

Dictamen nº: **177/21**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **20.04.21**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 20 de abril de 2021, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en relación con la reclamación formulada por Dña. y Dña., (en adelante “*las reclamantes*”) por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su esposo y padre D. que atribuyen a la inadecuada atención sanitaria recibida en la realización de una nefrostomía en el Hospital Universitario de Torrejón (HUT).

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado el 6 de agosto de 2019 en un registro electrónico del Ayuntamiento de Madrid, las reclamantes, asistidas por un abogado colegiado, formularon una solicitud de indemnización por el fallecimiento de su familiar.

En su escrito afirmaban que su familiar ingresó el 31 de julio de 2018 en Urgencias del HUT por dolor en costado izquierdo, náuseas, vómitos y problemas para orinar.

Se detectó una obstrucción del riñón por lo que fue intervenido para implantar un catéter “*doble J*” descartándose la realización de una nefrostomía por ser más agresiva si bien posteriormente tuvo que realizarse.

Según les informaron, en la implantación del catéter hubo que realizar más fuerza de lo debido dado el grado de obstrucción lo que provocó una fistula que no fue inicialmente apreciada y que posteriormente ocasionó daños. Además, para realizar una biopsia, se inyectó agua a presión lo que agrandó la fistula.

Según las reclamantes en ese momento debería haberse interrumpido la intervención, pero sin embargo se presionó demasiado y se inyectó el agua, ocasionando la fistula.

Posteriormente el paciente mejoró y pudo orinar si bien a las 48 horas al no avanzar la mejoría se realizó un TAC en el que se apreció una “*bolsa de orina*” (urinoma) causada por la fistula, reprochando las reclamantes que en esas 48 horas no se hiciera nada, pese a los síntomas de hinchazón.

El 8 de agosto de 2018 ante la mala evolución se realizó una nefrostomía con resultado satisfactorio, comenzando a orinar si bien con sangre en la orina y con problemas para andar. Al advertir inflamación en la pierna se retiró la vía para evitar trombos.

Por desgracia falleció el 10 de agosto cuando se encontraba estabilizado y a punto de recibir el alta. La causa de la muerte según la autopsia de 4 de octubre de 2018 fue una insuficiencia cardíaca aguda secundaria a un *cor pulmonar* agudo secundario a un tromboembolismo pulmonar (TEP) en contexto infeccioso.

Las reclamantes se preguntan por la causa de la infección y del encharcamiento de los pulmones cuestionando la asistencia médica en los siguientes puntos:

-Las complicaciones pulmonares surgen como consecuencia de la asistencia sanitaria por la obstrucción urinaria y la no realización inicialmente de una nefrostomía optando por la colocación de un catéter “*doble J*”.

-En la implantación del catéter ante la resistencia que se ofrecía debería haberse procedido a la retracción en lugar de forzar evitando así la producción de una fistula que provocó una salida de orina que no fue advertida hasta 48 horas después.

Considera la reclamación que concurren los requisitos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, haciendo especial hincapié en su carácter objetivo.

En cuanto a la valoración del daño destaca su dificultad dada su naturaleza de daños morales por lo que no considera posible cerrar su cuantificación si bien considera que será superior a 15.000 euros.

Solicita que se tenga por interpuesta “*reclamación previa a la vía contencioso-administrativa*”.

Aporta documentación médica, informe de autopsia y copia del Libro de Familia.

Solicita por otrosí el recibimiento a prueba y en concreto los consentimientos informados firmados por el paciente.

SEGUNDO.- En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo al que se ha incorporado la

historia clínica del HUT ha puesto de manifiesto los siguientes hechos.

El familiar de las reclamantes, nacido en 1965, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento farmacológico, nefrectomía radical derecha por un carcinoma urotelial en el año 2000, síndrome de apnea obstructiva del sueño de grado moderado y exfumador desde los 35 años, acudió el 31 de julio de 2018 al Servicio de Urgencias del HUT por oliguria acompañada de náuseas, vómitos y dolor en flanco izquierdo.

Refiere anuria de un día de evolución, acompañado de deposiciones líquidas sin productos patológicos, también náuseas sin vómitos.

Explica que el día anterior acudió al centro de salud para realizar una analítica y no podía orinar e inicia dolor en flanco izquierdo importante con náuseas y vómitos, por lo que le pautan metoclopramida y Buscapina con mejoría parcial y sin poder orinar.

Durante la anamnesis presenta mejoría del dolor tras recibir metamizol.

En la exploración está eupnéico. En la auscultación pulmonar presenta murmullo vesicular conservado y en la cardíaca ruidos cardíacos rítmicos.

El abdomen es globoso, doloroso en flanco izquierdo, sin signos de irritación peritoneal. Tensión arterial: 145/90 mm hg. Frecuencia cardíaca: 90 lpm. Saturación de oxígeno 95%. Temperatura: 36,4. Glucemia: 108mg/dl. Diuresis: 106

Se realiza analítica con creatinina (Cr) 4,3 K4, PCR 2,78, leucocitos 11.679 con 72% de PMN, Hb 14,2 Hto 39%, plaquetas

24.7000 y coagulación normal. Orina sistémica: densidad, 1025 pH proteína 1 toma, Indicio glucosa, 500 mg/dl cuerpo catiónicos, negativo bilirrubina, negativo sangre, negativo nitrito, negativo urobilinogeno, 0,2 E/dl. Leucocitos, negativo sedimento. Se solicita hemocultivo y radiografía simple.

A las 18:37 horas, se realiza ecografía en la que se aprecia que el riñón está aumentado de tamaño, en relación con hipertrofia compensatoria. No se observan masas. Leve ectasia pielocalicial, con unos infundíbulos de unos 5 mm. No se observan litiasis. Ausencia de riñón derecho. Vejiga colapsada, con sonda vesical en su interior.

La impresión es de leve ectasia pielocalilcial izquierda, no se observa causa obstructiva. Ausencia de riñón derecho. En vista de los resultados ecográficos con uropatía gl de riñón izquierdo, el servicio de Urgencias solicita interconsulta con Urología, para derivación urinaria urgente.

El 1 de agosto se realiza lectura de los resultados del estudio microbiológico (urocultivo): 0 n° de colonia en orina, negativo.

A las 7:40 horas se realiza última analítica de control, Cr 4,3 (1,77), PCR 2,78 l 11,67 N72%. Gasometría venosa: pH 7,36 HCO₂, 23,4, láctico 43,3. TA: 148/88 mmhg. Frecuencia cardíaca: 98 lpm. Saturación O₂ 95%. Diuresis 102cc. SO no patológico. Hiperlactacidemia en probable relación a cuadro de deshidratación por GEA en paciente diabético en tratamiento con antidiabéticos orales.

A las 9:38 horas se describe parte de interconsulta a Urología. A las 12:59 horas presenta mejoría clínica del dolor (Escala visual analógica (EVA) 3-4), pasa la noche sin incidencias. Tensión arterial 160/90 mmhg, frecuencia cardíaca: 90 lpm, temperatura 37,3°,

diuresis 120 cc durante la noche. Abdomen normal. Analítica control: ácido láctico 5,7. Orina negativa. Resto no recibido. Se solicita nueva analítica. Juicio clínico: CRU (crisis renal uretral) con insuficiencia renal. Valorado por Urología, está pendiente de derivación urinaria urgente, siendo informado. Ingreso a cargo de Urología con el juicio clínico de cólico renal.

A las 13:13 horas en registro de tratamiento aparece indicado en tratamiento antibiótico con ceftriaxona.

A las 14:19 horas ingresa para derivación urinaria urgente por oligoanuria y fracaso renal agudo. En la exploración física está eupnéico, Tórax: NVC. Auscultación cardíaca: ruidos cardíacos rítmicos. Abdomen: Globoso doloroso en flanco izquierdo, no signo de irritación peritoneal Miembros inferiores: sin edemas no IP. Se decide derivación urinaria urgente mediante colocación de doble J izquierdo.

Se realizó ureteroscopia en quirófano observando zona edematosa sin conseguir visualizar litiasis. Se tomó citología selectiva y se realizó biopsia y colocación doble J el día 1 de agosto de 2018. Según la Inspección en la historia clínica consta *“documento de consentimiento informado infirmado específico para este procedimiento”*, si bien no se ha localizado en el expediente remitido a esta Comisión.

Según se registra en anotaciones, tras 24 horas de derivación tiene mejoría clínica con inicio de diuresis.

A las 48 horas presenta oligoanuria sin mejoría de función renal por lo que se solicitó TAC, en el que se visualiza que las vías urinarias no aparecen dilatadas, catéter bien posicionado, y se ve una imagen que podría corresponder a un urinoma, por lo que se decide manejo expectante.

En anotaciones del 3 de agosto, se describe lectura de TAC: Motivo de petición: sospecha de tumor uréter izquierdo. Estudio realizado: TAC de abdomen y pelvis sin contraste a petición del médico que solicita la prueba, lo que disminuye la sensibilidad de la misma. Derrame pleural bilateral de escasa cuantía, algo mayor en el lado izquierdo donde condiciona atelectasia pasiva del pulmón adyacente. Nefrectomía derecha. Moderada cantidad de líquido en el lecho quirúrgico. Catéter doble J en el riñón izquierdo correctamente situado. La vía urinaria no se encuentra dilatada. La luz no es posible valorar debido a que se encuentra el catéter doble J. Se observa importante cantidad de líquido rodeando a la vía urinaria y el espacio perirrenal. Adyacente al espacio tercio medio del uréter se observa una imagen seudonodular densa de 10 mm que no es posible definir si se encuentra en el interior de la luz o en situación extraluminal. Tiene 89 UH de densidad lo que hace más probable que se trate de un pequeño hematoma antes que un proceso neoplásico, a valorar evolutivamente. Líquido libre en pelvis. En el seno renal izquierdo se aprecian litiasis milimétricas no obstructivas. Colelitiasis. Vías biliares no dilatadas. Hernia de hiato. Resto sin hallazgos destacables (estudio de baja sensibilidad para detección de lesiones parenquimatosas debido a falta de contraste).

El 4 de agosto se registran anotaciones con resultados de ecografía urológica abdominal: riñón izquierdo con diámetro longitudinal normal, de ecoestructura normal, sin evidencia de masas, litiasis ni hidronefrosis. Espacio perirrenal normal. Infiltrado de la grasa perirrenal sin claros datos de colección organizada. Valorado por Nefrología al empeorar función renal a pesar de derivación urinaria, asociado a hipertensión. Analíticamente PCR en aumento con procalcitonina baja. Sin anemia, insuficiencia renal en progresión con acidosis metabólica compensada. Tendencia a la hiperpotasemia. Piden coagulación, serología e interconsulta con

unidad de cuidados intensivos para colocación de catéter central y hemodiálisis. Se canaliza Shaldon femoral derecho ecoguiado sin incidencias.

Se hepariniza y se traslada a diálisis. El 5 de agosto aparecen anotaciones de control analítico.

El día 6 se realiza lectura de TC de abdomen y pelvis. Motivo de peticiones, fallo renal después de ureteroscopia compleja en paciente monorreno. Aumento de la distensión abdominal con respecto a días previos, se solicita para comparar si hay empeoramiento o colección drenable por vía percutánea.

Se compara el TC actual con el del 3 de agosto. Se aprecia similar cantidad de líquido libre perirrenal y en pelvis. La fase excretora se observa extravasación del contraste en vía urinaria a la colocación perirrenal con aparente punto de fuga a nivel de la pelvis renal, aunque no se aprecia con claridad debido a catéter J. Resto sin cambios.

El 6 de agosto se hace constar en hoja de preoperatoria como juicio clínico: fuga urinaria, tratamiento profilaxis con ciprofloxacino. Técnica prevista: nefrostomía izquierda.

El 7 de agosto se realiza nefrostomía percutánea, procedimiento bajo anestesia general con intubación y paciente en decúbito prono monitorizado. Se logra cateterizar la vía urinaria y se progresa catéter NEF hasta la pelvis renal. Nuevamente la Inspección afirma que consta el consentimiento informado firmado para procedimiento, donde se explican riesgos y beneficios, pero no se localiza en el expediente remitido a esta Comisión.

Se realiza ecografía a través del mismo que demuestra la presencia de gran urinoma adyacente al trayecto uretral

en relación a solución de continuidad en el tercio proximal/medio del uréter izquierdo. Sobre guía super-stiff de 0.035 se progresa catéter pig-tail de 8, con extremo distal localizado en la pelvis renal. Se comprueba la correcta localización del mismo sin evidencia de fugas ni otras complicaciones valorables tras procedimiento. Se traslada a Unidad de Recuperación Postanestésica. El paciente está hemodinámicamente estable y sin complicaciones inmediatas. Se informa a la familia.

En el evolutivo presentó adecuada evolución clínica, permaneciendo afebril y hemodinámicamente estable.

El 10 de agosto presenta deterioro súbito de su estado general. Acude Enfermería encontrando al paciente en parada cardiorrespiratoria, iniciándose reanimación y se avisa a Medicina Intensiva.

Se anota en la historia: *“Me avisan por parada cardiorrespiratoria en paciente ingresado en urología. A mi llegada encuentro paciente en AESP (Actividad Eléctrica Sin Pulso). Inicio RCP (Reanimación Cardiopulmonar), primer intento fallido, intubación al 2º intento sin incidencias. Se continúan maniobras de RCP avanzada durante 45 minutos. Se canaliza CVC (catéter venoso central) femoral derecho. Durante toda la RCP mantiene actividad eléctrica a unos 20 lpm sin pulso. Se realiza gasometría arterial a los 20 minutos: pH 7.21, pCO2 70, Hb 10, no trastorno iónicos relevantes, lactato 9.*

Se realiza ecocardiograma tratorácico intraparada: mala ventana: corazón parado. No se aprecia derrame pericárdico. VI de tamaño aparentemente normal, no pudiendo apreciarse alteraciones de la contractilidad ni otras disfunciones. Tras 45 minutos de RCP se suspenden las maniobras falleciendo el paciente. El día 10 de agosto a las 15:50h.

Impresión diagnóstica: Cólico Renal. Fracaso Renal Agudo. Parada cardiorespiratoria Muerte Súbita. Pendiente de informe de necropsia para informe definitivo. Solicito a la familia Autopsia que aceptan. Tramito petición”.

El 10 de agosto de 2018 se solicita autopsia clínica que se realiza el 4 de octubre de 2018.

En la misma se recogen como conclusiones:

-Principales diagnósticos anatomopatológicos: Ausencia de riñón derecho por estatus postnefrectomía. Absceso perirrenal izquierdo con cambios isquémicos renales y perirrenales. Necrosis tubular aguda severa. Miocardioesclerosis. Hipertrofia ventrículo izquierdo y dilatación ventricular derecha. Ateromatosis aortica leve-moderada de predominio distal.

-Tromboembolismo pulmonar en vasos de pequeño y mediano calibre localizado en ambas bases pulmonares y asociados a infartos pulmonares. Edema agudo pulmonar moderado-severo. Hígado de shock. Colelitiasis.

Diagnóstico de causa de la muerte: Los resultados del estudio anatomopatológico macro y microscópico permiten llegar a la hipótesis de que el paciente falleció como consecuencia de una insuficiencia cardiaca aguda secundaria a un *cor pulmonale* secundario a un tromboembolismo pulmonar en el contexto infeccioso.

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

El 5 de septiembre de 2019 se comunica la reclamación al HUT, solicitando la historia clínica, el informe de los servicios a los que se imputa el daño y emplazando al citado hospital concertado como interesado y en esa misma fecha se requiere al abogado de las reclamantes para que se de alta en el sistema de notificaciones telemáticas de la Comunidad de Madrid

El 24 de septiembre de 2019 la aseguradora del SERMAS acusa recibo de la reclamación indicando que no al tratarse de un centro concertado no está cubierta por la póliza.

El 17 de enero de 2020 el HUT aporta documentación (historia clínica e informes).

La jefa del Servicio de Cuidados Intensivos emite informe (folio 73) de fecha 2 de enero de 2019 (sic) en el que expone que el paciente no estaba ingresado en el “SMI” pero fue atendido en dos ocasiones procediendo a transcribir la asistencia prestada.

El 4 de agosto de 2019 se solicitó colocación de catéter urgente. Se canalizó un Shaldon femoral derecho coguiado sin incidencias. Se heparinizaron las vías y se trasladó al paciente a diálisis.

El 10 de agosto de 2019 avisan al busca de paradas por parada cardiorespiratoria en paciente ingresado en Urología. A la llegada el paciente está en actividad eléctrica sin pulso (AESP). Se inician maniobras de reanimación y se realiza intubación orotraqueal con primer intento fallido y éxito al segundo. Se realiza reanimación durante 45 minutos con administración de adrenalina, bicarbonato y cloruro cálcico. Durante este periodo mantuvo actividad eléctrica (20 lpm sin pulso). Se realizaron gasometría arterial y ecocardiograma torácico intraparada. A los 45 min se suspendieron las maniobras falleciendo el paciente. Se solicitó autopsia a la familia que aceptó.

El informe concluye indicando que: *“Dados los resultados objetivados en la autopsia del paciente y la estabilidad clínica previa con una PCR súbita consideramos que la causa que pudo favorecer la PCR podría haber sido un embolismo pulmonar sin poder descartar un evento isquémico cardíaco en un paciente con cardiopatía isquémica crónica”*.

Consta un *“informe del Servicio de Urología”* sin fecha y firmado por un facultativo que no indica su cargo.

Dicho informe se limita a una exposición de la asistencia sanitaria prestada si bien recoge algunas explicaciones de su actuación. En concreto y referente a la colocación del catéter se indica que al presentar el 1 de agosto deterioro de la función renal con Cr de 5,3 mg/dl se decidió derivación urinaria urgente con exploración quirúrgica y colocación de catéter doble j 6x28. Se precisó el uso de ureteroscopio por dificultad de ascenso de guía a cavidades renales. Una vez colocada la guía sensor de seguridad se realizó exploración ureteral que apreció una zona edematosa/inflamatoria sugestiva de tumoración por lo que se decidió tomar una muestra para biopsia al no observarse litiasis como causa de obstrucción.

Tras mejoría inicial con descenso de Cr a 4,3 mg/dl el 3 de agosto experimento un empeoramiento por lo que se realizó un TAC observándose una colección sugestiva de urinoma. El catéter estaba correctamente colocado y no había hidronefrosis. Se decidió manejo conservador ya que el catéter estaba bien colocado. Una nefrostomía en paciente monorreno y sin dilatación de la vía urinaria no está exenta de complicaciones y es una técnica difícil en esas circunstancias.

Ante el empeoramiento se inició hemodiálisis y se repitió el TAC observándose fuga de contraste en vía urinaria con aparente punto de fuga a nivel de pelvis renal. Se decide nefrostomía izquierda que se

realiza sin incidencias con franca mejoría y función renal con Cr de 2,1 mg/dl.

Durante el ingreso permaneció afebril con cobertura antibiótica de ceftriaxona y tratamiento antitrombótico con enoxaparina. No se apreciaron signos de complicación infecciosa y el cultivo de orina al ingreso fue negativo.

El 10 de agosto se encontraba bien por lo que se planteó el alta al día siguiente. A las 15:00 horas su esposa aviso a Enfermería por pérdida de conocimiento avisando a UCI que realizó maniobras de reanimación sin éxito y falleciendo a las 15:50 horas.

El 3 de agosto de 2020 emite informe la Inspección Sanitaria.

Tras exponer la patología que afectaba al familiar de las reclamantes concluye que la causa de la muerte fue un absceso izquierdo que pudo favorecer la aparición de múltiples tromboembolismos pulmonares generando el posterior *cor pulmonale* agudo que, justo con su cardiopatía crónica de base (hipertrofia cardiaca izquierda, miocardioesclerosis y arterioesclerosis coronaria severa) probablemente acabó generando una insuficiencia cardiaca y el fallecimiento. En relación al absceso perirrenal, las infecciones supurativas retroperitoneales que involucran el riñón son difíciles de diagnosticar y de tratar. Tradicionalmente los abscesos perirrenales han sido asociados con mortalidad y morbilidad significativas

Por todo ello considera que la atención fue correcta.

El 25 de noviembre de 2020 se concede trámite de audiencia a las reclamantes (notificado el 14 de diciembre por correo certificado) y al HUT (notificado el 27 de junio).

No consta en el expediente la presentación de alegaciones.

Finalmente, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria formuló propuesta de resolución, de 23 de febrero de 2021, en la que propone al órgano competente para resolver, desestimar la reclamación al haberse actuado con arreglo a la *lex artis*.

CUARTO.- El consejero de Sanidad formula preceptiva consulta por trámite ordinario que ha tenido entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el 11 de marzo de 2021, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, al letrado vocal D. Carlos Yáñez Díaz, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberado y aprobado, por unanimidad, en el Pleno de la Comisión en su sesión de 20 de abril 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, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3 del Reglamento de Organización y funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

La normativa aplicable a la presente reclamación es la recogida en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC) y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP).

El presente dictamen se emite en plazo.

SEGUNDA.- Las reclamantes ostentan 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 LRJSP, en cuanto familiares (esposa e hija) de la persona que recibió el tratamiento médico que consideran inadecuado y cuyo fallecimiento le ocasionó un innegable daño moral.

Acreditan su condición mediante fotocopias del Libro de Familia.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto la asistencia sanitaria se prestó en el HUT que se encuentra concertado por la Comunidad de Madrid para la prestación de servicios sanitarios en el marco del Sistema Nacional de Salud.

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 Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, 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.

Por lo que se refiere al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen, a tenor del artículo 67.1 de la LPAC, un plazo de prescripción de un año desde que se produzca el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste 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

En este caso, el *dies a quo* viene determinado por el fallecimiento del familiar de las reclamantes el 10 de agosto de 2018. Por ello, la reclamación presentada el 6 de agosto de 2019 está formulada en plazo.

Respecto a la tramitación del procedimiento ha de estarse a lo establecido en la LPAC. En concreto, se solicitó el informe del servicio al que se imputa la producción del daño conforme el artículo 81 de la LPAC. Se ha evacuado el trámite de audiencia tanto a las reclamantes como al centro concertado de acuerdo con el artículo 82 de la LPAC sin que se hayan presentado alegaciones.

Igualmente se recabó el informe de la Inspección Sanitaria.

TERCERA.- El instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración, que tiene su fundamento en el artículo 106.2 de la Constitución Española y su desarrollo en la actualidad tanto en la LPAC como en la LRJSP, exige, según una constante y reiterada jurisprudencia, una serie de requisitos, destacando la sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2014 (recurso 4160/2011) que es necesario que concurra:

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.

c) Ausencia de fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta.

Igualmente exige la jurisprudencia el requisito de la antijuridicidad del daño que consiste, no en que la actuación de la Administración sea contraria a derecho, sino que el particular no tenga una obligación de soportar dicho daño (así sentencias de 1 de julio de 2009 (recurso 1515/2005) y de 31 de marzo de 2014 (recurso 3021/2011)).

CUARTA.- La reclamación considera que la actuación sanitaria fue incorrecta ya que en la implantación del catéter “*doble J*” se actuó de forma incorrecta realizando una presión excesiva lo que causó un urinoma que tuvo que ser resuelto mediante una nefrostomía. Según los reclamantes, esa acumulación de orina que tardó 48 horas en ser detectada pudo ser la causa de su fallecimiento, si bien en este punto más que una afirmación, realizan una pregunta a la Administración sanitaria. No se realiza ninguna queja en cuanto a la información suministrada al paciente y sus familiares si bien solicitan como prueba los consentimientos informados. Concedido trámite de audiencia, no han formulado alegaciones.

Han de examinarse esos reproches sobre la base del material probatorio contenido en el expediente administrativo.

En las reclamaciones sobre responsabilidad patrimonial el criterio determinante es el cumplimiento o no de la *lex artis*, en cuanto buena práctica médica. La sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2008 (recurso 2364/2004) define este concepto indicando (FJ 4º), que: *“según jurisprudencia constante de esta Sala, un acto médico respeta la lex artis cuando se ajusta al estado de conocimientos de la comunidad médica en ese momento y, así, realiza lo que generalmente se considera correcto en el tipo de situación de que se trate.”*

La carga de la prueba de la vulneración de esa *lex artis* corresponde en principio a quien reclama el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial conforme lo establecido en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil si bien teniendo en cuenta lo dispuesto en ese precepto legal en cuanto a la facilidad probatoria. Así como recuerda la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 14 de diciembre de 2017 (recurso 39/2015):

“Así, este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 27.11.1985 , 9.6.1986 , 22.9.1986 , 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero , 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997 , 21 de septiembre de 1998), todo ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad,

cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (Sentencias Tribunal Supremo (3ª) de 29 de enero , 5 de febrero y 19 de febrero de 1990 , y 2 de noviembre de 1992 , entre otras).”

Las reclamantes, como decimos, no aportan prueba más allá de alguna documentación médica y se limitan a cuestionar la asistencia prestada tanto en la implantación del catéter como en la vigilancia posterior entendiendo que esas actuaciones habrían influido en el fallecimiento.

Sin embargo, como se ha expuesto, la responsabilidad patrimonial de la Administración en materia sanitaria viene determinada por el requisito de la *lex artis* para cuya determinación cobran un especial valor los informes evacuados tanto por los servicios del HUT como por la Inspección Sanitaria.

En primer lugar, el informe del Servicio de Medicina Intensiva se refiere a dos actuaciones. De un lado la implantación del catéter en el que se indica que se procedió a heparinizar y a trasladar al paciente a diálisis. De otro lado relata su actuación en la PCR del paciente, actuación que no es objeto de reproche.

En el informe del Servicio de Urología se expone que se optó por el catéter ante los mayores riesgos que presentaba una nefrostomía en un paciente monorreno. Tras una mejoría inicial, dos días después presentó un empeoramiento, que motivó la realización de un TAC que apreció un urinoma, pese a que el catéter estaba correctamente colocado. De esta forma no puede considerarse que haya una actuación incorrecta ni que el plazo de 48 horas fuese excesivo ya que hubo una mejoría inicial y es cuando se produce un empeoramiento, cuando se realiza un TAC.

No obstante, al estar correctamente colocado el catéter, se optó por un tratamiento conservador (lógico en un paciente con un solo riñón) pero al no mejorar se repite el TAC que en esta ocasión sí muestra una fistula por lo que se decide realizar una nefrostomía asumiendo sus riesgos y logrando una clara mejoría hasta su repentino e inesperado fallecimiento. Añade una serie de datos importantes como son que el paciente estuvo afebril, sin signos de infección (cultivo de orina negativo al ingreso) y sometido a tratamiento antibiótico (ceftriaxona) y antitrombótico (enoxaparina).

Lamentablemente, ese informe no analiza la causa de la muerte. El informe de Medicina Intensiva considera (basándose en la autopsia) que pudo deberse, bien a un tromboembolismo o bien a una isquemia cardiaca en un paciente que tenía una cardiopatía isquémica crónica. Para la Inspección Sanitaria, la aparición en la autopsia de un absceso perirrenal pudo favorecer los tromboembolismos generando un *cor pulmonare* que, junto con la cardiopatía de base que presentaba el paciente, pudo determinar el fallecimiento súbito.

Es decir, el paciente no presentó signos ni de infección ni de trombos, estaba sometido a tratamiento para prevenir esos dos problemas y no hubo ningún elemento que permitiera advertir ese riesgo, como lo muestra el que iba a ser dado de alta al día siguiente.

Esta actuación no puede sino considerarse como correcta, opinión respaldada por el informe de la Inspección Sanitaria cuyo valor en este tipo de expedientes es fundamental, tal y como recuerda la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de julio de 2018 (recurso 768/2016).

En este caso, la actuación sanitaria fue correcta por más que se presentara en el último momento una complicación que conllevó el fallecimiento súbito del paciente pese a que, como decimos, se habían adoptado medidas para intentar evitarla

Debe recordarse que es reiterada la jurisprudencia que viene indicando que la asistencia sanitaria implica una obligación de medios y no de resultado. De ahí que se distinga entre medicina curativa y medicina satisfactiva como es el caso de la medicina estética.

En la medicina curativa existe una obligación de medios, y no de resultado (sentencia del Tribunal Supremo de 14 de junio de 2012 (recurso 2294/11) de tal forma que, como señalan las Sentencias del Tribunal Supremo de 20 de marzo de 2007 (recurso 7915/2003) y de 29 de junio de 2011 (recurso 2950/2007):

“(...) a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente”.

La lectura tanto de los informes de los servicios y de la Inspección Sanitaria como, especialmente, de la historia clínica permite comprobar que la atención sanitaria fue exhaustiva sin que se escatimaran medios para intentar la curación del reclamante y prevenir las posibles complicaciones. Las actuaciones médicas estaban perfectamente razonadas por más que, desgraciadamente, no lograran evitar el resultado final. Por ello no cabe apreciar ninguna vulneración de la *lex artis*.

Por todo ello ha de entenderse que no concurren los presupuestos necesarios para la declaración de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la presente reclamación de responsabilidad patrimonial al haberse actuado con arreglo a la *lex artis ad hoc*.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 20 de abril de 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 177/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid