada momento.

A pesar de todo lo acontecido, en la actualidad la paciente ha recuperado la funcionalidad total de su vía urinaria, sin quedar afectada la función renal, presentando como única secuela la cicatriz necesaria para la realización del reimplante ureteral definitivo”.

Con fecha 3 de septiembre 2019, emite el Servicio de Urología del citado hospital un “*informe de seguimiento en consulta externa*”, que se limita a transcribir la intervención del referido servicio en la atención sanitaria y en la correspondiente historia clínica de la paciente, sin realizar ni aportar explicación alguna en relación con su evolución clínica.

Por último, se ha incorporado al procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria, de 31 de julio de 2020, que, tras examinar la historia clínica de la paciente, los informes emitidos en el curso del procedimiento y efectuar las oportunas consideraciones médicas, concluye que la asistencia prestada por el Servicio de Ginecología del hospital ha sido correcta de acuerdo a la *lex artis*.

Una vez instruido el procedimiento, mediante oficio de 3 de diciembre de 2020, se confirió trámite de audiencia a la reclamante, por medio de su abogado. El abogado de la reclamante presenta escrito de 13 de enero de 2021, reiterando que en el proceso y tratamiento médico quirúrgico realizado a la interesada no se ha actuado correctamente, lo que ha originado las lesiones producidas y, por lo tanto, existe responsabilidad patrimonial, debiéndose hacer cargo de las indemnizaciones correspondientes.

Finalmente, el 27 de enero de 2021 se formula propuesta de resolución por el viceconsejero de Asistencia Sanitaria, en la que se desestima la reclamación al no existir evidencia de que la asistencia haya sido incorrecta o inadecuada a la *lex artis*.

CUARTO.- El 26 de febrero de 2021 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial. Estimándose que el expediente estaba incompleto, al amparo de lo establecido en el artículo 19.1 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid (en adelante ROFCJA), aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero, del Consejo de Gobierno, se solicitó el complemento del mismo. El día 3 de marzo de 2021 se recibió contestación del órgano administrativo, reanudándose el plazo para la emisión del dictamen solicitado.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 96/21 al letrado vocal D. Francisco Javier Izquierdo Fabre, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 23 de marzo de 2021.

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 euros, y a 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).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada, según consta en los antecedentes, ha de ajustarse a lo dispuesto en la LPAC, dada la fecha de presentación de la reclamación.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo del artículo 4 de la 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 es la persona que ha recibido la atención sanitaria objeto de reproche. No obstante, se observa que actúa por medio de un abogado, si bien no ha acreditado la representación al haberse aportado al procedimiento un documento privado.

Como ha señalado esta Comisión, en sus dictámenes 399/16 de 8 de septiembre, 430/16, de 29 de septiembre, 500/16, de 3 de noviembre y, más recientemente, 472/20, de 20 de octubre, entre otros, si bien es cierto que en el ámbito privado, el artículo 1710 del Código Civil establece que el mandato puede ser expreso o tácito, y que el expreso puede otorgarse en documento público o privado, y aun de palabra, en el ámbito del procedimiento administrativo, el artículo 5 LPAC, al igual que establecía el artículo 32 LRJ-PAC, es muy explícito al exigir la acreditación de la representación. Se infiere así que los documentos privados no cumplen el requisito de fehaciencia impuesto por la normativa de procedimiento administrativo, tal y como, por ejemplo, se indicó en la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana de 1 abril de 2004 (Rec. 109/2003), que confirmaba una resolución administrativa en la que no se admitía la representación otorgada a un abogado mediante documento privado.

Hecha la anterior puntualización, y como quiera que la Administración ha entrado a conocer el fondo del asunto por entender correctamente acreditada la representación conferida, esta Comisión, a pesar de considerar que existe un defecto de falta de representación, examinará la concurrencia de los requisitos para estimar, en su caso, la presencia de responsabilidad patrimonial, sin perjuicio de recordar a la Administración la necesidad de que la representación se acredite en forma adecuada.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto la asistencia sanitaria se prestó por el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, que forma parte de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

En cuanto al 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. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas (cfr. artículo 67.1 de la LPAC).

En la presente reclamación, la histerectomía objeto de reproche por la reclamante tuvo lugar el 13 de noviembre de 2017, teniendo que ser sometida a una nueva intervención de reimplante ureteral el 12 de marzo de 2018, y permaneciendo de baja laboral hasta el 7 de septiembre de 2018, tal y como consta en el expediente. En consecuencia, la reclamación, presentada el 29 de julio de 2019, ha sido formulada en plazo.

En cuanto al procedimiento, se observa que se ha recabado informe del Servicio de Ginecología del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda y del Servicio de Urología del citado hospital, si bien este último es una mera transcripción de la historia clínica de la paciente.

Ahora bien, se observa además que tanto el escrito de reclamación como los informes obrantes en el expediente refieren que la paciente ha sufrido una infección en el proceso de atención sanitaria y, en palabras de la propia Inspección Sanitaria, *“la aparición de infecciones intercurrentes no es previsible y pueden ocurrir a pesar de todas las medidas profilácticas empleadas para evitarlas, lo que en este caso en particular, ha provocado varias visitas a Urgencias e ingresos, procediéndose según necesidades de cada momento”*.

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, el más reciente el Dictamen 120/21, de 9 de marzo, *“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 mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 17 de febrero de 2020 (rec. nº 508/2018) afirma que *“la responsabilidad patrimonial por la infección nosocomial no nace de su sola existencia, sino de su atribución a un deficiente funcionamiento del servicio sanitario por no haberse utilizado los medios disponibles en el hospital para evitarla”*.

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, teniendo en cuenta la función del dictamen de esta Comisión, en cuanto garante de los derechos de los interesados en el procedimiento y del acierto de la decisión de la Administración que ponga fin al procedimiento, se considera que ha de retrotraerse éste para que se complete la historia clínica y se dé respuesta a los interrogantes planteados y, por tanto, se aporte por el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda información de las medidas adoptadas para prevenir la infección nosocomial en todas las intervenciones y prácticas médicas realizadas a la paciente, tanto por parte de los servicios de Ginecología y de Urología, como del servicio al que corresponde la competencia en este ámbito, es decir, el Servicio de Medicina Preventiva. Una vez recabada dicha información, deberá darse traslado a la Inspección Sanitaria para nuevo informe y conferir trámite de audiencia a la interesada.

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

CONCLUSIÓN

Procede retrotraer el procedimiento para que se tramite en la forma dispuesta en la consideración de derecho segunda 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 23 de marzo de 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 143/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid