

Dictamen nº: **590/22**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **27.09.22**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 27 de septiembre de 2022, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña., D. y Dña., bajo dirección letrada, por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento su respectivo esposo y padre, D., al considerar deficiente la atención sanitaria recibida en Hospital Universitario de Torrejón, pues alegan que se infravaloró su sintomatología infecciosa, dándole de alta con un diagnóstico erróneo y sin realizarle las pruebas necesarias.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El abogado de los reclamantes presentó un escrito en el registro electrónico de la Consejería de Sanidad el 11 de mayo de 2020, en el que formulaba una reclamación de responsabilidad patrimonial por el fallecimiento del respectivo cónyuge y padre de los interesados en el centro hospitalario citado en el encabezamiento de este dictamen, que atribuía a una asistencia médica defectuosa, falta de medios, error de diagnóstico y falta de aplicación de medidas a su alcance.

En concreto, expone que el paciente, de 67 años de edad en el momento de los hechos, acudió a las 23:56 horas del 26 de septiembre de 2019, al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Torrejón, acompañado de su hija, por presentar desde la cena, intenso dolor en el abdomen, reflejado en la parte izquierda del pecho además de náuseas y vómitos, sin presencia de diarrea. Refiere el escrito que, ante esta sintomatología y, dados sus antecedentes cardiológicos, se realizó una radiografía de tórax sin hallazgos, un electrocardiograma y análisis de sangre, que arrojó encimas cardiacas negativas pero valores de linfocitos y glucosa altos.

Los reclamantes señalan que “*el hecho de que los linfocitos fueran elevados es un signo que nos alerta de que algo está ocurriendo en el organismo del paciente*”, como trastornos autoinmunes o la presencia de infecciones víricas y/o bacterianas. Reprochan que, sin embargo, no se realizó ninguna prueba más, y el juicio clínico fue de “*dolor abdominal epigástrico en relación con gastroenteritis aguda*”, aunque el paciente no presentaba diarrea aguda, de modo que se procedió al alta casi dos horas después, a la 1:49 horas del 27 de septiembre de 2019, con las únicas recomendaciones de tomar omeprazol al desayuno, buscapina cada 8 horas en caso de dolor abdominal, primperan para las náuseas o vómitos, suero oral y dieta, pero sin pautar tratamiento antibiótico.

Según el escrito, los dolores no desaparecieron, y el 28 de septiembre de 2019 el paciente acudió de nuevo al Servicio de Urgencias, donde se le pautó metoclopramida y metamizol por vía intravenosa y donde la analítica volvió a ser negativa para encimas cardíacas, “*pero la leucocitosis era patente (17.9) y los niveles de glucosa era excesivamente elevados (286)*”.

Los reclamantes refieren que “*algo no estaba funcionando correctamente, pero no se investigó la causa ni se informó al paciente de*

lo que estaba sucediendo. Se normalizó la situación indicando que lo que presentaba eran agujetas por los vómitos de los días anteriores”, de modo que el diagnóstico fue de “*dolor torácico de características mecánicas de 2 días de evolución en probable relación a síndrome emético previo*”, cursándose el alta del paciente una hora y media después de su ingreso.

El relato de los reclamantes continúa señalando que el 30 de septiembre de 2019 su familiar acudió a consulta programada de Enfermería, con la finalidad de recoger las tiras que usaba para medir la glucosa. Refieren que la enfermera, tras tomarle la muestra y observar su estado físico, comentó la situación con el médico de cabecera quien, “*dada la gravedad*”, accedió a ver al paciente. El escrito indica que el especialista analizó las analíticas practicadas en Urgencias los días anteriores y no logró explicarse cómo, con aquellos valores, habían procedido al alta del paciente, pues ya tenía ictericia y la glucosa arrojaba un valor superior a 500. Según afirman, el medico les dijo que posiblemente se trataba de un cuadro biliar y organizó urgentemente su traslado al hospital mediante transporte sanitario, de modo que el ingreso en Urgencias se produjo a las 14:50 horas.

Los reclamantes afirman que no fue hasta las 18:34 horas cuando se realizó un TAC con contraste, cuya conclusión fue de un proceso “*compatible con colecistitis aguda, litiasis con perforación contenida y abscesos hepáticos...*”, iniciándose a las 19 horas antibioterapia con Meropenem, “*cuatro días después de que las analíticas del paciente reflejaran el proceso infeccioso y tres horas y diez minutos después de que se produjera su tercer ingreso en el Servicio de Urgencias*”.

La reclamación continúa exponiendo que, según refleja la historia clínica, se comentó el caso con Cirugía General, que no consideró urgente la cirugía, ni tampoco necesario revertir la anticoagulación, no realizándose ningún drenaje. Recoge el escrito que la evolución del

paciente no fue favorable y durante la noche la hija del paciente requirió atención médica de forma reiterada a las enfermeras pues, a pesar de la analgesia, el dolor persistía y presentaba náuseas y sudores fríos. Indican que a las 3:00 horas de la madrugada del 1 de octubre de 2019 se consiguió que le tomaran de nuevo las constantes al paciente, comprobando que estaba hipertenso, de modo que se dio aviso al médico de guardia y, una hora después, se realizó analítica de sangre, con valores elevados para leucocitos, hematocritos y hemoglobina.

El relato continúa afirmando que, según la historia clínica, a las 5:02 horas se registró un empeoramiento respiratorio, con saturación del 72%, por lo que se decidió su traslado a la UCI, haciéndose efectivo su ingreso en dicho servicio a las 05:29 horas, cuando el paciente ya se encontraba en coma con Glasgow 3, además de shock séptico de origen abdominal, por lo que manifiestan que *“resulta increíble que se dejara evolucionar la infección hasta este punto”*.

La reclamación expone que se procedió a su monitorización, objetivando bradicardia progresiva, por lo que se inició reanimación cardiopulmonar avanzada, recuperando al paciente después de 10 minutos, de modo que *“fue en este momento cuando se procedió a informar a la hija de la gravedad de la situación clínica que, hasta el momento, habían informado como normal”*.

Según afirman, el paciente volvió a presentar parada cardiorrespiratoria, de la que no se recuperó, produciéndose el fatal desenlace a las 6:20 horas del 1 de octubre de 2019.

Los reclamantes hacen constar los siguientes actos médicos reprochables:

1. Alta indebida, pues, dados los hallazgos de las pruebas practicadas en Urgencias el 26 de septiembre de 2019, se debió instaurar un tratamiento antibiótico e ingresar al paciente.

2. Infravaloración de la sintomatología, que conllevó a un error en el diagnóstico. El juicio clínico emitido fue de gastroenteritis.

3. Retraso al instaurar el tratamiento antibiótico.

4. Ausencia de información clínica, ya que no se informó al paciente de la existencia de infección o de los elevados niveles de glucosa.

5. Incorrecto manejo del paciente, ya que la ausencia de cirugía y drenaje provocó un shock séptico y, con ello, una coagulación intravascular diseminada.

Por lo expuesto, se solicita una indemnización total de 217.772,44 euros, resultando para el cónyuge viudo la cantidad de 175.578,98 euros y 21.096,73 euros para cada uno de los hijos.

El escrito de reclamación se acompaña de una copia del libro de familia, diversa documentación médica e informe de autopsia del familiar de los reclamantes (folios 1 a 121 del expediente).

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

El familiar de los reclamantes, de 67 años de edad en el momento de los hechos, acude a Urgencias del Hospital Universitario de Torrejón el 26 de septiembre de 2019, a las 23:56 horas, por “dolor epigástrico”. Acude *“porque presenta desde hoy tras la cena, dolor a nivel epigastrio y retroesternal, asociando náuseas y vómitos, sin diarrea, ni alza térmica, ni disnea”*.

En la exploración física, el paciente está consciente. Buena hidratación. Buena perfusión. Normocoloreado. Tórax: rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservado, dolor a la palpación al nivel del

tercio inferior de esternón. Abdomen: blando y depresible. Dolor a la palpación epigástrica. Sin irritación peritoneal. Puño percusión renal derecha negativa. Puño percusión renal izquierda negativa. Miembros inferiores sin edemas. Sin signos de trombosis venosa profunda.

A destacar en las analíticas sanguíneas: glucosa 158, urea 42, creatinina 1.17 y bilirrubina total 0.5.

Enzimas: ASAT (GOT) 22, ALAT (GPT) 44, Amilasa 44.

Número total leucocitos: 8.93.

Radiografía de tórax: sin hallazgos.

Electrocardiograma: fibrilación auricular a 86 lpm, bloqueo rama derecha, similar morfología a ecocardiograma, con analítica con enzimas cardiacas negativas

El juicio clínico es de dolor abdominal epigástrico en relación con gastroenteritis. Se instaura como tratamiento omeprazol (40 mg viales), 1 vial cada hora, ondansetron normon (4 mg ampollas), 1 ampolla cada hora, paracetamol (10mg/ml 100 ml solución perfusión), 1 bolsa cada hora. Recomendaciones: omeprazol 20mg desayuno, Buscapina comprimidos cada 8 horas si persiste el dolor abdominal, Primperan 10mg cada 8 horas si hay náuseas o vómito, suero oral, dieta blanda y control por su médico de Atención Primaria o su médico habitual.

El paciente acude de nuevo a Urgencias del Hospital Universitario de Torrejón el 28 de septiembre de 2019, a las 10:12 horas, por dolor en el pecho de 2 días de evolución; sensación de presión con predominio en el hemitórax derecho, sin disnea, que se exacerba con la respiración sin modificarse con los movimientos, sin cortejo vegetativo.

Se realiza electrocardiograma al ingreso: frecuencia 100 lpm, sin otros cambios (similar al previo 48 horas antes).

En la exploración física: tensión arterial sistólica: 130, tensión arterial diastólica: 81, frecuencia cardíaca: 101, saturación: 97.

A destacar en las analíticas sanguíneas: glucosa 286, creatinina 1.26. Número total leucocitos 17.49.

Radiografía de tórax: sin infiltrados (sin cambio respecto a previo).

A las 11.30 horas, en la analítica: enzimas cardiacas negativas, se aprecia leucocitosis con neutrofilia con Glucosa > 200.

Sin otra incidencia durante estancia en urgencia. Alta con indicaciones.

El juicio clínico es de dolor torácico de características mecánicas de 2 días de evolución en probable relación a síndrome emético previo.

Tratamiento en el hospital: Metamizol normon (2g ampollas 5 ml), 1 ampolla c/24 horas; Primperan (10 mg 12 ampollas 2 ml), 1 ampollas c/24 Horas.

Tratamiento al alta: Nolotil 575mg 1 cada 8 horas por 4 días, paracetamol 1gr, si el dolor no cede, y seguimiento por su médico habitual.

Con fecha 30 de septiembre de 2019, el paciente acude al centro de salud los Fresnos, a consulta con su enfermera, para solicitar material de autoanálisis para el control de su diabetes mellitus. En la valoración, la enfermera detecta tinte ictérico de piel y mucosas con elevación de la glucosa basal: 1^a toma: 480 mg/dl y 2^a toma: 512 mg/dl. En esta situación, el paciente es derivado a consulta con su médico habitual.

Durante la anamnesis, el paciente comenta que había estado en Urgencias del Hospital Universitario de Torrejón en dos ocasiones los días previos por dolor abdominal y torácico. A la exploración, se objetiva deterioro de su estado general, con tinte ictérico de piel y mucosas y la elevación de la glucosa capilar. Dada la situación clínica, se canaliza vía venosa, se administran 8 unidades intravenosas de insulina Actrapid y se avisa a la familia, con la autorización del paciente, sobre la actuación. El paciente es trasladado en transporte sanitario, hemodinámicamente estable, con tensión arterial 120/80 mmHg, frecuencia cardíaca: 88 lpm, saturación: 96%, al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Torrejón, donde ingresa a las 14:50 horas, con dolor abdominal a nivel de epigastrio e hipocondrio lado derecho. Asocia mal estado general con náuseas, sin vómitos. sin diarrea.

Exploración física: consciente. Buena hidratación. Buena perfusión. Ictericia en escleras.

Tórax: rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando y depresible. Dolor a la palpación en hipocondrio derecho. Sin irritación peritoneal. Puño percusión renal derecha negativa. Puño percusión renal izquierda negativa.

Miembros Inferiores: sin edemas y sin signos de trombosis venosa profunda.

Analítica: glucosa 451, urea 109, creatinina 1.49, bilirrubina total 6.7. Enzimas: ASAT (GOT) / ALAT (GPT) 277, amilasa 7, lipasa 109.

Número total leucocitos 14.14.

Se realiza TC abdominopélvico urgente, tras administración de contraste yodado intravenoso. Vesícula biliar con litiasis en infundíbulo de 10 mm, distendida y con engrosamiento mural en relación con

colecistitis aguda, que presenta discontinuidad de su pared en el fundus adyacente al hígado, en relación con perforación contenida. En el parénquima hepático, en el segmento V, en íntimo contacto con la vesícula biliar, se observa colección con gas en su interior en relación con absceso, de 4,3 x 4 cm. Área hipodensa perivesicular también sugestiva de pequeño absceso, de 7mm. Eje esplenoportal permeable.

Desde Urgencias se solicita interconsulta con el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, el cual, tras la valoración del paciente y las pruebas complementarias, emite el juicio diagnóstico de ictericia, colecistitis aguda litiásica con absceso hepático perivesicular, insuficiencia renal aguda e hiperglucemia.

En las anotaciones de Enfermería de la citada fecha se habla de infección renal, y no de insuficiencia renal.

Plan: dada la estabilidad en ese momento y la ausencia de signos de sepsis grave, en el contexto de la ictericia (que no impresiona de síndrome de Mirizzi al revisar las imágenes del TC), no se considera indicada cirugía urgente. Tampoco se estima oportuno reversión urgente de la anticoagulación para colecistostomía percutánea en ese momento.

Se aconseja a) completar estudio con colangioresonancia magnética para descartar coledocolitiasis y b) colecistostomía/drenaje del absceso hepático vía percutánea, cuando la situación de anticoagulación se haya revertido. Seguir evolución.

El paciente se encuentra estable y afebril.

Plan: se inicia antibioterapia con Meropenem y, tras valoración con Cirugía General, no consideran cirugía urgente. Ingreso en Medicina Interna.

El paciente ingresa en la planta de hospitalización a cargo de Medicina Interna. Afebril, 36°C; tensión arterial 110/70 mmHg; frecuencia cardíaca 82 lpm; SatO2 94% con O2 a 2L/min; Glucosa 219mg/dL. Consciente, orientado, sequedad mucosas, ictericia de piel y mucosas. Ligera taquipnea con los esfuerzos. Tonos arrítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, dolor a la palpación en hipocondrio derecho, sin masas ni visceromegalias. Sin signos de íleo ni peritonismo. Peristaltismo presente. Descompresión negativa.

Miembros inferiores sin edemas y sin signos de trombosis venosa profunda. Pulsos pedios presentes y simétricos. Se habla con Radiología Intervencionista para programar colecistostomía/drenaje absceso hepático vía percutánea para la mañana del día 1 de octubre de 2019. Última dosis de Xarelto (rivaroxabán) esa mañana. No se administrarán nuevas dosis de ACOD. De momento se mantiene sin heparina de bajo peso molecular previa a la intervención y también se solicita colangioresonancia magnética para el 1 de octubre de 2019.

Durante la madrugada del día 1 de octubre de 2019 se avisa a la internista de guardia por dolor abdominal. El dolor es el mismo por el que ha consultado en Urgencias, mejora con analgesia pero el efecto calmante de esta es muy limitado (1,5-2h). Se administra adolonta 1/2 ampolla sobre las 02:00 horas, metamizol iv sobre las 11 de la noche y paracetamol y buscapina a última hora de la tarde. También ha tenido náuseas, que han mejorado con metoclopramida.

Por otra parte, tenía dolor abdominal bajo y dificultad para orinar, habiendo sido sondado por Enfermería, con salida de 100 ml de orina muy colúrica y habiendo mejorado de dicho dolor posteriormente. SatO2 91% GN 4 L/min, taquipneico (refiere por dolor, no por disnea); tensión arterial 160-170/100 mmHg, frecuencia cardíaca 110 lpm.

Afectado. Abdomen blando, distendido, depresible, doloroso en epigastrio.

Se administra paracetamol y buscapina iv. Nulo efecto, cada vez más afectado por el dolor. Aparte, deterioro respiratorio progresivo que precisa subir FiO₂ (hasta llegar a reservorio), frialdad distal y pulsioxímetro que no capta adecuadamente. Comienza a deteriorarse el estado general, mostrándose menos alerta. Se solicita radiografía de tórax (sin hallazgos agudos) y analítica completa. En la gasometría venosa pH 6.96, HCO₃- 6mmol/L, Láctico 19 mmol/L.

Se avisa a Medicina Interna. A su llegada, se encuentra al paciente obnubilado (Glasgow 10, O₃ V₁ M₆), aunque se intenta comunicar. Refiere disnea y dolor abdominal. Hemodinámicamente estable, incluso con tendencia a HTA 172/80 mmHg. Auscultación pulmonar con murmullo presente bilateral sin ruidos sobreañadidos. Hematuria franca por la sonda vesicular. Se decide el ingreso en la UCI.

Al ingreso, se procede a monitorización hemodinámica no invasiva, objetivándose desaturación progresiva, imposibilidad para medir tensión arterial; pulso central presente pero muy débil. Paciente con rigidez intensa de las cuatro extremidades y de la mandíbula. Se inicia ventilación con ambú y se decide intubación orotraqueal (IOT) urgente, tras inducción con MDZ 5 mg y NBX 20 mg. IOT muy fácil con videolaringoscopio (Cormack I). Se conecta a ventilación mecánica. En el monitor se objetiva bradicardia progresiva que llega hasta 30 lpm. Se administra 1 mg de atropina, pero sin respuesta. Pulso no palpable. Se inicia reanimación cardiopulmonar avanzada. Se administran 3 ampollas (3 mg) de adrenalina, se canaliza introductor femoral derecho d7e Fr, se administran 250 mEq de NaHCO₃ 1M así como se administran 2 concentrados de hematies isogrupos (en la gasometría urgente de la UVI Hb 5 g/dL); administrado glucosmon 1 ampolla por glucemia de 61 mg/dL; se inician perfusiones de adrenalina y

noradrenalina así como fuidoterapia a chorro. Después de 10 minutos, el paciente sale en fibrilación auricular a 100 lpm.

Se informa a la hija sobre la pésima situación clínica del paciente y la muy alta probabilidad de muerte. A pesar de todas las medidas, el paciente presenta nuevamente parada cardiorrespiratoria en actividad eléctrica sin pulso y se inicia reanimación cardipulmonar avanzada. Se administran otros 250 mEq de NaHCO₃ 1 M, 1 ampolla de gluconato cálcico e insulina en SG 5 %. Pese a todas las medidas terapéuticas, y después de 60 minutos, el paciente persiste en actividad eléctrica sin pulso. Se decide suspender la reanimación cardiopulmonar.

El paciente fallece el día 1 de octubre de 2019 a las 06:20 horas.

Se informa a los familiares y se solicita la realización de autopsia clínica, estando de acuerdo.

Juicio diagnóstico:

1. Colecistitis aguda litiasis con perforación contenida y abscesos hepáticos, el mayor en segmento V.
2. Insuficiencia respiratoria aguda.
3. Insuficiencia renal prerrenal. Hematuria franca.
4. Shock séptico.
5. Acidosis metabólica hiperlactacidémica.
6. Anemia severa.
7. Parada cardiorrespiratoria en asistolia y actividad eléctrica sin pulso.
8. Exclus.

Autopsia clínica: shock séptico abdominal. Hallazgos en TC compatibles con colecistitis aguda, litiasis con perforación contenida y abscesos hepáticos, el mayor en segmento V. Hematuria franca, parada cardiorrespiratoria al ingreso en UCI.

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 (en adelante, LPAC).

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del paciente fallecido del Hospital Universitario de Torrejón y del Centro de Salud Los Fresnos (folios 127 a 268 del expediente).

En cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 79 y 81.1 de la LPAC, consta en el expediente el informe de 24 de junio de 2020 del jefe del Servicio de Urgencias del referido centro hospitalario, quien se limita a relatar la asistencia dispensada al paciente por el citado servicio.

De igual modo, obra en el procedimiento el informe del jefe del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario de Torrejón, de 24 de junio de 2020, que incide sobre los datos que figuran en la historia clínica examinada, y explica que “*se aconsejó por escrito y verbalmente a los especialistas en Medicina Interna que se harían cargo del ingreso: a) completar el estudio con colangio resonancia magnética, según el manejo que habitualmente llevamos a cabo en caso de una elevación tan llamativa de bilirrubina, con el objeto de descartar la presencia de coledocolitiasis que pudiera cambiar el manejo ulterior del caso; y b) colecistostomía y drenaje del absceso hepático vía percutánea previa reversión de la anticoagulación. Ambas medidas, dada la estabilidad y la ausencia de signos de sepsis grave, se plantearon para el día siguiente de acuerdo con Medicina*

Interna... La desafortunada evolución clínica posterior y el cuadro incontrolable y fatal en las siguientes horas no eran previsibles dado el estado del paciente en el momento de nuestra valoración”.

Con fecha 26 de junio de 2020 emite informe el jefe del Servicio de Medicina Interna del hospital, limitándose a transcribir la historia clínica del paciente durante su ingreso a cargo del referido servicio y hasta su posterior fallecimiento.

Se ha incorporado igualmente al expediente el informe de la doctora que atendió al paciente en el Centro de Salud “Los Fresnos”, emitido el 19 de mayo de 2020, y en el que, de modo breve, relata la asistencia sanitaria dispensada al paciente en el referido centro, tal y como hemos hecho constar en los antecedentes de hecho del presente dictamen.

Con fecha 10 de febrero de 2021 emite informe la Inspección Sanitaria, en el que concluye que la asistencia prestada al paciente por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Torrejón los días 28 y 29 de septiembre de 2019 no se ajustó, en el primero de los días, a los conocimientos de la Medicina en 2019, motivando un retraso diagnóstico de al menos 72 horas, mientras que, en la segunda fecha, no ofreció todos los medios disponibles para el diagnóstico, motivando un retraso diagnóstico de al menos 48 horas.

Por último, se ha incorporado también al expediente el informe elaborado a instancias de la aseguradora del Servicio Madrileño de Salud, que, entre otras conclusiones, señala que *“evidentemente, pues no se hizo, desconocemos si de haberse iniciado un estudio completo el día 28 de septiembre, con inicio de antibiótico, hemocultivos, ..., y no solo únicamente analgesia, cuando en el hemograma ya se apunta la existencia de una leucocitosis con neutrofilia, se hubiera podido evitar el desenlace final, pero hubo una asistencia deficiente que entendemos ha contribuido al empeoramiento de su estado basal...”*.

Incorporados los anteriores informes al procedimiento, el 9 de junio de 2022 se concede trámite de audiencia a los reclamantes para que formulen alegaciones y presenten los documentos que tengan por conveniente. Con fecha 7 de julio de 2022, el abogado de los reclamantes presenta escrito en el que reitera el contenido de la reclamación inicial y señala que *“conforme con lo dispuesto en los informes de la Inspección, la asistencia procurada a...fue contraria a la lex artis. De haberse actuado conforme a la lex artis, el paciente no habría sido dado de alta hasta averiguar la etiología de los síntomas que presentaba, evitando con ello la evolución de la patología hasta provocar un shock séptico y causar el fallecimiento del paciente”*.

Finalmente, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública formula propuesta de resolución el 29 de julio de 2022, en el sentido de estimar parcialmente la reclamación formulada al concurrir los requisitos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, reconociendo a los reclamantes una indemnización por importe total de 112.229,42 euros.

CUARTO.- El consejero de Sanidad formula preceptiva consulta, que tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el día 26 de agosto de 2022, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, al letrado vocal D. Francisco Javier Izquierdo Fabre, quien formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberada y aprobada en el Pleno de este órgano consultivo celebrado el día 27 de septiembre de 2022.

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 superior a 15.000 euros 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).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial 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 4 de la LPAC, en relación con el artículo 32.1 de la LRJSP, en cuanto que familiares (cónyuge e hijos) de la persona que falleció por la asistencia sanitaria que consideran incorrecta, y cuyo fallecimiento les ocasionó un indudable daño moral. Acreditan su parentesco mediante fotocopia del libro de familia.

La legitimación pasiva resulta indiscutible que corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria reprochada se prestó por el Hospital Universitario de Torrejón, en virtud del concierto suscrito con la Comunidad de Madrid. En este punto, cabe indicar que es imputable a la Administración sanitaria la responsabilidad por el funcionamiento de los servicios públicos en el seno de las prestaciones propias del Sistema Nacional de Salud, sea

cual fuere la relación jurídica que la une al personal o establecimientos que directamente prestan esos servicios, sin perjuicio de la facultad de repetición que pudiera corresponder. En este sentido se ha manifestado esta Comisión Jurídica Asesora (dictámenes 112/16, de 19 de mayo, 193/17, de 18 de mayo y 107/18, de 8 de marzo, entre otros muchos) asumiendo la reiterada doctrina del Tribunal Superior de Justicia de Madrid expresada, entre otras, en las sentencias de 30 de enero (recurso 1324/2004, Sala de lo contencioso- Administrativo, Sección 8^a) y de 6 de julio de 2010 (recurso 201/2006, Sala de lo Contencioso- Administrativo, Sección 9^a).

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 duodécima de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), considera que, en los casos en los que la asistencia sanitaria a usuarios del Sistema Nacional de Salud es prestada por entidades concertadas con la Administración (como era el caso), se trata de sujetos privados con funciones administrativas integrados en los servicios públicos sanitarios, por lo que no es posible que se les demande ante la jurisdicción civil ya que actual en funciones de servicio público.

Por lo que se refiere al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, a tenor del artículo 67.1 de la LPAC, que se contará desde que se haya producido 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 día inicial del plazo vendría determinado por el fallecimiento del familiar de los reclamantes el 1 de octubre de 2019, por lo que la reclamación, formulada el 11 de mayo de 2020, se ha de entender presentada dentro del plazo legal, tomando en consideración además, la suspensión de los plazos de prescripción desde el 14 de marzo de 2020 al 4 de junio de 2020, conforme la disposición adicional 4^a del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

En cuanto al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que, en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC, se ha emitido informe por el Centro de Salud “Los Fresnos” y por los servicios de Urgencias, Cirugía General y Aparato Digestivo y Medicina Interna del Hospital Universitario de Torrejón. También se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del paciente fallecido y se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria, con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen. Tras ello, se confirió trámite de audiencia a los interesados y se redactó la propuesta de resolución, en sentido parcialmente estimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución Española a cuyo tenor: “*Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor,*

siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de mayo de 2016 (recurso 2396/2014) recoge lo siguiente a propósito de las características del sistema de responsabilidad patrimonial:

“(...) el art. 139 de la LRJAP y PAC, establece, en sintonía con el art. 106.2 de la CE , un sistema de responsabilidad patrimonial : a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral”.

Según abundante y reiterada jurisprudencia, para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con 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 de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata

y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor, y d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de septiembre de 2017 (recurso 787/2015), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, *“en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria 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, que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, 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. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha lex artis respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado”*.

CUARTA.- Entrando en el análisis de los presupuestos de la responsabilidad patrimonial expuestos en la consideración anterior, en

primer lugar cabe señalar que no existe duda de que el daño en este caso viene constituido por el fallecimiento del familiar de los reclamantes que, como hemos dicho, constituye un daño moral y que jurisprudencia consolidada ha admitido como supuesto de lesión indemnizable (Sentencias del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 1993 -recurso 395/1993-, 19 de noviembre de 1994 -recurso 12968/1991- y 28 de febrero de 1995 -recurso 1902/1991-), aunque de difícil valoración económica.

Como se ha visto en los antecedentes de hecho, los reclamantes realizan una serie de reproches en relación con la atención sanitaria dispensada, considerando que se produjo un alta indebida del paciente en Urgencias el 26 de septiembre de 2019 ya que, ante el resultado de las pruebas practicadas, se debió instaurar un tratamiento antibiótico e ingresar al paciente, produciéndose, en definitiva, una infravaloración de la sintomatología y un error en el diagnóstico. Denuncian también la ausencia de información clínica, ya que no se informó al paciente de la existencia de infección o de los elevados niveles de glucosa, así como el incorrecto manejo del paciente, al no abordarse una cirugía y un drenaje que hubieran evitado el shock séptico y la coagulación intravascular diseminada que, según afirman, sufrió el paciente.

En este punto, conviene destacar que si bien, como hemos reiterado en nuestros dictámenes, para acreditar la mala praxis que se denuncia han de aportarse medios probatorios idóneos (Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019), cuando señala que *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica”*), en el presente supuesto tanto la Inspección Sanitaria como el informe médico realizado a instancias de la aseguradora del SERMAS coinciden en afirmar la existencia de un

retraso en el diagnóstico y una consiguiente pérdida de oportunidad en relación con la atención dispensada al paciente en Urgencias los días 26 y 28 de septiembre de 2019.

Como recoge la Inspección en su informe, que obedece a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, tal y como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 22 de junio de 2017 (recurso 1405/2012), en relación con la asistencia dispensada en Urgencias el 26 de septiembre de 2019, las pruebas realizadas no revelaron alteraciones y el estado general del paciente no era grave, las constantes y analíticas eran normales, no tenía fiebre y la decisión de enviarle a su domicilio se basó en su estado general, “*pero dado que no se ha encontrado en la bibliografía el diagnóstico de gastroenteritis aguda en ausencia de diarrea, procedía haber continuado investigando el motivo del dolor epigástrico, en concreto con una prueba de imagen de mayor resolución...En mi opinión se cometieron dos errores, no se había llegado a un diagnóstico de certeza y se aplicó analgesia, la actitud más cauta hubiera sido seguir cuestionando el origen del dolor, y no enmascararlo con analgesia, con paciencia y estando el paciente en observación, sin duda alguna se podía haber llegado al diagnóstico de colecistitis en el plazo de unas horas más porque el dolor hubiera alertado de la necesidad de solicitar una ecografía o un TAC. La pérdida de oportunidad en este caso fue de al menos 72 horas, si se hubiera diagnosticado la colecistitis ese día habrían aumentado notablemente las posibilidades de curación*”.

En cuanto a la segunda asistencia, el 28 de septiembre de 2019, la Inspección considera que se produjo en este caso una pérdida de oportunidad de al menos 48 horas pues “*no se pusieron todos los medios disponibles para esclarecer la causa del dolor, ya que se dio por válido el diagnóstico de la visita previa y habiendo descartado patología cardiológica urgente, no se siguió investigando la presencia de*

leucocitosis, siendo la segunda visita a Urgencias hospitalarias en el plazo de 48 horas”.

En el mismo sentido, el informe médico realizado a instancias de la aseguradora del SERMAS señala que “*dados los antecedentes de este paciente, la anotación expresa de “leucocitosis con neutrofilia”, y el alta hospitalaria con pauta de analgesia y control por su médico de Atención Primaria se considera, a nuestro criterio, insuficiente... ¿Por qué se realiza un hemograma, se indica aumento de leucocitos con neutrofilia (indicación de infección) de manera expresa como hallazgo y, sin embargo, es alta en menos de dos horas?*”.

Ello nos lleva a concluir que no se ha justificado que se pusieron a disposición del paciente los medios diagnósticos adecuados para filiar su patología con mayor prontitud.

En el caso sometido a nuestro dictamen consideramos que se ha producido una pérdida de oportunidad de haber sido correctamente diagnosticado el familiar de los reclamantes. Se desconoce si de existir un diagnóstico correcto y a tiempo se habría evitado la evolución de la enfermedad de la manera que lo hizo, pero lo cierto es que se le privó de un diagnóstico diferencial y de un tratamiento más acorde a su patología, lo que motiva la aparición de responsabilidad de la Administración al no haber puesto los medios a su alcance para evitar la pérdida de oportunidad de diagnóstico y tratamiento causando un daño que el paciente no tenía la obligación jurídica de soportar.

Como recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de noviembre de 2018 (recurso 703/2016), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo, en los casos de pérdida de oportunidad “*el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio*

otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera” y añade “constituye, como decimos, un daño antijurídico, puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación), los ciudadanos deben contar, frente a sus servicios públicos de la salud, con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las administraciones sanitarias; tienen derecho a que, como dice la doctrina francesa, no se produzca una falta de servicio”.

Con respecto al manejo posterior del paciente, una vez diagnosticada la colecistitis moderada, la Inspección señala que se podría haber planteado una colecistectomía, pero no inmediata, al tratarse de un paciente anticoagulado al que no se puede realizar un procedimiento ni invasivo ni quirúrgico antes de revertir. Además, recuerda que había que esclarecer si padecía coledocolitiasis antes de la cirugía y había que evacuar el absceso hepático. Por ello, no considera incorrecta la atención sanitaria dispensada al paciente a partir del 30 de septiembre de 2019, pues “*la no detección precoz de la instauración de sepsis se puede aceptar que fue acorde con los conocimientos de la medicina porque no se ha encontrado todavía un método suficientemente eficaz, fácil de aplicar y con evidencia demostrada. Incluso monitorizar la evolución de la sepsis una vez conocida su existencia sigue siendo difícil*”.

Por último en cuanto al defecto de información alegado por los reclamantes, cabe acudir a la historia clínica, donde se hacía constar la evolución constante del paciente, de modo que, como refiere la Inspección “*la información que se le facilitó es la que se conocía en cada momento, si no se le dijo que padecía colecistitis es porque no se había averiguado todavía*”.

QUINTA.- Procede pronunciarse sobre la concreta valoración de los daños solicitados.

En este caso en el que valoramos una pérdida de oportunidad, hemos señalado reiteradamente en nuestros dictámenes que normalmente resulta de difícil o incierta apreciación en la mayoría de las ocasiones, pues se trata en realidad de una hipótesis o conjetaura de lo que hubiera pasado si se hubiera actuado de otro modo. Como señala el Tribunal Supremo (así Sentencia de 27 de enero de 2016), en la pérdida de oportunidad hay *“una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja en cierto modo al daño moral y que es el concepto indemnizable”*.

En los casos de responsabilidad por apreciar la concurrencia de una pérdida de oportunidad, tiene señalado esta Comisión Jurídica Asesora, entre otros, en nuestros Dictámenes 146/17, de 6 de abril, y 340/18 de 19 de julio, y 119/20, de 5 de mayo, que el objeto de reparación no es el daño final, sino un daño moral, precisamente el perjuicio proporcional a la pérdida de oportunidad sufrida, valorando en qué medida con una actuación a tiempo se hubiera producido un resultado final distinto y más favorable para el paciente. Consecuentemente, la indemnización es inferior al daño real sufrido y proporcional a las expectativas de éxito de la oportunidad que se perdió.

En este caso, los informes médicos que se han emitido en el curso del procedimiento ponen de manifiesto la dificultad de establecer el pronóstico del paciente si el error no se hubiera cometido y en consecuencia hubiera sido tratado desde el inicio de una colecistitis.

La Inspección Sanitaria refleja en su informe que *“el resultado desproporcionado de fallecimiento por colecistitis en paciente de 67 años con buen control de estado previo de salud, no se debió únicamente a la*

acción u omisión del servicio, sino también a la imposibilidad acreditada de evitar los efectos adversos e interacciones de los actuales anticoagulantes en situaciones de desequilibrio homeostático”. Por su parte el informe de valoración del daño emitido a instancias del Servicio Madrileño de Salud cifra la pérdida de oportunidad sufrida, minorando la cuantía de la indemnización aplicando un 50% de factor minorativo “*al no poder saber si de haberse actuado antes se hubiera podido evitar o no el óbito*”.

En este caso, tras ponderar las circunstancias del asunto examinado, teniendo en cuenta la dificultad que entraña la determinación del porcentaje que supone la privación de expectativas para el paciente, esta Comisión Jurídica Asesora considera adecuado reconocer una cantidad global de 115.000 euros, cantidad que debe considerarse ya actualizada.

El reconocimiento de una cantidad global aplicando el baremo de accidentes de tráfico con carácter meramente orientativo ha sido el criterio acogido por esta Comisión Jurídica Asesora en dictámenes anteriores (así el Dictamen 400/16, de 15 de septiembre, el Dictamen 131/18, de 15 de marzo y el Dictamen 136/18, de 22 de marzo, entre otros). En los mencionados dictámenes nos hicimos eco de la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 15 de junio de 2016 (recurso 306/2013) en la que en un caso parecido de pérdida de oportunidad rechaza la aplicación del baremo respecto al que destaca “*que según la doctrina jurisprudencial de la Sala Tercera...no tiene carácter vinculante, pues de acuerdo con la doctrina consolidada de esta Sala, antes citada, su aplicación se efectúa a efectos orientadores o analógicos, sin que limite las facultades de la Sala en orden a la concreción de la indemnización que estime aplicable para procurar la indemnidad del perjudicado, en atención a las circunstancias concurrentes*”. La sentencia opta por la valoración global del daño, acogiendo doctrina del Tribunal Supremo (así Sentencia de 17 de julio

de 2014) en la que se dice que “*la Jurisprudencia ha optado por efectuar una valoración global que, a tenor de la STS 3 de enero de 1990, derive de una “apreciación racional aunque no matemática”* pues, como refiere la Sentencia del mismo Alto Tribunal de 27 de noviembre de 1993, se “*carece de parámetros o módulos objetivos*”, debiendo ponderarse todas las circunstancias concurrentes en el caso, incluyendo en ocasiones en dicha suma total el conjunto de perjuicios de toda índole causados, aun reconociendo, como hace la Sentencia de 23 de febrero de 1988 , “*las dificultades que comporta la conversión de circunstancias complejas y subjetivas en una suma dineraria*».

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

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial por apreciarse una pérdida de oportunidad en la asistencia sanitaria prestada al familiar de los reclamantes, y reconocer una indemnización global y actualizada de 115.000 euros.

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 27 de septiembre de 2022

La Vicepresidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 590/22

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid