

Dictamen n°: **192/22**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **05.04.22**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 5 de abril de 2022, 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 D., Dña. y D. por el fallecimiento de Dña., que atribuyen al retraso en el diagnóstico de un síndrome de Ogilvie en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado el día 17 de julio de 2019 en el registro del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), los interesados anteriormente citados formulan reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos por el fallecimiento de su familiar el día 23 de agosto de 2018 que atribuyen al retraso en el diagnóstico y tratamiento de un síndrome de Ogilvie en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos (folios 1 a 25 del expediente administrativo).

Según refieren en su escrito, la paciente, anticoagulada con Sintrom por una fibrilación auricular no valvular, sufría episodios de

EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) desde hacía años debido a enfisemas pulmonares de repetición y debía acudir a Urgencias y *“permanecer ingresada durante varios días en el centro hospitalario hasta que la infección de bronquios era controlada y se le daba el alta hospitalaria”*. Explica que los facultativos que la atendían habitualmente le aconsejaban que *“cuando comenzara a sentirse mal y con los mismos síntomas de siempre no esperara y acudiera al Servicio de Urgencias para ser estabilizada lo antes posible”*.

Los reclamantes consideran que el día 7 de agosto de 2018, cuando acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos por presentar un cuadro de dificultad respiratoria de 3 días de evolución, a pesar del tratamiento con dos antibióticos y corticoides que tomaba, que debió haber quedado ingresada en dicho centro hospitalario y no ser dada de alta, a la vista de los resultados que arrojaba la analítica realizada y otros síntomas que presentaba la paciente.

Según el escrito de reclamación, además, una vez ingresada en la UCI el día 9 de agosto de 2018, tras sufrir un broncoespasmo durante su estancia en el Servicio de Urgencias ese mismo día, *“la paciente permanece nada menos que 11 días con nutrición enteral y 14 días sin hacer deposición alguna hasta que se produce su fallecimiento!!!. Desarrollaría durante su estancia en UCI una peritonitis con isquemia irreversible abdominal que llevaría a su fallecimiento, y todo porque no tuvieron en cuenta que la paciente no podía realizar deposiciones ni ser movida, además se encontraba sedada y no podía exponer sus quejas sobre dolor abdominal. Falleció por un síndrome de Ogilvie no tratado”*.

Cuantifican el importe de la indemnización solicitada en 650.000 €. Con el escrito de reclamación acompañan fotocopia del DNI de los reclamantes, informes médicos y documentos de la historia clínica, fotocopia del libro de familia y escritura de adjudicación de herencia

con liquidación de la sociedad conyugal otorgada por los reclamantes y certificado de defunción (folios 26 a 213).

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

La paciente, nacida en 1952, fumadora de 12 cigarrillos al día, hasta 2012, presentaba como antecedentes hipertensión arterial, dislipemia, fibrilación auricular paroxística con mala tolerancia a antiarrítmicos y ablación realizada en abril de 2016, presentando un gran hematoma en la zona de punción femoral, persistiendo posteriormente la fibrilación y controlándose las palpitaciones con Muitaq. También tenía nódulos tiroideos (pendiente de PAAF), hipertiroidismo subclínico (TSH 0.19) transitorio, hiperparatiroidismo (PTH 106) normocalcémico, rectocele grado II, laringitis crónica, síndrome de ansiedad, había sido tratada en su juventud con inmunoterapia por pruebas cutáneas positivas para gramíneas y ácaros.

La paciente estaba en tratamiento por enfermedad pulmonar crónica obstructiva (EPOC) diagnosticada en 2010 tipo enfisema (enfisema centroacinar en la TAC) con fenotipo mixto. En enero de 2016 precisó ingreso por agudización, necesitando ventilación mecánica no invasiva, y nuevo ingreso por agudización en septiembre de 2017. En diciembre de 2017 fue atendida en dos ocasiones en el Servicio de Urgencias. En la última espirometría, de mayo de 2018 la FEV-1 era 42%. Además, también presentaba antecedentes de amigdalotomía, apendicectomía con peritonitis, basalioma en canto interno de ojo izquierdo intervenido el 11 de julio de 2017, intervenida de nódulos laríngeos con displasia leve, en junio 2018 acude a Urgencias por ojo rojo. En tratamiento habitual con Flixotide, loracepam, lovastatina, losartan, calcio+vitamina, omeprazol, acenocumarol (Sintrom), Yanimo respimar, Ventolin.

El día 6 de agosto de 2018 se realizó la analítica solicitada por Neumología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos en la revisión de mayo en la que destaca leucocitos 8.620 con 73% segmentados, 0.3% eosinófilos INR 2.74, urea 58, creatinina 0.89. Cultivo de esputo: flora mixta orofaríngea.

El día 7 de agosto de 2018 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos por presentar un cuadro de dificultad respiratoria de empeoramiento progresivo de 3 días de evolución. Asociaba tos con aumento de la expectoración de color blanquecino amarillento. Negaba fiebre o dolor torácico y había presentado autoescucha de sibilancias. Se encontraba en tratamiento con prednisona 30+claritromicina y cefixima desde hacía 3 días.

En la exploración, presentaba una tensión arterial (TA) 150/74, FC 52, saturación O₂ 96%. Se encontraba consciente y orientada, con buen estado general, bien hidratada, nutrida y perfundida. Normocoloreada y eupneica. Auscultación cardiaca irregular, sin soplos ni extratonos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular disminuido en hemitórax izquierdo, crepitantes en campo medio de pulmón derecho y en base pulmonar derecha. Extremidades sin edema ni signos de trombosis venosa profunda.

En la analítica destacaba: leucocitos 15.080 con 85.7% segmentados y 0% eosinófilos. hemoglobina 16.2, plaquetas 314.000, INR 2.96, glucosa 60, urea 48, creatinina 0.91, iones normales, PCR 0.54. Radiografía de tórax sin alteraciones significativa.

Con el diagnóstico de EPOC reagudizado por infección respiratoria fue dada de alta con indicación de seguir con el tratamiento, haciendo pauta descendente de corticoides desde 45 mg iniciales durante tres días y control por su médico de Atención Primaria.

El día 9 de agosto volvió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Refería que hacía 5 días había comenzado con más tos, con expectoración blanquecina, sin fiebre ni dolor torácico, con autoescucha de sibilancias. *“Ella misma fuerza su tratamiento y añade corticoides y antibiótico (claritromicina y cefixima). Es valorada hace 48 horas y se aumenta la dosis de corticoides. Acude por empeoramiento en las últimas horas referido como más sensación de falta de aire que no ha cedido a pesar del aumento de broncodilatadores”*. Presentaba a la exploración: TA 164/99, FC 93, Saturación O₂ 93%. Según la historia clínica, *“impresiona de mucho trabajo respiratorio con taquipnea y tiraje supraclavicular y subcostal”*. Auscultación cardiaca rítmica, rápida sin soplos. Auscultación pulmonar: sibilancia generalizadas y parece haber crepitantes finos en ambas bases. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, no se palpan masas ni megalias, Murphy negativo, Blumberg negativo, no signos de irritación peritoneal. Puñopercusión renal bilateral (PPRB) negativa, ruidos hidroaéreos presentes normales. Extremidades: edemas leves. En la analítica destacaba: leucocitos 14.250 con 94.9% segmentados y 0% eosinófilos, INR 1.39, urea 71, glucosa 211, creatinina 1.02, PCR <0.3. Gasometría arterial pH 7.36, PO₂ 68, PCO₂ 43, bicarbonato 24.

Dos horas después la enferma presentaba FC 160, taquipnea y utilización de musculatura accesoria. Se administró digoxina, morfina, actocortina, aerosol con salbutamol+atroven+budesonida, se cambió antibiótico a levofloxacino+ceftriaxona y se indicó presión positiva con dos niveles de presión (BIPAP). Se solicitó valoración por intensivista e ingresó en la UCI con los diagnósticos de insuficiencia respiratoria aguda, EPOC, infección respiratoria, no NAC (neumonía adquirida en la comunidad). A la llegada del intensivista, la enferma estaba sentada al borde de la cama muy taquipneica con importante trabajo respiratorio. Al ingreso en la UCI, saturación O₂ 95% con FiO₂ 1, FC

160 y tendencia a la hipertensión arterial. Se puso ventilación mecánica no invasiva, broncodilatadores, 40 mg de metilprednisolona, 4 mg de cloruro mórfico y con ello mejoró la situación respiratoria.

El 10 de agosto la paciente presentó un nuevo episodio de broncoespasmo intenso. Tenía fibrilación auricular a 120-130. Presentaba tendencia a la acidosis con aumento discreto de lactato. Estaba afebril con 12.000 leucocitos. Antigenuria de *legionella* y de neumococo negativos.

El día 11 de agosto por la noche empeora con agitación y acidosis respiratoria (pH 7.18, PCO₂ 62, PO₂ 134, bicarbonato 23) por lo que se realiza intubación orotraqueal y ventilación mecánica invasiva con lo que la gasometría arterial mejora. La radiografía muestra derrame pleural. Crepitantes basales, hipoventilación generalizada. Tras la intubación la fibrilación auricular revierte. Se mantiene sedada con propofol y fentanilo con dosis bajas y necesita soporte vasoactivo. Un ecocardiograma solo muestra hipertrofia de ventrículo izquierdo. Lactato normal.

Al día siguiente, 12 de agosto, la paciente presenta alternancia de fibrilación auricular y ritmo sinusal. Afebril, PCR normal, abdomen anodino, ligera hiperactacidemia, sin hipoperfusión.

El día 13 de agosto la paciente no presentó cambios significativos. Se hicieron hemocultivos. Se administró enema que no fue efectivo, saliendo solo moco intestinal.

Con fecha 14 de agosto, la paciente presenta episodios de broncoespasmo severo. En el cultivo de aspirado bronco-alveolar tomado el día 11, crece *Aspergillus fumigatus* y se añade voriconazol al tratamiento. Persiste fibrilación auricular. Gran oscilación de cifras tensionales. Presenta mala tolerancia a la nutrición enteral y se inician procinéticos.

El día 15 de agosto por la noche presenta nuevo episodio de broncoespasmo.

Al día siguiente, 16 de agosto, se realiza broncofibroscopia que muestra gran cantidad de secreciones purulentas bilaterales de predominio izquierdo. Afebril. Leucocitosis de 22.700 con 94% polinucleares. Se suspende levofloxacino tras 7 días de tratamiento. Se retira sedación durante 4 horas con buena saturación y consiguiendo expectoración eficaz. Aparece fiebre con taquicardia de 120-130. Se vuelve a sedar. El broncoaspirado indica la existencia de estructuras fúngicas compatibles con *Aspergillus*.

El día 17 de agosto se reduce sedación, se despierta y está colaboradora. Fiebre y leucocitosis con PCR normal. Lactato ligeramente elevado. Flutter auricular. Tolera la nutrición enteral. Se administra enema con sonda rectal sin efectividad por el momento.

El 18 de agosto hay disminución de la fiebre y de la leucocitosis, la PCR es normal.

Al día siguiente, 19 de agosto, continua sin broncoespasmo y sin problemas de oxigenación, radiografía sin infiltrados. Bajando la sedación colabora y, a pesar de estar miopática, colabora en la expulsión de las secreciones. Febrícula y 20.000 leucocitos PCR negativa. Se reinicia anticoagulación que estaba suspendida. Tolera la nutrición enteral. Sin deposición a pesar de enemas diarios y lactulosa.

El día 20 de agosto la paciente presenta empeoramiento progresivo con distensión abdominal, inestabilidad hemodinámica y oligoanuria, por lo que fue valorada por la cirujana de guardia a la que avisan por estreñimiento de 10 días. Se intentó la colocación de sonda rectal para enema, sin éxito. Al tacto rectal, “*ampolla vacía*”. Abdomen

distendido, timpánico, no aparenta peritonismo. Presión intraabdominal (PIA) 20. Se realiza TAC abdominal que muestra *“bronquiolitis infecciosa de ambos lóbulos inferiores, distensión de marco cólico de hasta 6 cm sin causa obstructiva aparente ni repercusión significativa sobre asas de delgado, a valorar posible síndrome de Ojilvie y moderada cantidad de líquido libre intrabdominal. Marcado edema generalizado del tejido celular subcutáneo, aplanamiento significativo de vena cava y ambas ilíacas a valorar posible alteración de sobrecarga hídrica”*. Se deja en dieta absoluta. Se retira lactulosa y se mantiene procinético y se administra neostigmina y se aumenta la sedación. Desde el punto de vista respiratorio está bien. Hemodinámicamente mal por la hipertensión intrabdominal. Empeoramiento progresivo de la función renal. Se solicita nutrición parenteral. Al presentar inestabilidad hemodinámica y oligoanuria con PIA de 22 se inicia perfusión de cisatracurio y la PIA baja a 15 y se mantiene toda la tarde por debajo de 20, pero por la noche empeora, precisando noradrenalina y queda en anuria con hiperpotasemia por lo que se realiza hemofiltración

Al día siguiente, 21 de agosto, persiste la situación con acidosis metabólica hiperlactacidémica. Ante la sospecha de isquemia mesentérica se avisa a Cirugía que recomienda hacer colonoscopia descompresiva que se realiza sin éxito y sin poder colocar una sonda rectal. Se observa colitis isquémica difusa y compresión extrínseca a nivel de unión recto-sigma que dificulta la progresión del endoscopio. Y que probablemente sea debida al propio colon dilatado. Por ello se realiza cecostomía percutánea guiada por TAC. Con ello mejora la presión intraabdominal, pero la enferma sigue en shock con acidosis metabólica y lactato de 94, con marcada elevación de LDH. La hemoglobina desciende a 6.2 y se transfunde concentrado de hematíes. Valorada por Cirugía se decide esperar hasta ver resultado de transfusión, hemofiltración y resto de medidas contra la situación de shock.

El 22 de agosto persiste situación de shock y por sonda nasogástrica sale líquido marrón que podría ser fecaloideo. Hay marcada elevación de transaminasas. Se avisa a Cirugía General y se decide intervención urgente. Se realiza laparotomía exploradora encontrando peritonitis fecaloidea, íleon distal con claros signos de isquemia. Dilatación, signos de necrosis y perforación de colon desde ciego hasta ángulo esplénico. Punto de entrada de cecostomía con salida de material fecaloideo hacia peritoneo. Hígado y bazo con signos de isquemia. Se realiza colectomía subtotal, y anastomosis ileosigmoidea, lavado exhaustivo de la cavidad peritoneal. La anatomía patológica muestra tanto en colon como en intestino delgado perforación, serositis y peritonitis y cambios compatibles con isquemia intestinal.

Tras la cirugía presenta hemoglobina 5.5, por lo que se transfunden cuatro concentrados de hematíes, manteniéndose la hemoglobina en 6.6 y necesitando dosis cada vez mayores de noradrenalina. A las 18 horas presenta midriasis arreactiva compatible con muerte cerebral pero un ecodoppler muestra flujo cerebral. Posteriormente presenta salida de líquido negro por los drenajes. Por la sospecha de hemorragia digestiva alta se realiza gastroscopia con hallazgos sugestivos de gastritis isquémica con ulceración y necrosis múltiples. Por parte de cirugía se desestima intervención quirúrgica.

La paciente falleció a las 1:15 horas del día 23 de agosto de 2018.

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 de la LPAC, se ha incorporado al expediente un informe de la jefe de Servicio de

Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, de 20 de septiembre de 2019, en relación con la asistencia prestada a la paciente por dicho servicio los días 7 y 9 de agosto de 2018. Este informe, tras analizar la asistencia prestada a la paciente y responder a las cuestiones planteadas por los reclamantes en su escrito de inicio del procedimiento dice:

“A la vista de esta, la paciente no cumplía ningún criterio de ingreso el 7 de agosto del 2018. El estado general era bueno, las circunstancias sociales y posibilidad de seguimiento en domicilio eran adecuadas, no tenía cianosis, ni edemas, el nivel de conciencia era normal no había cambios en la radiografía, ni taquipnea, ni trabajo respiratorio, y la saturación arterial de oxígeno se encontraba por encima del 95%”.

Consta, igualmente, informe del Servicio de Enfermería, firmado por la supervisora de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, de 20 de septiembre de 2019 en el que se manifiesta que *“la paciente no presentó ninguna exigencia especial de tratamiento distinto de otros pacientes de cuidados intensivos, graduándose el mismo, así como los cuidados de la enfermera en función de las necesidades y de la evolución clínica”.* El informe añade que *“el equipo asistencial de cuidados intensivos decidió diariamente las medidas asistenciales en cuanto a tratamiento, exploraciones complementarias medidas de apoyo, etc, a la vista de la situación clínica que presentaba el paciente en ese momento”.*

Se ha emitido informe por el Servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Rey Juan Carlos que hace referencia a la asistencia prestada por el citado servicio entre los días 9 y 23 de agosto de 2018, analizando y dando respuesta a las cuestiones alegadas por los reclamantes. El informe concluye:

“a. No hay base científica para relacionar las alteraciones analíticas iniciales que presentaba la paciente como signos incipientes de la enfermedad abdominal.

b. No se puede asociar la falta de deposición con la existencia de la patología colónica aguda.

c. El escrito debería reconocer que la evolución abdominal había sido anodina hasta el día +11-12 del proceso, sin ningún signo de alarma; es más, la paciente había mejorado durante los días 7 al 11, normalizando el ácido láctico y los marcadores de inflamación, lo que permitió retirar fármacos sedantes y analgésicos, e intentar retirar la ventilación asistida. Esta situación indicaba que no había ningún otro proceso que complicara la evolución en ese momento.

d. La aparición de la dilatación colónica fue un evento agudo y se adoptaron las medidas escalonadas de tratamiento según todas las guías clínicas vigentes que se refieren a esta entidad, de forma colegiada y con la colaboración de otros especialistas como los cirujanos generales”.

Con fecha 10 de septiembre de 2019 emite informe el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Universitario Rey Juan Carlos que concluye que *“dentro del contexto clínico de esta paciente, la asistencia prestada por el Servicio de Cirugía General ha sido en todo momento la adecuada siguiendo los patrones habituales de la correcta práctica asistencial”.*

Se ha incorporado al procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria de fecha 2 de abril de 2020 (folios 288 a 1342) que analiza la asistencia sanitaria prestada a la paciente, y concluye que a pesar del lamentable desenlace, se considera que la asistencia sanitaria fue correcta según los criterios de la *lex artis ad hoc*.

Además, se ha unido también al expediente un informe emitido, a instancia de la aseguradora del SERMAS, por dos especialistas en Medicina Interna, con fecha 20 de marzo de 2020, que tras analizar la asistencia prestada a la familiar de los reclamantes concluye:

“Creemos que la actuación seguida con esta paciente fue correcta y acorde a lex artis ad hoc. La dilatación no obstructiva de colon apareció como consecuencia del encamamiento y la patología respiratoria y cardiaca que presentaba y cuando apareció fue correctamente tratada, aunque sin éxito”.

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes y de la historia clínica, se evacuó el oportuno trámite de audiencia a todos los interesados en el procedimiento, habiendo formulado alegaciones el Hospital Universitario Rey Juan Carlos, en las que insiste en que su actuación fue correcta y adecuada, como queda probado por los informes incorporados al expediente.

Se ha formulado propuesta de resolución por el viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública (folios 1410 a 1416) con fecha 17 de febrero de 2022 desestimatoria de la reclamación al considerar que no se ha acreditado la existencia de mala praxis 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 8 de febrero de 2022 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 97/22, 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 5 de abril de 2022.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación, 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).

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.

Los 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.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, al prestarse el servicio sanitario por el Hospital Universitario Rey Juan Carlos, centro concertado que forma parte de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

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). De igual forma cabe citar la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia de 10 de febrero de 2016 (rec. 495/2016).

En esta misma línea se sitúan otros tribunales superiores de justicia, pudiendo destacarse 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 poner de manifiesto que la LPAC no recoge una previsión similar a la disposición adicional 12^a 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.

También ha de citarse la reciente Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León (Valladolid) de 22 de diciembre de 2021 (rec. 373/2020) para la cual la titularidad de la prestación sanitaria, como servicio público, es de la Administración, con independencia de la forma elegida para su prestación, en ese caso, el concierto y por otra parte los particulares no pueden ver dificultado su derecho a ser indemnizados, si se reconoce la procedencia de la responsabilidad, por la existencia de un concierto, al que los mismos son por completo ajenos, todo ello, sin perjuicio, del derecho de repetición de la Administración frente al centro concertado. Cita a este respecto las sentencias del Tribunal Supremo de 25 de octubre de 2016 (recurso: 2537/2015), la del Tribunal Superior de Justicia de Navarra de fecha 17 de junio de 2020 (recurso 141/2020) y la del Tribunal Superior de Justicia de Asturias de 27 de febrero de 2017 (recurso 539/2015).

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

En el presente caso, fallecida la paciente el día 23 de agosto de 2018, no cabe duda alguna de que la reclamación presentada el día 17 de julio de 2019 está formulada en plazo.

En cuanto al procedimiento, se observa que se han recabado los informes del Servicio de Urgencias, del Servicio de Enfermería, de la Unidad de Cuidados Intensivos y del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Además de la historia clínica en el citado centro hospitalario, se ha incorporado

al procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria y un informe pericial emitido a instancia de la compañía aseguradora del SERMAS.

Después, se ha conferido el trámite de audiencia a todos los interesados, habiendo formulado alegaciones el centro concertado y se ha formulado la correspondiente propuesta de resolución, propuesta remitida, junto con el resto del expediente, a la Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 106.2 de la Constitución Española, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la LRJSP en su título preliminar, capítulo IV, artículos 32 y siguientes. Regulación que, en términos generales, coincide con la que se contenía en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2018 (recurso de casación 5006/2016), de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere:

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos

extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que *“es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo, 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996, 16 de noviembre de 1998, 20 de febrero, 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)”*.

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”*.

CUARTA.- En la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada *“lex artis”* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese

criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 4ª) de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010), en la apreciación de la concurrencia de la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (recurso de casación núm. 4229/2011) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010) *“no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente”,* por lo que *“si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido”* ya que *“la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”*.

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su

disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, como señalan las sentencias de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010) y de 27 de abril de 2015, (recurso de casación núm. 2114/2013), en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales *“puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido”*, cabe entender conculcada la *lex artis*, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal.

QUINTA.- Aplicada la anterior doctrina al presente caso, resulta acreditado el fallecimiento de una persona, que provoca un *“daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto”* (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004 -recurso 7013/2000- y en similar sentido la Sentencia de 25 de julio de 2003 -recurso 1267/1999).

Probada la realidad del daño, resulta necesario examinar si existe relación de causalidad entre este y la asistencia sanitaria prestada por el Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron a la paciente, debemos partir de lo que constituye regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de noviembre de 2019 (recurso 886/2017), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Los interesados fundamentan su reclamación al considerar que hubo mala praxis en la atención dispensada a la paciente porque esta debió haber quedado ingresada en el hospital cuando acudió al

Servicio de Urgencias el día 7 de agosto de 2018, como había sucedido en anteriores ocasiones en las que acudió con disnea y, en relación con la asistencia prestada entre los días 9 y 23 de agosto de 2018, que hubo un retraso en el diagnóstico del síndrome de Ogilvie durante el ingreso de la paciente en la UCI y de su tratamiento, sin realizar ninguna prueba médica para localizar la posible distensión del colon. Sin embargo, los reclamantes no aportan prueba alguna que acredite la existencia de mala praxis por los especialistas que atendieron a su familiar en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos y sus afirmaciones resultan contradichas por la historia clínica y el resto de informes obrantes en el expediente y especialmente, por el informe de la Inspección Sanitaria que, de manera muy exhaustiva analiza la atención dispensada a la paciente.

En este sentido, la médico inspector analiza las indicaciones de ingreso en caso de agudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: EPOC grave; criterios de agudización grave (cianosis intensa, obnubilación u otros síntomas neurológicos), frecuencia respiratoria > 25 resp/minuto, respiración paradójica, uso de la musculatura accesoria de la respiración, fracaso muscular ventilatorio; fracaso de un tratamiento ambulatorio correcto; incremento importante de la disnea (imposibilidad para deambular, comer o dormir si antes no estaba presente); existencia de comorbilidad pulmonar (neumonía) o no pulmonar de alto riesgo o agravante de la función respiratoria. Igualmente expone qué pruebas complementarias deben realizarse para valoración del manejo del EPOC y concluye:

«Ante la afirmación realizada en la reclamación de que “se procedió al alta hospitalaria sin prácticamente asistencia médica el 7 de agosto de 2018” se considera que dicha afirmación no se ajusta a lo que consta en la Historia Clínica aportada ya que se realizó una asistencia sanitaria y pruebas complementarias en el servicio de urgencias en relación con la sintomatología que presentaba la

paciente en ese momento. Fue valorada de forma completa mediante una historia clínica y un examen físico, y tras realizarlo, se establece la gravedad y se decide si el tratamiento puede ser en el domicilio u hospitalario. Por lo tanto, el día 07/08/2018 no cumplía criterios de ingreso tal como se ha reseñado anteriormente según la evidencia científica consultada, que como refleja, el criterio aproximativo de gravedad lo marca el grado de disnea y no parámetros analíticos considerados de forma aislada, ya que en el momento actual no existen marcadores analíticos que sirvan como criterio objetivo de ingreso hospitalario. Es por ello, que la necesidad de ingreso hospitalario se basa en la situación clínica».

En relación con los ingresos precedentes para tratar la disnea, los reclamantes aportan un informe de alta de 19 de enero de 2016 en el que figura que la paciente permaneció ingresada desde el día 10 de enero de 2016 para ser tratada en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos por disnea, por lo que consideran que el día 7 de agosto de 2018 debió haber quedado ingresado igualmente y, en consecuencia, fue dada de alta de forma indebida.

Sin embargo, del propio informe aportado por los reclamantes resulta probado que la paciente había estado el día anterior, 9 de enero de 2016, en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos y que había sido dada de alta, precisando ingreso, tras el empeoramiento de la paciente, al día siguiente.

En este sentido, y en relación con la leucocitosis que mostraba la analítica realizada, alegada por los reclamantes, el informe del Servicio de Urgencias pone de manifiesto cómo en la asistencia del día 7 de agosto de 2018 con la sintomatología que presentaba la paciente y los resultados obtenidos en las pruebas complementarias se actuó según los protocolos establecidos para la evaluación de un paciente con reagudización de su patología respiratoria de base pues “no se objetivó

en ningún momento insuficiencia respiratoria, ni elevación de reactantes de fase aguda ni presencia de infiltrados en la radiografía de tórax que hicieran necesario el ingreso hospitalario para el tratamiento”.

Conclusión que también corrobora el informe médico pericial emitido por dos especialistas en Medicina Interna que pone de manifiesto cómo, en relación con la asistencia del día 7 de agosto de 2018, la moderada leucocitosis por aumento de neutrófilos que presentó la paciente era debida al tratamiento con prednisona y que dicha leucocitosis no se puede relacionar con la dilatación no obstructiva de colon que luego presentó.

Sobre la relación de la falta de deposición y los intentos de nutrición enteral con la complicación abdominal surgida, el informe de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Rey Juan Carlos pone de manifiesto cómo desde el inicio la paciente fue tratada con estimulantes del tránsito, haciéndose constar en la historia clínica. Según este informe, se insistió en la nutrición enteral por ser uno de los mejores estimulantes del tránsito y del mantenimiento del trofismo intestinal y que no había ningún signo de alarma que impidiese adoptar estas decisiones clínicas. Considera así el médico informante que los pases de visita diarios, el tratamiento conjunto médico-enfermera, las anotaciones evolutivas médicas y los tratamientos interpuestos evidencian que no se pasó por alto el problema de estreñimiento de la paciente y que se dio la transcendencia que merecía en cada momento evolutivo que sufrió la paciente.

Conclusión que el informe pericial emitido por los dos especialistas en Medicina Interna también comparte al considerar que la ausencia de deposición fue adecuadamente valorada y tratada. En este sentido, según el informe, es frecuente que enfermos encamados y sobre todo tratados con opioides presenten marcado estreñimiento por

lo que, aunque la enferma llevase diez días sin deposición, no es una situación rara ni alarmante.

En los que se refiere al retraso en el diagnóstico y tratamiento del síndrome de Ogilvie, el informe de la Inspección Sanitaria pone de manifiesto cómo se trata de una patología consistente en la dilatación idiopática y progresiva del colon, de etiología desconocida, que se asocia a otras patologías como sepsis, quemadura, traumatismos, cirugía pelviana y abdominal, insuficiencia respiratoria o enfermedad neurológica. Según la médico inspector:

“La clínica y la radiología son muy similares al de una obstrucción mecánica del colon. Los síntomas tienen un comienzo agudo y consisten en meteorismo, náuseas, vómitos, estreñimiento o diarrea. Al examen físico el abdomen se presenta distendido, timpánico, con escasos o nulos ruidos intestinales y puede existir defensa en fosa ilíaca derecha. La principal dilatación ocurre normalmente en el colon derecho sobre todo en el ciego. El cuadro suele evolucionar de forma progresiva a la dilatación, isquemia de la pared, perforación y muerte. Si el ciego se dilata más de 9-10 centímetros, el riesgo de perforación es inminente.

El diagnóstico de este síndrome es difícil ya que clínicamente es imposible diferenciarlo de un íleo mecánico y en algunas ocasiones la exclusión de una causa orgánica requiere laparotomía exploradora. Este se establece en base a la historia clínica, la exploración física y el estudio radiológico. La mortalidad es elevada siendo de mal pronóstico la edad avanzada, enfermedades asociadas, el tiempo de evolución, el diámetro del ciego, la necrosis y la perforación”.

En este sentido, la Inspección considera que, en relación con el posible diagnóstico de síndrome de Ogilvie de la paciente, la actuación

de los facultativos fue acorde con lo establecido en la evidencia científica.

En cuanto al tratamiento efectuado por el equipo facultativo tras el diagnóstico, el informe del Servicio de Cirugía General indica que iniciaron tratamiento conservador como tratamiento de primera elección y, a la vista del empeoramiento se intentó la realización de una colonoscopia urgente, pero ante la imposibilidad de completarla, se decidió realizar una cecostomía percutánea. Según el informe de la Inspección, *“en la evidencia científica consultada consta que se debe realizar: Si el ciego tiene menos de 12 centímetros de diámetro, debe iniciarse tratamiento conservador (ayuno, sonda rectal, enemas de limpieza, reposición, corrección hidroelectrolítica y fármacos), pero si existe un incremento progresivo del colon o el cuadro clínico se agrava, se debe realizar una descompresión colónica precoz (colonoscopia o rectoscopia) y si esta falla se recurrirá al tratamiento quirúrgico (cecostomía o hemicolectomía derecha)”*.

Entiende, por tanto, el informe de la Inspección Sanitaria, de acuerdo con los datos de la historia clínica, que las actuaciones realizadas por el equipo facultativo corresponden a las indicadas en la bibliografía científica consultada, es decir, actuaron según indica la evidencia científica, a medida que los síntomas aparecieron.

Conclusión a la que debemos atenernos dado que el informe de la Inspección Sanitaria obedece a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 4 de junio de 2021 (recurso nº 507/2018).

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada al no haberse acreditado la existencia de mala praxis en la asistencia prestada a la paciente.

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 5 de abril de 2022

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 192/22

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid