

Dictamen n.º: **445/23**

Consulta: **Consejera de Sanidad**

Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**

Aprobación: **14.09.23**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 14 de septiembre de 2023, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por la consejera 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., D., Dña., Dña., Dña. y D., por el fallecimiento de Dña., que atribuyen a mala praxis, falta de cuidados asistenciales y contagio de COVID-19 en el Hospital Universitario Ramón y Cajal.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 4 de mayo de 2021, las personas citadas en el encabezamiento presentan en el registro electrónico del Ministerio de Política Territorial y Función Pública una reclamación de responsabilidad patrimonial dirigida al Servicio Madrileño de Salud por el fallecimiento de su familiar, el 27 de septiembre de 2020, en el Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Refieren que su madre, cónyuge y hermana, respectivamente, de 56 años de edad en el momento de los hechos, ingresó el 25 de mayo de

2020 en el Hospital de Alcorcón por pancreatitis aguda grave y desde principios de junio de 2020, se le aplicó tratamiento presentando inicialmente buena evolución clínica y analítica, sin embargo al experimentar deterioro del estado general y fiebre, con abundante débito purulento sensible a dos bacterias que requirieron tratamiento, se decidió su traslado al Hospital Universitario Ramón y Cajal para el implante de prótesis tipo Hot-axios mediante ecoendoscopia, no disponible en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Relatan que a su llegada al Hospital Universitario Ramón y Cajal el 22 de agosto de 2020, se le realizó una prueba de COVID-19 que resultó negativa, en días posteriores, se realizó radiografía de tórax, que informó de derrame pleural izquierdo de 3 cm de espesor y no se objetivaron infiltrados parenquimatosos agudos, un angio TC de arterias pulmonares en el que se constató derrame pleural izquierdo de severa cuantía, tuvo que guardar reposo y anticoagulación y destacan que el día 24 de agosto no se le administró heparina, “*tratándose de una paciente con encamamiento prolongado*”.

Continúan relatando que el 25 de agosto de 2020 se le realizó un TC abdominopélvico que informó de hallazgos en relación con pancreatitis aguda necrotizante con voluminosa colección probablemente sobreinfectada centrada en celda pancreática, el 27 de agosto se realizó drenaje percutáneo de colección pancreática, el derrame pleural presentó resolución progresiva con mejoría de la situación respiratoria y el 9 de septiembre de 2020, habiendo mejorado la situación de la paciente, en el marco del preoperatorio para realizar la ecoendoscopia se realizó una prueba PCR de COVID-19 con resultado positivo con traslado al área “*macrocovid*” del hospital.

Indican que el 10 de septiembre de 2020 se realizó la endoscopia para la implantación de prótesis tipo Hot-axios, sin complicaciones inmediatas, pero a las 24-48 horas presentó hemiparesia izquierda y se

realizó un TC craneal con diagnóstico de ictus isquémico de etiología indeterminada, el 25 de septiembre sufrió deterioro progresivo de su estado general siendo informados telefónicamente de que estaba más adormilada “*nunca de su deterioro progresivo y de su posible fallecimiento*” que se produce, el 27 de septiembre de 2020.

Reprochan la asistencia sanitaria dispensada a la paciente al considerar que la trombosis cerebral trae causa de una deficiente asistencia sanitaria y un fallo en el tratamiento de profilaxis anti-trombosis, la falta de cuidados asistenciales por parte de Enfermería que califican como “*denigrante*” (“*le escondían el llamador, demora injustificadas en los cambios de pañales, retrasos inaceptables a la hora de alimentar y dar de beber a la paciente*”), el contagio de COVID-19 durante el ingreso hospitalario y ausencia de documento de consentimiento informado para la realización de la ecoendoscopia.

Solicitan las siguientes indemnizaciones:

“1.- *Para D. (...) hijo único de la fallecida y conviviente con ella, el 25-08-19*

i.- Perjuicio Personal Básico.

Indemnización básica de 21.070,95 € (hijo entre 20-30 años).

ii.- Perjuicio Personal Particular.

Por convivencia del perjudicado con la víctima: 31.606,43 € Incremento 25 % perjudicado único de su categoría= 13.169,34 € iii.- Perjuicio Patrimonial.

Perjuicio Patrimonial Básico: 421,42 €.

Lucro cesante: además, según la reclamación, como la gran mayoría de jóvenes españoles de 31 años, vivía con su madre, ha perdido una de sus principales fuentes de ingresos pues su madre tenía unos ingresos de 37.083,80 euros anuales que compartía con su hijo.

Por este concepto de lucro cesante se reclama 34.412 euros utilizando como criterio meramente orientativo el baremo y teniendo en cuenta su edad y la de su madre con la que convivía.

2.- Para D. (...) (viudo de la paciente)

i.- Perjuicio Personal Básico.

Indemnización básica de 42.141,90 € (fallecimiento hija mayor de 30 años).

ii.- Perjuicio Personal Particular.

Incremento 25 % perjudicado único de su categoría= 10.535,47 €.

iii.- Perjuicio Patrimonial.

Perjuicio Patrimonial Básico: 421,42 €.

3.- Para Dña. (...) (hermana de la paciente)

i.- Perjuicio Personal Básico.

Indemnización básica de 15.803,21 € (hermana mayor de 30 años).

ii.- Perjuicio Personal Particular. No hay.

iii.- Perjuicio Patrimonial.

Perjuicio Patrimonial Básico: 421,42 €.

4.- *Para Dña. (...) (hermana de la paciente)*

i.- Perjuicio Personal Básico.

Indemnización básica de 15.803,21 € (hermana mayor de 30 años).

ii.- Perjuicio Personal Particular: No hay.

iii.- Perjuicio Patrimonial.

Perjuicio Patrimonial Básico: 421,42 €.

5.- *Para Dña. (...) (hermana de la paciente)*

i.- Perjuicio Personal Básico.

Indemnización básica de 15.803,21 € (hermana mayor de 30 años).

ii.- Perjuicio Personal Particular. No hay.

iii.- Perjuicio Patrimonial.

Perjuicio Patrimonial Básico: 421,42 €.

6.- *Para D. (...) (hermano de la paciente)*

i.- Perjuicio Personal Básico.

Indemnización básica de 15.803,21 € (hermano mayor de 30 años).

ii.- Perjuicio Personal Particular. No hay.

iii.- Perjuicio Patrimonial.

Perjuicio Patrimonial Básico: 421,42 €" (sic).

El escrito de reclamación se acompaña de copia de la escritura de apoderamiento, DNI de los reclamantes, libro de familia y declaración del IRPF del año 2019 de la paciente.

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

La paciente, de 56 años de edad en el momento de los hechos, con antecedentes de intolerancia a la lactosa, obesidad grado I y enfermedad de Crohn ileal e ingresada en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón desde el 27 de mayo de 2020 por pancreatitis aguda necrotizante de origen litiásico que requirió ingreso en UCI, licuefacción y necrosis de prácticamente toda la glándula pancreática, con cobertura antibiótica de amplio espectro y drenaje externo transgástrico que posteriormente se ocluye y es cambiado por drenaje transparietal en flanco izquierdo con varios recambios por oclusión, es derivada al Hospital Universitario Ramón y Cajal el 22 de agosto de 2020, para implante de prótesis de posición luminal para mejorar drenaje del pseudoquiste y eventual instalación de antibiótico a través de sonda nasoquística/necrosectomía endoscópica y extracción del páncreas necrosado.

A su llegada al centro hospitalario es portadora de PICC (catéter central de inserción periférica) y de un drenaje en zona necrótica con débito hemático, sin dolor abdominal, sin náuseas, refiere tolerancia con dieta normal y sin diarrea. Escasa movilización, solo se levanta al sillón. Buena diuresis. Sin disnea. En la exploración física: TA 140/90, SatO2 98 % con gafas nasales a 21, frecuencia cardíaca 102, rítmica levemente taquicárdica, con hipofonesis en bases. Abdomen globuloso, blando y depresible, no doloroso, drenaje con escaso débito sanguinolento.

Con diagnóstico de pancreatitis aguda grave necrótica con WON infectada por *M.morganii* y *E.faciun*, se ajusta medicación, se solicita analítica, rx de tórax y se programa drenaje para la semana próxima.

Consta en notas de evolución de Enfermería que se administra tratamiento según pauta, la paciente no refiere dolor, drenaje permeable. Por la mañana se encuentra estable, levantada. Sat 97 %. Cambiada bolsa que cubre al drenaje.

El 23 de agosto de 2020, Enfermería avisa a Gastroenterología de guardia por fiebre de 38°C que asiste a la paciente. Niega tiritona o escalofríos. Refiere encontrarse bien (está merendando). No ha tenido ninguna sintomatología en relación a fiebre. Se realiza exploración física, se revisan las pruebas del Hospital Universitario Fundación Alcorcón y se interconsulta a guardia de Enfermedades Infecciosas que encuentra a la paciente normotensa, afebril, normoperfundida y eupneica. En la auscultación cardiaca: rítmica, sin soplos. En la auscultación pulmonar: hipofonesis en ambas bases. En la auscultación abdominal: empastamiento en hemiabdomen izquierdo, doloroso a la presión, sin peritonismo, miembros inferiores con edemas hasta raíz, con fóvea. Portadora de drenaje sin débito y de PICC en MSD, sin signos de infección.

El juicio clínico es de pancreatitis aguda necrotizante grave con colecciones sobreinfectadas, pendiente de drenar. Se solicitan hemocultivos diferenciales y se mantiene antibioterapia.

El 24 de agosto de 2020 se encuentra afebril, hemodinámicamente estable con tendencia a taquicardia, taquipnea a 28 rpm, Sat O2 98 % con gafas nasales a 1,5 lpm, sin drenaje en bolsa. Buen estado general. Adecuada tolerancia oral, con buen apetito, sin náuseas, vómitos ni diarrea. En la exploración física destaca hipofonesis generalizada de predominio en campo pulmonar izquierdo y dolor selectivo a la palpación

de mesogastro sin irritación, así como edemas bilaterales hasta raíz de miembros inferiores.

Gastroenterología solicita TC abdomino-pélvico de control, con vistas a posible drenaje endoscópico de WON el jueves de esa semana. Se mantiene cobertura antibiótica con Meropenem, Vancomicina y Anidulafungina a la espera de aislamientos, se introduce Clexane a dosis profilácticas, se pautan suplementos nutricionales y se anota *“ampliamos Dímero D por factores de riesgo, sin anticoagulación profiláctica y taquipnea y taquicardia”*.

El mismo día 24 de agosto de 2020, la paciente y el médico firman el documento de consentimiento informado para ecoendoscopia más punción para drenaje, en el que se describe la técnica y riesgos:

“A pesar de la adecuada selección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos Indeseables como distensión y dolor abdominal, hemorragia, perforación, pancreatitis aguda, fuga biliar, fugas del contenido drenado a la cavidad intraabdominal (peritonitis), infección sanguínea (sepsis), infección local (del lugar de la punción), aspiración bronquial, hipotensión, náuseas y vómitos, reacción alérgica y flebitis.

Excepcionalmente puede haber arritmias o parada cardíaca, depresión o parada respiratoria, ACVA (Accidente Cerebrovascular Agudo), daños dentales y subluxación mandibular. Existe un riesgo mínimo de mortalidad.

Debe saber que las complicaciones pueden requerir tratamiento médico, endoscópico y/o quirúrgico”.

Recibidos los resultados de Dimero D, debido a los factores de riesgo para ETV (Enfermedad Tromboembólica Venosa) se solicita angioTC para descartar TEP (Tromboembolismo Pulmonar).

Se avisa a Gastroenterología de guardia cuando se recibe el resultado del TC que informa de TEP segmentario + drenaje fuera de colección + áreas de hipoperfusión hepática (possible trombosis eje esplenoportal). La paciente se encuentra en buen estado general.

Neumología de guardia refiere que está indicado anticoagulación. y Gastroenterología recomienda poner PIC para seguimiento. Se pauta HBPM 60mg c/12h y ayunas para ecografía abdominal y descartar trombosis portal.

El 25 de agosto es valorada por Gastroenterología y Neumología. El AngioTAC informa “*TEP agudo en arterias segmentarias anteriores y apicales del LSD. No hay signos de sobrecarga de cavidades derechas. Derrame pleural izquierdo de severa cuantía y de distribución típica que condiciona una atelectasia completa del LII*”. Presenta regular estado general, muy sudorosa. No presenta trabajo respiratorio ni taquipnea. Refiere presentar mínima disnea. Niega dolor torácico ni mareo.

Se anota: “*ayer la paciente comienza con taquipnea y taquicardia estando encamada sin anticoagulación, se solicita D-dimero que se encuentra elevado y ante la alta sospecha se progresó a angioTC con hallazgo de TEP agudo en arterias segmentarias anteriores y apicales del LSD (...) PLAN: Dado que la paciente no presenta compromiso desde el punto de vista respiratorio y el alto riesgo de recurrencia de TEP si se suspende la anticoagulación en fase aguda, no se considera beneficioso realizar una toracocentesis diagnóstica y se decide no realizarla de urgencia*”.

El día 26 de agosto de 2020, Gastroenterología decide iniciar anticoagulación a dosis terapéuticas. Persiste fiebre y elevación marcada de PCR por lo que ante la necesidad de control de foco infeccioso se gestiona realización de drenaje por ecoendoscopia ante la mala evolución clínica y analítica.

Radiología vascular programa para al día siguiente drenaje percutáneo de WON dado que el procedimiento de endoscopia tiene un riesgo asociado incluso mayor. Se le explica a la paciente la situación clínica, pronostico y riesgos derivados de las diferentes posibilidades y firma el documento de consentimiento informado para drenaje percutáneo de colección pancreática por parte de Radiología Intervencionista.

El 27 de agosto de 2020 se realizó, sin incidencias, el drenaje percutáneo de la colección pancreática, por parte de Radiología, dejándose alojado un catéter de 12 F y obteniéndose material para cultivo.

Tras el drenaje de WON es reevaluada. Refiere encontrarse estable. Presenta aceptable estado general, persiste ligeramente taquicárdica, frecuencia cardiaca 100-105 lpm, SO2 con 2 lpm 98 %, niega dolor torácico.

El 28 de agosto 2020 se retira el catéter de drenaje de colección colocado previamente. Debido al alto riesgo de hemorragia tras el procedimiento, se decide demorar la reintroducción de la anticoagulación hasta el próximo sábado. Se informa a la paciente del riesgo de mantener el tratamiento suspendido.

Se interconsulta a Rehabilitación que indica tratamiento de rehabilitación motora durante el ingreso.

Microbiología informa de crecimiento de *Morganella morganii*. Se mantiene antibioterapia con Meropenem 1 gr/8h + Teicoplanina 400 mg/24h + Anidulafungina 100 mg/24h hasta resultado definitivo de cultivos. Se avisa por fiebre de 38.3 con sudoración profusa. La paciente niega cualquier focalidad infecciosa u otra clínica.

El día 30 de agosto 2020 Gastroenterología anota que la evolución clínica durante el fin de semana ha sido buena y en los comentarios de evolución de Enfermería se anota:

“HD estable. Febrícula de 37,8 que cede. Se atraganta con líquido en la merienda en el contexto de una hipoglucemia, sin pérdida de conocimiento, ella refiere solo vista borrosa. Manteniendo constantes. Inicio SG10% a 2 lml/h hasta la cena que retiro. Tras 2h comienza de forma repentina con dolor muy fuerte en hemicárdia decho y disnea. Con una saturación algo más baja, glucemia en rango. Realizo electro, sin signos de isquemia. El dolor cede espontáneamente a los 5-10min. Cena bien y con apetito tras esto. Avisado médico de guardia”.

El día 31 de agosto de 2020 presenta mejor estado general que en días previos. Comenta disminución de disnea y clara mejoría de dolor abdominal. No sensación distérmica. Buena tolerancia oral y mantiene deposiciones. En Fisioterapia se intenta bipedestación, pero no puede.

El día 1 de septiembre de 2020 es valorada por Gastroenterología, Enfermedades Infecciosas y Neumología que cuando valora a la paciente refiere persistir con ligera disnea pero que va mejorando. Niega dolor torácico, palpitaciones, sudoración, mareo, problemas de sangrado.

El día 2 de septiembre de 2020 se encuentra *“clínicamente estable, sin incidencias destacables. Es capaz de sentarse en la cama. Es asistida por Rehabilitación. Presenta disminución de edema en MMII. Pasa a sedestación al borde de la cama con ayuda de una persona, desde donde se realiza también cinesiterapia y transferencias de peso. Tolera bien. Se avisa a Gastroenterología de guardia por fiebre asintomática, sin tiritona, empeoramiento del estado general. Se solicitan nuevos hemocultivos, pero no se modifica pauta de antibioterapia”.*

El 4 de septiembre de 2020 realiza toracocentesis diagnóstica y terapéutica tras ecografía torácica para marcar punto de punción. Se drenan 150 cc de líquido pleural. El procedimiento transcurre sin complicaciones. Enfermería avisa a Gastroenterología de guardia por nuevo pico febril de 38,2º C. Enfermedades Infecciosas recomienda pruebas de imagen, se mantiene tratamiento.

El día 7 de septiembre de 2020 se intenta realizar nueva toracocentesis, pero sólo es posible obtener 150 cc de líquido pleural por pobre tolerancia (tos persistente). En control ecográfico posterior, se objetiva escasa cantidad de líquido pleural izquierdo. Se encuentra hemodinámicamente estable. Afebril y sin dolor. Come bien y complemento nutricional. Glucemias en rango.

En las notas de Enfermería consta: “*14:35 Llama MG para indicar que NO se administre enoxaparina de las 24h ni de las 12h de mañana. Comienzo transfusión de 2 concentrados de hematíes, el primero de ellos trasfundido y administrada furosemida IV, el segundo continúa tras finalizar el tumo. ... Pendiente de sacar analítica post-transfusional. Realizada Rx de tórax portátil. Viene fisioterapeuta. Pasa la tarde tranquila*”.

El día 8 de septiembre presenta buenas constantes, saturación con gafas nasales de 98 %. Se realiza PCR y serología para SARS-CoV-2 con resultado positivo. Es trasladada a Área Covid.

El 10 de septiembre de 2020, se realiza quistogastrostomía endoscópica con prótesis tipo Hot.axios, posterior lavado y desbridamiento de la colección necrótica. Sin complicaciones inmediatas del procedimiento.

El día 11 de septiembre de 2020, presenta buen estado general, sin dolor abdominal espontáneo, sin exteriorización de sangrado. Niega

sintomatología respiratoria. Afebril. Saturación 98% con gafas nasales a 1 lpm.

El 13 de septiembre de 2020, Enfermería avisa a Gastroenterología de guardia por debilidad de la paciente en los cuatro miembros, más marcada en hemicuerpo izquierdo. A la llegada del médico la paciente se encuentra estable hemodinámicamente, con similar estado general que días previos. Se encuentra consciente, orientada en las tres esferas. Comprende y colabora. Presenta impotencia funcional de los cuatro miembros siendo más marcada en miembro superior izquierdo. En miembro inferior izquierdo se objetiva leve asimetría en fuerza respecto al derecho. Sensibilidad conservada.

Se realiza TC craneal en el que no se observan signos de sangrado agudo intra ni extraaxial. Línea interhemisférica centrada, no se objetiva efecto de masa, área de hipodensidad cortico subcortical en región frontal derecha, con retracción cortical asociada, que podría estar en relación con evento isquémico subagudo tardío/crónico.

Neurología valora a la paciente y el juicio clínico es de ictus isquémico hemisférico derecho de etiología indeterminada.

El 15 de septiembre de 2020 se contacta por teléfono con una hermana de la paciente. Se ajusta tratamiento, se interconsulta a Psiquiatría, se solicita rx de tórax y TC abdominal de control.

Gastroenterología anota: “*candidata a valoración por UVI si empeoramiento*”.

El 18 de septiembre de 2020 es valorada por Neurología. La paciente refiere peor movilidad de pierna izquierda, sin otros síntomas neurológicos nuevos. También es valorada por Gastroenterología y Medicina Preventiva que anota: “*no clínica respiratoria salvo necesidad*

de oxigenoterapia en gafas nasales que parece mantenerse estable, sin empeoramiento en los últimos días. Nos consultan para valorar retirar medidas de aislamiento de cara a ubicar a la paciente en planta no COVID. Se ha solicitado hoy PCR para SARS-CoV-2 con resultado nuevamente positivo, por lo que deben mantenerse las precauciones de aislamiento por gotas+contacto en planta COVID”.

En días posteriores se mantuvo afebril, clínicamente sin cambios significativos, tendencia a somnolencia.

El día 25 se interconsulta a Endocrinología y Nutrición.

El 26 de septiembre presenta empeoramiento respiratorio, saturación de 90 % con gafas nasales a 4 lpm. Se solicita RX en la que se aprecian opacidades bilaterales. En la auscultación pulmonar presenta crepitantes leves bilaterales en plano anterior, en la auscultación neurológica presenta deterioro de funciones superiores con Glasgow 8-9. El juicio clínico es de neumonía bilateral por SARS-CoV-2. Insuficiencia respiratoria secundaria +/- ICC asociada. Anasarca e hipoproteinemia. Pancreatitis aguda necrotizante, complicada con necrosis pancreática sobreinfectada y absceso abdominal polimicrobiano.

Se amplía aporte de oxigenoterapia, se reevalúa a la paciente con disminución del nivel de conciencia, se desestima ingreso en UCI, se solicita TC craneal e informan a familiar del pronóstico.

Fallece el 27 de septiembre de 2020.

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

Se ha incorporado al expediente la historia clínica de la paciente del Hospital Universitario Ramón y Cajal.

El 23 de julio de 2021 el jefe de Servicio de Gastroenterología y Hepatología informa que la quistogastrostomía por drenaje de colección pancreática mediante ecoendoscopia por punción realizada el 10 de septiembre de 2020 fue eficaz *“y no se asoció a complicaciones inmediatas ni tardías derivadas del mismo. La enferma no falleció por ninguna complicación derivada del procedimiento. Tampoco existió ninguna asociación entre la causa de su fallecimiento y la intervención endoscópica realizada”*.

Figura también en el expediente el informe de la responsable de Enfermería del Hospital Universitario Ramón y Cajal que tras indicar que al ingreso de la paciente se le realizó una valoración protocolizada de riesgos, informa que se trataba de una paciente dependiente para las actividades básica de la vida diaria, portadora de un catéter central de inserción periférica y portadora de gafas nasales para mantener saturación de oxígeno adecuada. Explica que se cumplieron los protocolos sobre cambios posturales, hidratación corporal y adaptación de la dieta, que la movilización de la paciente se llevó a cabo en coordinación con el Servicio de Rehabilitación, que se llevaron a cabo medidas higiénicas y preventivas destinadas a proteger la integridad de los pliegues inguinales y zona perianal, que se realizaron los cambios de pañal necesarios, que se administró solución tópica para mantener confort e integridad tisular, que se realizó un registro para evaluar la ingesta hídrica tras valoración por el Servicio de Nutrición, que no hubo retrasos en proporcionar alimento y bebida a la paciente, que no se le retiró el timbre llamador, y que en definitiva, se le proporcionaron los cuidados precisos.

El 22 de marzo de 2022 los reclamantes solicitan el impulso del procedimiento.

Previa solicitud de diversa documentación, la Inspección Sanitaria, en el informe de 30 de mayo de 2022, recoge los antecedentes y consideraciones médicas oportunas para concluir:

“Se considera la asistencia en conjunto caracterizada por estrecha vigilancia, actuaciones multidisciplinares y actos médicos y procedimientos correctos, adecuados al grave proceso fundamental presentado (necrosis pancreática ~ total infectada) y las comorbilidades acontecidas, también de relevancia (sobre todo neumonía covid añadida, con insuficiencia respiratoria); salvo la objeción primera expuesta, acerca de la tromboprofilaxis”.

Y sobre la misma, el informe de la Inspección Sanitaria expresa, que a la llegada de la paciente al Hospital Universitario Ramón y Cajal “*La Inspección considera que la paciente era candidata a la tromboprofilaxis lógicamente desde un inicio, precisamente como prevención; antes de cuando se instauró. El día 24 ya estaba la clínica, el cuadro muy sugestivo de Tromboembolismo Pulmonar (TEP) que se diagnostica/corrobra en AngioTac y se pasa a mayor dosis de la heparina, dosis que se asciende el día 25. Esto, a juicio de esta Inspección constituye una cierta deficiencia asistencial*”.

Tras el informe de la Inspección Sanitaria, se ha incorporado al expediente, a instancias del SERMAS, un informe pericial de valoración del daño corporal, firmado el 30 de enero de 2023 por un licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Salamanca, en el que se formulan las siguientes conclusiones y valora el daño en los siguientes términos:

“Con independencia de la existencia de responsabilidad, que no es el objeto de este informe, se procede a realizar la delimitación y valoración del daño corporal generado, siguiendo los parámetros contenidos en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre y teniendo en

consideración las cuestiones concretas del caso. Tras el estudio y análisis realizado se alcanzan las siguientes conclusiones:

- 1. La pancreatitis aguda que padecía Doña (...) asociaba una mortalidad del 30-80 %, siendo este un factor preexistente.*
- 2. Desconocemos si de no haberse infectado por el Covid-19 se hubiera podido evitar el fallecimiento, incertidumbre causal, pero consideramos que este factor pudo contribuir en el empeoramiento de su grave patología previa, siendo un factor concurrente.*
- 3. Para realizar la valoración económica y al estar valorando una hipótesis, calculada sobre la posibilidad de precipitarse el fallecimiento al haberse agravado el pronóstico con una infección por Covid-19, la única manera que encontramos para establecer una potencial cuantía indemnizatoria ecuánime es realizar el cálculo del fallecimiento al 100 % y minorar la indemnización al 50 %, al no poder saber si se hubiera podido evitar o no el óbito”.*

Tras la incorporación de los anteriores informes se otorgó audiencia a los reclamantes y el 22 de febrero de 2023 presentaron escrito de alegaciones en el que en síntesis vienen a reiterar la defectuosa asistencia sanitaria en materia de tromboprofilaxis y el contagio en el centro hospitalario de COVID-19 como factores determinantes del fallecimiento.

El 30 de mayo de 2023 se formuló propuesta de resolución estimando parcialmente la reclamación, reconociendo una indemnización global para los reclamantes de 87.395,37 euros.

CUARTO.- El 19 de julio de 2023 se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el n.º 412/23, a la letrada vocal Dña. Rosario López Ródenas que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 14 de septiembre de 2023.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros, y por solicitud de la consejera 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 se regula en la LPAC. 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 y el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de

Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), en cuanto sufren el daño moral que provoca el fallecimiento de su esposa, madre y hermana. Acreditan su relación de parentesco con la paciente mediante fotocopia del libro de familia. Actúan debidamente representados por un abogado.

Ahora bien, los reclamantes carecen de legitimación activa para reclamar por la supuesta falta de información a la paciente, como ya sostuvimos en nuestros dictámenes 46/16, de 28 de abril; 166/16, de 9 de junio; 507/16, de 10 de noviembre; 141/18, de 22 de marzo, 200/18, de 3 de mayo o 145/19, de 11 de abril, entre otros, al considerarlo como daño moral personalísimo (como se deduce del artículo 5.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, según el cual el titular del derecho a la información es el propio paciente, y de la Sentencia 37/2011, de 28 de marzo, del Tribunal Constitucional) y, por tanto, intransmisible a los herederos, de tal forma que solo el paciente puede reclamar por la vulneración de su autonomía.

En cualquier caso, la alegación de falta de información resulta desmentida por la documentación que obra en el expediente de la que resulta acreditado que la paciente fallecida fue debidamente informada de la intervención realizada, firmando al efecto el 24 de agosto de 2020 el correspondiente documento de consentimiento informado para ecoendoscopia mas punción para drenaje de la vía biliar, de la vía pancreática o de quistes/colecciones intrabdominales, en el que se consigna la técnica y riesgos de la misma.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid por cuanto se reprocha la asistencia sanitaria dispensada en un centro hospitalario integrado en la red sanitaria pública madrileña.

En lo relativo al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, que se contará, en caso de daños de carácter físico o psíquico, desde que el hecho aconteció o desde la curación o determinación del alcance de las secuelas (artículo 67.1 de la LPAC).

En este caso el *dies a quo* viene dado por el fallecimiento del familiar de las reclamantes el día 27 de septiembre de 2020 por lo que la reclamación presentada el día 4 de mayo de 2021 está formulada dentro del plazo legal.

Respecto a la tramitación del procedimiento, en este caso, consta que se ha solicitado informe del servicio al que se imputa la producción del daño, conforme reclama el artículo 81 de la LPAC y también se ha recabado el informe de la Inspección Sanitaria, además se ha incorporado un informe pericial elaborado a instancias del SERMAS. Posteriormente se ha concedido el trámite de audiencia a los reclamantes, que han formulado alegaciones y se ha elaborado la correspondiente propuesta de resolución, que estima parcialmente la reclamación, según ya ha sido indicado en antecedentes, por lo que cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido trámite alguno que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 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.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, requiere la concurrencia de varios requisitos:

- a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.
- c) 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. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005) y otras 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*”.

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 recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de mayo de 2016 (recurso 1153/2012) “*que cuando se trata de reclamaciones derivadas de actuaciones sanitarias, la doctrina*

jurisprudencial viene declarando que 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, de manera que, si el servicio sanitario o médico se prestó correctamente y de acuerdo con el estado del saber y de los medios disponibles, la lesión causada no constituiría un daño antijurídico”.

CUARTA.- Del breve resumen de los presupuestos de la responsabilidad patrimonial incluidos en la consideración jurídica precedente, se deduce que no cabe plantearse una posible responsabilidad de la Administración sin la existencia de un daño real y efectivo a quien solicita ser indemnizado.

Ciertamente ya hemos adelantado la existencia del daño moral de los reclamantes por el solo hecho del fallecimiento de su familiar. Sin embargo, la existencia de un daño, no es suficiente para declarar la existencia de responsabilidad, por lo que ha de analizarse si concurren los demás requisitos necesarios para apreciarla.

Los interesados, imputan el daño -el fallecimiento de su familiar-, en el escrito inicial de reclamación, a la ausencia de consentimiento informado para la realización de la endoscopia, deficiente asistencia por parte de Enfermería, mala praxis en el tratamiento del ictus isquémico sufrido por la paciente que atribuyen a una defectuosa asistencia en materia de tromboprofilaxis y al contagio de COVID-19 en el centro hospitalario, centrándose la alegaciones presentadas por los interesados en los dos últimos reproches señalados.

En este caso, los reclamantes no han aportado al procedimiento ningún criterio médico o científico, avalado por profesional competente que sirva técnicamente para acreditar que el daño aducido sea consecuencia de un seguimiento inadecuado de la patología que presentaba. Esta falta de prueba hace necesario acudir a los informes médicos obrantes en el expediente, singularmente al de la Inspección Sanitaria, por su garantía de objetividad y rigor científico puesta de manifiesto en diversos dictámenes de esta Comisión Jurídica Asesora y en las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, como la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 25 de enero de 2018 (recurso 1/2016), o la Sentencia de 26 de julio de 2018 (recurso 768/2016).

Además, para evaluar la corrección de una concreta práctica médica hay que estar a la situación y síntomas del momento en que se realiza esta. Ello se traduce en que se deben aplicar a los pacientes todos los medios disponibles para su diagnóstico y tratamiento. Esta obligación de medios debe entenderse ceñida al contexto del momento y las circunstancias en que se efectúa la asistencia, es decir, a los síntomas que presenta cada paciente y a las probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología.

Al respecto, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en su Sentencia de 9 de marzo de 2017 (núm. de recurso 203/2014), manifestó que *“en lo que específicamente se refiere al diagnóstico de las enfermedades que los pacientes padecen, la garantía de medios comporta que se utilicen los medios disponibles coherentemente con los síntomas y signos que presenten, y con la información relevante que faciliten”*.

En ese caso, de la historia clínica e informes incorporados al expediente, destaca, tal y como indica la Inspección Sanitaria, la complejidad del caso y las complicaciones acontecidas de una paciente con pancreatitis aguda grave cronificada, que de entrada, según los

informes obrantes en el expediente, asocia una elevada mortalidad, enfermedad que le ocasionó una necrosis pancreática del 90%, con sobreinfección polimicrobiana, que eleva notablemente la morbimortalidad y que requirió terapia antibiótica intensiva y continuada, la necesidad de evacuación y traslado al Hospital Universitario Ramón y Cajal para realizar ecoendoscopia con punción y quistografía por drenaje de colección pancreática infectada, de la que fue informada y firmó el correspondiente documento el consentimiento informado.

Centrándonos en los reproches formulados por los reclamantes, el referido a la deficiente asistencia por parte de Enfermería resulta desmentido en la historia clínica e informe de dicho Departamento en los que se pone de manifiesto que a la paciente se le proporcionaron los cuidados precisos y adecuados, así como el cumplimiento de los protocolos hospitalarios.

Respecto al reproche de contagio de la paciente de COVID-19, tal y como se ha reseñado en antecedentes, consta en la historia clínica que el día 8 de septiembre de 2020 se realizó a la paciente PCR y serología para SARS-CoV-2 con resultado positivo.

En relación con esta cuestión, es preciso tener en cuenta que el 22 de agosto de 2020 fecha en la que el familiar de los reclamantes ingresó en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, estábamos ante una situación sanitaria excepcional por la abrupta irrupción del COVID-19, con una afectación y frecuentación masiva a los servicios sanitarios, en la que los medios humanos y materiales ordinarios y exigibles no eran suficientes para la atención sanitaria de los numerosos enfermos, no se conocía una medicación efectiva contra el virus, ni se disponía, entonces, de ninguna vacuna para la prevención de la COVID-19, lo que puso en un grado de tensión máxima el sistema sanitario, provocando decenas de miles de fallecidos, tal y como hemos indicado en los dictámenes 177/22

y 184/22, ambos de 29 de marzo o el 342/22, de 31 de mayo, entre otros.

Se trató, sin duda, de una situación excepcional la vivida en esas fechas que determinó que la Organización Mundial de la Salud elevara el día 11 de marzo de 2020 la situación de emergencia de salud pública ocasionada por el COVID-19 a pandemia internacional y que el Gobierno de España dictara el 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, limitando la libertad de circulación de las personas, suspendiéndose la actividad educativa presencial en todos los centros de enseñanza, incluida la universitaria y medidas de contención en el ámbito de la actividad comercial, equipamientos culturales, establecimientos y actividades recreativos, actividades de hostelería y restauración, entre otras.

Al respecto, el informe pericial de valoración del daño corporal indica que *“no es posible determinar con certeza la fuente de contagio del Covid-19 pero, por los periodos medios de incubación (5 días) y tiempo que transcurre hasta hacerse sintomático (11 días) y de confirmarse la ausencia de visitas de familiares entre el 25 de agosto al 8 de septiembre, es muy probable que el contagio fuera producido por personal sanitario del hospital”*, si bien la Inspección Sanitaria destaca que *“contraer esa infección en el transcurso del ingreso no supone en absoluto la comisión de irregularidad asistencial alguna en el caso”*.

Finalmente, los reclamantes reprochan retraso en el tratamiento del tromboembolismo pulmonar sufrido por la paciente.

Y basándonos en la documentación obrante en el expediente, nos encontramos con que la paciente a la fecha del ingreso en el centro hospitalario era portadora de catéter central de inserción periférica, drenaje abdominal, requirió oxigenoterapia, fue explorada y valorada por

Gastroenterología y fue programada para la realización de ecoendoscopia con punción de la necrosis encapsulada de páncreas infectada que presentaba, se solicitó rx de tórax y analítica pero no se aplica el día del ingreso, ni al día siguiente, tromboprofilaxis.

Para la Inspección Sanitaria la ausencia de tratamiento tromboprofiláctico desde el ingreso de la paciente *“constituye una cierta deficiencia asistencial porque es tenido por eficaz el efecto de verdadera prevención que, en gran medida ejerce esa tromboprofilaxis aplicada en su momento. Había factores de riesgo suficientes en esta paciente”*.

La Inspección considera en su informe que la paciente era candidata a la tromboprofilaxis desde que ingresó el día 22 de agosto de 2020, precisamente como prevención, por lo que, teniendo en cuenta el relevante criterio de la Inspección Sanitaria, dada su imparcialidad y objetividad, apreciamos que no se puso a disposición de la paciente y en el momento adecuado el tratamiento tromboprofiláctico que hubiera permitido variar el tromboembolismo pulmonar que fue diagnosticado en el AngioTAC realizado el 25 de agosto de 2020, sin perjuicio, de que tal y como apuntan los informes obrantes en el expediente, resultan inciertas las posibilidades de sobrevivir de la paciente de haber sido atendido con prontitud tromboprofilaxis.

QUINTA.- Sentado lo anterior, procede por exigencias de lo dispuesto en el artículo 34 de la LRJSP, pronunciarse sobre la concreta valoración de los daños solicitados para lo que habrá que acudir como criterio orientador al baremo de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación (en adelante, Ley 35/2015).

En cuanto a la concreta valoración del daño, los reclamantes solicitaron en su escrito de reclamación una indemnización de

100.680,14 euros para el hijo, 53.098,79 para su marido y 16.224,63 para cada uno de los cuatro hermanos de la paciente.

Frente a ello, el informe sobre valoración de daños por muerte realizado por un especialista que obra en el expediente, y que acoge la propuesta de resolución, efectúa una aplicación de los parámetros de la Ley 35/2015, minorando al 50% las cuantías indemnizatorias, ante la incertidumbre causal y concurrencia de causas, lo que se reputa adecuado.

Procede en consecuencia, estimar parcialmente la reclamación presentada, reconociendo a los interesados una indemnización total de 87.395,37 euros, con el siguiente desglose:

- Para el hijo de la paciente: 28.922,96 euros.
- Para el marido de la paciente: 26.312,59 euros.
- Para cada uno de los cuatro hermanos: 8.039,37 euros.

Cantidad que ha de actualizarse a la fecha de la resolución que ponga fin al procedimiento.

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

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial, debiendo indemnizarse a los reclamantes con la cantidad de 87.395,37 euros, que habrá de ser actualizada según el artículo 34.3 de la LRJSP.

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 14 de septiembre de 2023

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 445/23

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 - Madrid