

Dictamen n.º: **597/23**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **07.11.23**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 7 de noviembre de 2023, 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 Dña., en su propio nombre y en representación de sus tres hijos menores,, y, por el fallecimiento de su respectivo marido y padre, D., al considerar deficiente la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario La Paz, debido a un retraso en el diagnóstico de una fascitis necrotizante en el miembro inferior derecho.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae de causa del escrito de reclamación formulado por el abogado de las personas citadas en el encabezamiento de este dictamen, presentado el 5 de enero de 2022 en el registro electrónico del entonces Ministerio de Política Territorial y Función Pública.

La reclamación detalla que el paciente contaba con 44 años de edad y tenía como antecedentes médicos hipertensión arterial, diabetes

mellitus tipo 1, en tratamiento con insulina, e insuficiencia venosa crónica, intervenida mediante safenectomía derecha e izquierda en 2019.

Según el escrito, llevaba una vida activa, independiente, sin limitaciones físicas y con una actividad laboral y personal plena si bien, durante los meses de febrero y marzo de 2021, el fallecido empezó a presentar lesiones cutáneas que le causaban un gran picor, por lo que fue inicialmente tratado con antihistamínicos y antibióticos, ya que algunas de estas lesiones presentaban signos de infección. Los reclamantes indican que tales lesiones estaban inicialmente localizadas en su pierna derecha, y que, toda vez que el paciente era diabético y las heridas eran de gran tamaño, en el mes de agosto de 2021 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Badajoz, donde se emitió el diagnóstico de *“prurigo nodular”*, siendo finalmente dado de alta y pautándose tratamiento con clindamicina oral.

La reclamación relata a continuación la evolución clínica del paciente desde su primer ingreso en Urgencias del Hospital Universitario La Paz hasta su fallecimiento, y se acompaña de un informe pericial elaborado por un especialista en Medicina Interna quien, tras un estudio previo de la historia clínica, señala que *“los facultativos del SAS que atendieron a Don (nombre de otro paciente diferente al fallecido)”* no actuaron según la *lex artis* por los siguientes motivos:

“1. El paciente falleció como consecuencia de una fascitis necrotizante extensa y evolucionada, con puerta de entrada en una lesión ulcerada en la pierna derecha.

2. La sospecha clínica de fascitis necrotizante consta como juicio diagnóstico en la historia clínica desde su llegada a Urgencias del Hospital Universitario La Paz el día 13 de agosto de 2021, se mantiene de forma reiterada durante su ingreso en planta de Medicina Interna, y no se confirma mediante exploración quirúrgica hasta el día 25 de agosto.

3. El Servicio de Cirugía Plástica demoró de forma injustificada y repetida la intervención quirúrgica durante 12 días, mostrando una actuación poco proactiva, escasamente diligente y alejada de la evidencia científica en el manejo de esta patología.

4. El paciente era un buen candidato para la exploración quirúrgica y no presentaba factores de riesgo identificados de mortalidad para una infección necrotizante de partes blandas, por lo que se hubiese beneficiado de la intervención quirúrgica si esta se hubiese llevado a cabo de forma temprana.

5. La decisión de posponer la intervención quirúrgica basándose en la inespecificidad de las pruebas de radiología y en la utilización inadecuada de escalas de laboratorio como la escala de LRINEC fue desacertada y denota un mal manejo clínico por parte del Servicio de Cirugía Plástica.

6. Esta demora en la intervención quirúrgica conllevó un peor pronóstico y condicionó la mala evolución, complicaciones posteriores y eventual fallecimiento del paciente.

7. La evolución fatal era evitable, si se hubiese procedido a una intervención quirúrgica de exploración y desbridamiento temprano de la infección necrotizante, como indicaron en varias ocasiones los Servicios de Urgencias, Medicina Interna y Dermatología.

8. Existe una relación de causalidad cierta entre la mala evolución clínica de la fascitis necrotizante y el retraso en su abordaje quirúrgico, lo que constituye mala praxis por parte del Servicio de Cirugía Plástica”.

Los reclamantes exponen que, a la llegada del paciente al Hospital Universitario La Paz el día 13 de agosto de 2021, se constataban datos

objetivos de infección sistémica, con elevación marcada de reactantes de fase aguda en la analítica sanguínea, y el síntoma destacado por el paciente era el dolor intenso en la pierna derecha, que predominaría en los días subsiguientes. La reclamación indica que, desde la primera exploración física, se describe un edema generalizado de toda la pierna, doloroso a la palpación, es decir, un edema sin signos inflamatorios, pero con dolor, por lo que todo ello conduce a que la sospecha clínica inmediata fuera la de fascitis necrotizante.

Los reclamantes continúan señalando que el paciente evolucionó desfavorablemente durante su estancia en la planta de Medicina Interna y avisó en varias ocasiones por un dolor persistente en la extremidad, desproporcionado a los hallazgos exploratorios, que requirió incluso la administración de opioides mayores, como el fentanilo, para su control, durante los 12 días (del 13 de agosto hasta el 25 de agosto) que el paciente permaneció, sin que recibiera por parte del Servicio de Cirugía Plástica la exploración quirúrgica requerida e indicada desde el primer día de valoración en Urgencias para confirmar el diagnóstico de fascitis necrotizante.

La reclamación indica que el paciente *“desde la primera valoración clínica en el Hospital Universitario La Paz presentaba las manifestaciones clínicas clásicas de las fascitis necrotizantes descritas en la literatura científica, incluyendo: edema de la extremidad, eritema, dolor severo y desproporcionado, empastamiento con induración más allá del área de eritema, y también se describe en algún momento a la aparición de flictenas. Un aumento de las cifras de los leucocitos en plasma por encima de 15000 y una tendencia a la hiponatremia por debajo de 135 mmol/L por litro también”*.

Sin embargo, según el escrito, en cada una de las cuatro valoraciones de Cirugía Plástica previas al día 24 de agosto, se desechó la

sospecha clínica de fascitis necrotizante y el abordaje quirúrgico de forma sistemática.

Los reclamantes afirman que, en los casos de alta sospecha clínica de infección necrotizante, como ocurrió desde el primer momento con su familiar, la clave para la supervivencia del paciente es el tratamiento quirúrgico inmediato y agresivo, el cual consiste en la resección o desbridamiento amplio y completo de todos los tejidos afectados, por lo que existió un evidente retraso diagnóstico de varios días provocado por una actitud poco proactiva y escasamente diligente por parte del Servicio de Cirugía Plástica.

La reclamación solicita una indemnización de 571.959,32 euros y se acompaña del poder de representación en favor del abogado de los reclamantes, copia del libro de familia, el informe médico pericial ya reseñado, justificante de gastos funerarios, y diversa documentación médica acreditativa de la atención sanitaria dispensada (folios 1 a 109 del expediente).

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

Se trata de un paciente, de 44 años de edad en el momento de los hechos, que el 5 de marzo de 2021 acude a Urgencias del Hospital Universitario La Paz por múltiples lesiones cutáneas de 15 días de evolución, causadas por rascado debido a prurito, que lo achaca a cuadro de estrés de origen laboral, según refiere. Como antecedentes médicos constan: úlcera en el miembro inferior derecho, con curas en ese momento, celulitis y diabetes mellitus tipo 1. Entre los antecedentes quirúrgicos, consta flebectomía en gemelos a los 15 años por presencia de varices. Hábito tabáquico: 10 cigarrillos/día.

Se realiza exploración física: múltiples placas costrosas con base eritematosa e infiltrada en miembros inferiores y manos, sin exudado líquido purulento, y cicatrices atróficas de características similares.

Diagnóstico: excoriaciones neuróticas sobreinfectadas en piernas y brazos. Se pauta antibiótico (clindamicina) por vía oral durante 7 días, ansiolítico para el prurito (Atarax) y cura de las lesiones cada 2 días.

Con fecha 13 de agosto de 2021, acude a Urgencias del Hospital Universitario La Paz, derivado por su médico de Atención Primaria, por edema en la pierna. En la exploración física, presenta múltiples estigmas cicatriciales en las 4 extremidades, escara en el tercio superior del miembro inferior derecho, con eritema y edema perilesional doloroso a la palpación, así como edema de todo el miembro con fóvea. En la analítica de sangre se objetiva leucocitosis, hiperglucemia, hipertransaminasemia e hiperbilirrubinemia, y aumento de proteína C reactiva.

Se realiza TC de miembros inferiores con contraste intravenoso, según protocolo de fascitis necrotizante. Los hallazgos son sugestivos de edema subcutáneo trabeculado en relación con cambios inflamatorios/infecciosos inespecíficos. No se identifican colecciones, burbujas de enfisema ni realce fascial que sugieran fascitis necrotizante, por lo que se recomienda correlacionar con la clínica y exploración.

Ante los hallazgos clínicos, el juicio clínico es celulitis en el miembro inferior derecho sobre escara necrótica, fracaso renal agudo AKIN I, hiponatremia y descompensación hiperglucémica en paciente con diabetes mellitus tipo 1. Se pauta tratamiento antibiótico (Augmentine) y bomba de insulina y sueroterapia.

Es reevaluado por turno de guardia. El paciente se mantiene estable, afebril y con diuresis subjetiva adecuada. Juicio clínico: celulitis vs fascitis vs trombosis venosa profunda con empastamiento en el miembro inferior derecho, junto con úlcera cutánea, de probable origen en

insuficiencia venosa crónica, descompensación hiperglucémica sin acidosis, hipertransaminasemia e hiperbilirrubinemia a estudio (ya elevadas desde 2015, antecedente de hepatitis C tratada durante 2 años con interferón en 1995).

Es valorado por Cirugía Plástica, que en ese momento no considera la necesidad de intervención por su parte. Se modifica antibioterapia por Tazocel más clindamicina, dada la importante extensión de la celulitis y la induración hasta la raíz del miembro inferior derecho. Ingresa en la planta de Medicina Interna.

El 14 de agosto de 2021 es valorado por Medicina Interna. Varón de 44 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 1 diagnosticada en 2007 (última visita de endocrino 2018: diagnóstico de diabetes mellitus 1 con mal control metabólico) con presencia de varices en los miembros inferiores, en seguimiento por Cirugía Vascular (flebectomías más safenectomías), hipertensión arterial, ex fumador, virus hepatitis C tratado con Interferón en 1995.

Acude por presentar inflamación y eritema en el miembro inferior derecho, asociado a febrícula de hasta 37,4°C de 10 días de evolución. Refiere que, tras la administración de la vacuna Pfizer en febrero de 2021, comenzó con prurito, excoiaciones en tronco y extremidades que se han ulcerado, teniendo mala evolución una de ellas en la región gemelar del miembro inferior derecho. Ha estado en tratamiento con clindamicina, pautado por su médico de Atención Primaria, por sospecha de celulitis, y valorado en Urgencias de otro hospital por Cirugía Vascular sin cambios en el tratamiento y dado de alta.

Acude a Urgencias del Hospital Universitario La Paz por empeoramiento clínico del miembro inferior derecho, más caliente, edemas y eritema, con persistencia de fiebre. Se realiza exploración física por aparatos y toma de constantes vitales. En el miembro inferior derecho

presenta edema y eritema hasta la raíz del miembro, con dolor intenso a la movilización pasiva, y úlcera necrótica en la cara lateral externa 1/3 superior del miembro, sin exudados.

La analítica presenta empeoramiento respecto a la del día 13 de agosto. Juicio clínico: sepsis en relación a celulitis en el miembro inferior derecho sobre úlcera necrótica. Sin signos radiológicos de fascitis. Úlceras necróticas en los miembros inferiores, en posible relación a neuropatía diabética vs otras etiologías (vasculitis). Fracaso renal agudo AKIN I en probable relación a cuadro séptico. Hipertransaminasemia e hiperbilirrubinemia en probable relación a cuadro séptico (cifras previas elevadas desde 2015, que han empeorado). Descompensación hiperglucémica en paciente con diabetes mellitus¹. Insuficiencia venosa crónica en el miembro inferior derecho con múltiples intervenciones.

Se avisa a Cirugía Plástica para nueva valoración y descartar fascitis, dada la gran extensión de la celulitis, con intenso dolor a la movilización y empeoramiento analítico. Se mantiene el mismo tratamiento antibiótico. Se programa analítica de control para los dos días siguientes. Se solicita interconsulta a Dermatología y una ecografía abdominal.

Con fecha 15 de agosto de 2021, el paciente es valorado por Cirugía Plástica. A la exploración física, presenta empastamiento de la pierna derecha hasta la rodilla, con múltiples lesiones dispersas en distintas fases de evolución (úlceras, cicatrices hiperpigmentadas, pápulas). Lleva un vendaje a nivel de hueco poplíteo circunferencial a modo de cincha, que le han colocado en Urgencias y que, posiblemente, esté empeorando el cuadro de edema.

Se establece Score LRINEC 5 (baja probabilidad de fascitis necrotizante). TC: sin signos radiológicos definitivos de fascitis necrotizante. Se descarta actitud quirúrgica en este momento, y se recomienda valoración por Dermatología/Reumatología, por sospecha de vasculitis como causa primaria de las lesiones de miembros inferiores.

El paciente es valorado por el médico de guardia de Medicina Interna. Desde el punto de vista clínico, permanece estable, afebril y a la exploración física no hay grandes cambios respecto a la valoración del día anterior. Mal control glucémico. Se valora la analítica realizada, leucocitos y reactantes de fase aguda mejor que el día anterior, filtrado glomerular estable, alteración de perfil hepático ligeramente mejor. Pendiente de Dermatología y ecografía abdominal.

Se programa analítica para el lunes siguiente. Se mantiene misma antibioterapia y se aumenta insulino terapia.

El 16 de agosto de 2021 es valorado por el médico de guardia de Medicina Interna a las 04:52 horas. Avisan por dolor en el miembro inferior derecho a pesar de la analgesia pauta da. Refiere dolor y edema levemente progresivos durante ese día. Valorado por la guardia esa mañana, ha permanecido afebril y hemodinámicamente estable durante el día, con dolor controlado con analgesia pauta da.

En la exploración física, permanece afebril, sin cambios importantes respecto a los signos inflamatorios del miembro inferior derecho que presentaba por la mañana. Persiste empastamiento hasta raíz del miembro, caliente y doloroso a la presión.

Juicio clínico: celulitis en el miembro inferior derecho sobre úlcera necrótica, que no mejora clínicamente a pesar del tratamiento antibiótico, sin criterios de sepsis. Sin signos radiológicos de fascitis en TC realizada 48 horas antes.

Se pauta tramadol más metoclopramida (si hay náuseas/vómitos). Vigilancia y toma constantes varias veces por turno. Valorar posibilidad de trombosis venosa profunda y/o indicación de anticoagulación profiláctica por inmovilismo y factores de riesgo vasculares. Realizar nueva analítica por la mañana.

Es valorado por Medicina Interna a las 11:03 horas. Refiere intenso dolor con la movilización del miembro inferior derecho. Se realiza exploración física por aparatos y toma de constantes vitales. En el miembro inferior derecho presenta edema y aumento de la temperatura local, sin eritema, hasta la raíz de miembro. Presenta úlcera necrótica en cara lateral externa 1/3 superior del miembro sin exudados. En el miembro inferior izquierdo presenta úlcera con tejido de granulación en cara posterior, sin signos de infección activa.

Se solicita eco doppler (miembros inferiores) para descartar trombosis venosa profunda. Pendiente de ecografía abdominal. Se mantiene antibioterapia, se ajusta sueroterapia e insulino terapia.

El paciente es valorado por Dermatología. Refiere que desde marzo le aparecen úlceras en los miembros inferiores con prurito en la zona. En la exploración física presenta úlcera de aproximadamente 3-4 cm de diámetro, con fondo seco blanquecino negruzco, con placa de celulitis alrededor en zona lateral de pierna derecha. En la zona posterior de la pierna izquierda, úlcera de aproximadamente 1,5 cm de diámetro, levemente exudativa, con tejido de granulación, sin signos de sobreinfección. Lesiones residuales de probables eccemas por estasis venosa.

Juicio clínico: posibles úlceras exógenas por rascado en contexto de eccema. Se pauta hidratación abundante, curas diarias Rym colagenasa, pomada en zona necrótica de úlcera de la pierna derecha y celestoderm crema.

Con fecha 17 de agosto de 2021, es valorado por Medicina Interna. Refiere dolor en el miembro inferior derecho, sobre todo en zonas declives empastadas, desde la región posterior de la rodilla al muslo. En la exploración física, está afebril y con aceptable estado general.

Ecografía de abdomen realizada el 16 de agosto de 2021: signos de hepatopatía crónica con probable hipertensión portal, ascitis moderada. Colelitiasis. Esplenomegalia. Eco doppler realizada el 16 de agosto de 2021: no se aprecian signos de trombosis venosa profunda en el miembro inferior derecho; edema difuso en tejido celular subcutáneo de predominio distal.

En la valoración consta: paciente con celulitis en el miembro inferior derecho sobre úlcera necrótica, con lenta pero progresiva evolución. Importante edema circulante del miembro afecto, sin signos de fascitis en TC; si no hay mejoría, se planteará repetir TC del miembro inferior derecho. Muy mal control glucémico previo y durante el ingreso, así como fracaso renal que no presentaba hace 6 meses; podría ser explicado por el cuadro séptico y pésimo control glucémico. Se ajusta tratamiento de antibioterapia, insulino terapia, se añade fentanilo de forma cuantificada a analgesia de primer escalón.

Se pauta tromboprofilaxis a iniciar al día siguiente y se programa analítica con iones en orina y serología. Se realiza paracentesis diagnóstica con extracción de <100 cc de líquido claro y se mandan muestras al laboratorio para análisis.

El 18 de agosto de 2021 el paciente es valorado por Aparato Digestivo. Signos de hepatopatía crónica con probable hipertensión portal. Ascitis moderada. Virus de la hepatitis C tratada con interferón en 2015, con signos de hipertensión portal en ECO de 2015. Parece que no ha hecho seguimiento.

Exploración y anamnesis: buen estado general. Afebril. Niega ingesta de alcohol. Fumador de unos 10 cigarrillos al día. Niega ictericia, coluria o acolia. Niega aumento del diámetro abdominal. Niega edemas en los miembros inferiores. Niega episodios de encefalopatía hepática o de vómitos con sangre. Consciente y orientado en las 3 esferas. Sin asterixis.

Abdomen blando, depresible, no doloroso. Sin ascitis a tensión. El miembro inferior derecho, donde tiene la úlcera infectada, presenta aumento de diámetro con respecto al izquierdo y discreto edema con fóvea.

Se valoran las pruebas complementarias realizadas durante el ingreso. Analítica (hipertransaminasemia, hiperbilirrubinemia, hiperfosfatemia alcalina). Estudio del líquido ascítico (en líquido <1 g/dl, gradiente albúmina plasma-líquido 1.3 g/del). Serología viral (VHC positivo, pendiente de cuantificar carga viral).

Ecografía abdominal (signos de hepatopatía crónica con probable hipertensión portal, ascitis moderada). Se le explica al paciente que la ecografía confirma que presenta una cirrosis, en qué consiste la enfermedad y posibles complicaciones y que, en función del resultado de la carga viral del virus de la hepatitis C, Hepatología valorará el inicio de tratamiento antiviral. Albumina en líquido ascítico < 1g/del, recordar al alta que precisa tratamiento con norfloxacino 400mg/ día para profilaxis primaria de peritonitis bacteriana espontánea (PBE).

Se recomienda tratamiento con lactulosa oral, 1 sobre cada 12 horas, para conseguir realizar entre 2-3 deposiciones diarias, con el fin de evitar el desarrollo de encefalopatía hepática. Solicitada gastroscopia para descartar varices/ gastropatía. Hepatología (pendiente de citar).

Es valorado de nuevo por Dermatología. Aspecto de úlceras similar. Mejoría de celulitis en el miembro inferior derecho. Mantener curas diarias.

Es valorado por Medicina Interna. Continúa con dolor en el miembro inferior derecho en la región del muslo. Exploración física: Se mantiene afebril, presenta tinte ictérico. Miembro inferior izquierdo: con tejido de granulación en cara posterior, mejor aspecto, sin signos de infección activa. Miembro inferior derecho: edema y aumento de la temperatura

local, sin eritema, hasta raíz de miembro. Presenta úlcera necrótica en cara lateral externa 1/3 superior del miembro, sin exudados, mejor aspecto.

Juicio clínico: hepatopatía a estudio. Infección previa virus C (en 2015 ya presentaba ascitis con posible hipertensión portal en ecografía abdominal). Presenta fracaso renal, atribuido inicialmente a cuadro de sepsis y prerrenal. Se plantea también que sea un síndrome hepatorenal (insuficiencia renal aguda debida a patología hepática).

Continúa con mal control glucémico. Se ajusta parte del tratamiento. Se inicia tromboprofilaxis. Control de peso y diuresis. Analítica de control mañana con iones en orina. Se solicita gastroscopia. Se realiza interconsulta a Digestivo. Avisan por dolor torácico (21:37 horas). Se realiza exploración física y ECG (sin alteraciones). Seriación de troponinas negativa. Se descarta origen cardíaco.

Con fecha 19 de agosto de 2021, el paciente es valorado por Medicina Interna. Refiere mejoría del dolor del miembro inferior derecho en la región del muslo. Se realiza exploración física, está afebril, con aceptable estado general. El miembro inferior derecho clínicamente menos caliente, con leve mejoría de aspecto. En la analítica presenta elevación de leucocitos coincidente con bacteriuria en orina. Si continúa evolución tórpida, realizar nuevo TC del miembro inferior derecho. Se ajusta tratamiento antibiótico. Se solicita urocultivo y, si presenta fiebre, realizar hemocultivo. Mejor del control glucémico. Se programa analítica de control para el día siguiente.

El 20 de agosto de 2021 el paciente es valorado por Aparato Digestivo. Se habla con su médico responsable, está peor. Le va a pedir un TAC para descartar fascitis. Se valora analítica y resultado de carga viral. Ante el empeoramiento analítico y clínico, se recomienda realizar screening infeccioso, con realización de paracentesis diagnóstica para

descartar peritonitis bacteriana espontánea y empeoramiento de la infección de las úlceras de los miembros inferiores. Se solicita urocultivo y radiografía de tórax. Se consulta con Hepatología, que recomienda derivar a consulta tras alta para valorar tratamiento antiviral.

Es valorado por Medicina Interna. Refiere mal control del dolor a pesar de analgesia de tercer escalón, y empeoramiento de aspecto de la celulitis en el miembro inferior derecho. En la exploración, presenta mayor edema y aumento de temperatura local, sin eritema, hasta la raíz del miembro, y la úlcera necrótica con peor aspecto que los días previos.

Se solicita TC del miembro inferior derecho urgente (se realizará por la tarde) y se comenta con Cirugía Plástica de guardia para valoración.

Se realiza nueva paracentesis diagnóstica eco-guiada, pendiente de resultados. Se ajusta tratamiento antibiótico. Se programa analítica para el día siguiente. Gastroscoopia programada para el día 27 de agosto de 2021. Se realiza TC del miembro inferior derecho con contraste intravenoso. Llama la atención la abundante cantidad de líquido libre en el segmento de pelvis incluido en el estudio, por lo que se decide ampliar el estudio a abdominopélvico completo. Se compara con el realizado el día 13 de agosto de 2021. Hallazgos: no hay burbujas de gas en tejidos que sean concluyentes de infección necrotizante. No hay realces faciales ni datos de miositis. Se aprecia edema y lengüetas líquidas subcutáneas afectando a ambos miembros inferiores de manera simétrica, así como tronco abdominal. Ascitis pancompartimental. Derrame pleural bilateral. Hallazgos sugestivos de descomposición hidrópica. Posible hepatopatía crónica. Varices en territorio gastroesplénico. Esplenomegalia de 16 cm. Conclusión: no hay signos de fascitis ni de infección necrotizante de partes blandas. Signos de hepatopatía crónica. Hallazgos compatibles con descompensación hidrópica.

El paciente es valorado por Medicina Interna. Se realiza exploración física y toma de constantes vitales. Se valora informe de TC del miembro

inferior derecho: sin datos de afectación necrotizante o miositis. Debido a la estabilidad clínica y hemodinámica del paciente y el resultado del TC, no se modificada la actitud terapéutica. Pendiente de valoración por Cirugía Plástica.

El 21 de agosto de 2021 es valorado por Cirugía Plástica. Nueva valoración por evolución tórpida del cuadro infeccioso. Se realiza exploración del miembro inferior derecho: empastamiento, calor, eritema y edema de pierna derecha desde el tercio distal hasta la rodilla, más localizado que en valoración previa. Sin fluctuación a ningún nivel. Escara necrótica en cara lateral que no presenta supuración activa.

Se valora TC. Se establece SCORE LRINEC 5 (baja probabilidad de fascitis necrotizante). Juicio clínico: celulitis del miembro inferior derecho de evolución tórpida, que no precisa tratamiento quirúrgico en ese momento. Se recomienda optimizar el tratamiento antibiótico y vigilancia estrecha.

Con fecha 22 de agosto de 2021, es valorado por Medicina Interna de guardia. Aviso de Enfermería por edemas. Empeoramiento de edemas en los miembros inferiores y aumento de edema en escroto y glánde. Refiere sentir desesperación por ausencia de mejoría. Esa mañana ha presentado supuración de región pretibial. Refiere opresión torácica desde hace varios días y prurito intenso.

Se realiza exploración física y toma de constantes vitales. Miembros inferiores edematosos hasta raíz de miembros con fovea. En región pretibial derecha, presenta zona eritematosa y sobrelevada probablemente abscesificada. Escoriaciones de rascado.

Se realiza electrocardiograma (se descarta origen cardíaco del dolor torácico). Se valora resultado de estudio bioquímico de líquido ascítico y radiografía de tórax portátil. Juicio clínico: ascitis secundaria. Edema de

miembros inferiores secundario a descompensación hidrópica por hepatopatía. Derrame pleural derecho, posible hidrotórax en relación a descompensación edemo-ascítica. Se solicita toma de contenido supurativo para aislamiento microbiológico. Se pauta un ansiolítico.

El 23 de agosto de 2021 el paciente es valorado por Medicina Interna. Durante el fin de semana ha presentado dolor y prurito en el miembro inferior derecho en relación a edema a tensión. Se han realizado varias curas con desbridamiento y salida de abundante material purulento, con gran alivio de la sintomatología.

Se realiza exploración física. Ictericia mucocutánea. Auscultación pulmonar con hipofonesis bibasal. Abdomen globuloso, no doloroso, oleada ascítica positiva. Edemas bilaterales hasta raíz de miembros ++/++++ y, junto al equipo de Dermatología, se realiza exploración de úlcera cutánea en el miembro inferior derecho, objetivando coágulo adherido, fibrina en la base y sin tejido necrótico.

Se valora la analítica (leucocitos 15.530/ μ L, Ha 11.5 g/del, creatinina 1.54 mg/del, Ni⁺ 136 mol/L, glucemia 105 mg/del, PCR 35.4 mg/L) con mejoría de los reactantes de fase aguda (RFA).

Juicio clínico: infección de úlcera cutánea y celulitis del miembro inferior derecho en paciente con diabetes mellitus 1 mal controlada, con evolución tórpida. LRINEC 7 (en base a la última analítica presenta LRINEC score 2). Sin presencia de gas ni colecciones drenables en TC de 20 de agosto, aunque con salida de material purulento abundante en curas posteriores. Descompensación edemoascítica en paciente con hepatopatía crónica CHILD-PUGH-C y MELD 19. Esplenomegalia. Varices gástricas. Ascitis grado 2 con estudio bioquímico normal y cultivo negativo el 17 de agosto. Fracaso renal agudo AKIN II sobre riñón previo normal de origen funcional.

Se suspende bicarbonato y sueroterapia. Se mantiene albumina. Se suspende ansiolítico. De momento no se inicia diurético. Se mantiene tratamiento antibiótico. Se programa analítica para día siguiente, con estudio de orina para decidir actitud en relación al fracaso renal agudo y se solicita nueva valoración por Cirugía Plástica para valorar desbridamiento quirúrgico.

El paciente es valorado por Cirugía Plástica por evolución tórpida de lesiones cutáneas en el miembro inferior derecho. Se realiza exploración: edema con fóvea de pierna derecha hasta rodilla. Úlcera cutánea en cara lateral de tercio proximal de la pierna con fondo sin esfacelos. Sin emisión de contenido purulento, sin eritema perilesional, ni linfangitis. Flictena de probable contenido seropurulento en región pretibial derecha. Exploración neurovascular distal normal. No signos de compartimentalismo.

Se valora resultado de analítica. Se establece score LRINEC 2 (baja probabilidad de fascitis necrotizante). Se concluye que no existe sospecha de infección necrotizante de partes blandas, no precisando intervención quirúrgica urgente. Se mantiene pauta de curas según Dermatología.

Es valorado por Medicina Interna por dolor torácico. Se realiza electrocardiograma y se descarta origen cardíaco.

Con fecha 24 de agosto de 2021, es valorado por Medicina Interna por dolor en el miembro inferior derecho en región de úlcera, con necesidad de rescates de fentanilo. Sin otras incidencias. Afebril. Constantes en rango. Se realiza exploración física: edemas bilaterales hasta raíz de miembros ++/++++. Úlcera cutánea con sangrado en sabana, sin secreción purulenta.

Se valora analítica (leucocitos 20.050/ μ L, hemoglobina 9.1 g/del, Ni+ 131 mol/L, glucemia 154 mg/del, creatinina 1.5 mg/del, PCR 46.6

mg/L). Los reactantes de fase aguda presentan ligero empeoramiento, se achaca a mal control de foco más que a falta de espectro antimicrobiano. Juicio clínico: infección de úlcera cutánea y celulitis en el miembro inferior derecho en paciente con diabetes mellitus 1 mal controlada, con evolución tórpida. LRINEC 7. Fracaso renal agudo AKIN II sobre riñón previo normal (con ausencia de mejoría con el tratamiento pautado).

Se programa analítica para el día siguiente. Se modifica el tratamiento para el fracaso renal agudo dada la sospecha de síndrome hepatorenal, se aumenta albumina y se añade terlipresina. Se mantiene antibioterapia.

Es valorado por Dermatología. Presenta úlcera superficial en cara externa del miembro inferior derecho con foco de tejido desvitalizado friable con sangrado activo por lo que no se puede desbridar en sala de curas. Se sutura cesando el sangrado. Se solicita nueva valoración por Cirugía Plástica, de cara a desbridamiento en quirófano como única alternativa a situación del paciente. Se recoge muestra para cultivo. Se realiza cura.

Es valorado por Medicina Interna. El paciente refiere dolor tipo punzante en región de úlcera que ha empeorado tras vendaje compresivo realizado esta mañana. A la exploración física, presenta vendaje compresivo en el miembro inferior derecho con sangre fresca a nivel de la úlcera, con dolor a la movilización del miembro.

Se avisa a Dermatología para valoración, que refieren que precisa valoración por Cirugía Plástica, que ya les han avisado telefónicamente. Se suspende Clexane profiláctico, debido a la presencia de sangrado activo y anemia.

Es valorado por Cirugía Plástica por evolución tórpida de lesiones cutáneas en el miembro inferior derecho. Se realiza exploración física: edema con fóvea de pierna derecha hasta rodilla. Úlcera cutánea en cara

lateral de tercio proximal de la pierna con fondo sin esfacelos. Sin emisión de contenido purulento en ese momento, sin eritema perilesional, ni linfangitis. Flictena de probable contenido seropurulento en región pretibial derecha. Exploración neurovascular distal normal. Sin signos de compartimentalismo. En la pierna izquierda presenta lesiones similares en proceso de epitelización. Empastamiento de pierna y muslo derechos, dolor a la palpación.

Se valora analítica ((leucocitos 20.050/ μ L, Ha 9.1 g/del, Ni+ 131 mol/L, glucemia 154 mg/del, creatinina 1.5 mg/del, PCR 46.6 mg/L). LRINEC 8 (alta probabilidad de fascitis necrotizante). Juicio clínico: pendiente.

Es valorado de nuevo por Dermatología a las 23:00 horas por dolor en el miembro inferior derecho y sangrado desde la úlcera curada esa mañana. Se descubre vendaje y se objetiva sangrado babeante desde un borde, se aplica compresión. Llama la atención el dolor intenso que presenta el paciente en el miembro inferior derecho, tanto a la movilización como en reposo, no tolerando el vendaje de baja compresión. Se avisa a Cirugía Plástica para valoración de nuevo. Ha necesitado varios rescates de fentanilo debido al dolor.

Se valora de nuevo al paciente por Medicina Interna, avisada por Cirugía Plástica porque, tras la realización de TC de miembro inferior derecho, se objetivan múltiples burbujas de gas, con datos sugestivos de fascitis necrotizante, por lo que plantean intervención quirúrgica urgente. Pendientes de ponerse en contacto con Anestesiología para decidir tiempo de intervención. Se deja al paciente en dieta absoluta.

En TC se identifica un tenue realce de las fascias musculares de los compartimentos anterolateral y posterior del muslo lateral y posterior de la pierna derecha con presencia de burbujas de aire en compartimento posterior del muslo y colecciones edematosas en márgenes lateral de

rodilla y lateral y posterior de la pierna. Estos hallazgos son compatibles con infección necrotizante de partes blandas en el miembro inferior derecho. Persiste edema generalizado de regiones inguinales y miembros inferiores, sin cambios respecto a TC. Conclusión: hallazgos compatibles con infección necrotizante de partes blandas en el miembro inferior derecho.

El paciente es valorado por Cirugía Plástica a las 03:08 horas. Ante el empeoramiento de la escala LRINEC y acentuación del dolor en el miembro inferior derecho, se solicita nuevo TAC. Valorado por Radiología, con hallazgo de burbujas de gas en gemelo lateral y compartimento anterior. Se decide intervención quirúrgica urgente por los hallazgos descritos. Firma los consentimientos informados.

Consta en la historia clínica anotación (02:28 horas) del procedimiento quirúrgico por parte de Anestesiología (la intervención se llevó a cabo el 25 de agosto de 2021 a las 01:15:30 horas). El paciente permanece estable hemodinámicamente y respiratoriamente durante el acto quirúrgico. Procedimiento quirúrgico sin incidencias.

Valorado por Cirugía Plástica a las 10:18 horas. Programan cura a las 13:00 horas y nueva cirugía para el día siguiente. Nota de Infecciosas (12:55 horas): fascitis necrotizante por *S. aureus* meticilin sensible. Se recomienda optimización del tratamiento con beta-lactámicos; cefazolina o cloxacilina intravenosa.

El 26 de agosto de 2021 el paciente es valorado por Cirugía Plástica. A mediodía, presenta inestabilidad hemodinámica con hemoglobina de 4,5 mg/dl, precisando transfusión de 4 concentrados de hematíes. El día anterior presentó sangrado a nivel de muslo y cara lateral de pierna derecha. Se identificaron varios puntos de sangrado arterial, se realizó sutura a pie de cama con Vycril y se realizó nuevo vendaje compresivo. Ha manchado apósitos, de aspecto serohemático. Se ha vuelto a

inestabilizar. Se pautan otros 2 concentrados de hematíes. Está en ayunas para posible nuevo desbridamiento y revisar vasos sangrantes.

Consta en la historia clínica anotación (11:23 horas) por parte de Anestesiología de la segunda intervención quirúrgica. Procedimiento quirúrgico y anestésico sin más incidencias.

Con fecha 31 de agosto de 2021, se realiza desbridamiento excisional de herida, infección o quemadura. Bajo anestesia general, se realiza abordaje supra e infrafascial de región indurada en cara medial de muslo derecho. con drenaje subcutáneo de material seroso, pero sin encontrarse colecciones. Hemostasia en planos sangrantes. Cura de la herida. Compresas y vendaje. Cura con tulgrasum y furacin en el miembro inferior izquierdo. Malla.

El 3 de septiembre de 2021 se realiza nuevo desbridamiento. Bajo anestesia general y decúbito supino, se realiza lavado profuso de las lesiones. Desbridamiento mecánico de la musculatura flexora del pie y a nivel dorsal en muslo. Hemostasia. Cura de la herida. Vendaje elástico.

El día 8 de septiembre se decide amputación supracondílea de la pierna derecha a nivel de la unión del tercio proximal con el tercio medio. El 18 de septiembre de 2021 presenta un sangrado activo a nivel del muñón, que se controla mediante hemostasia local en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Con fecha 21 de septiembre de 2021, el paciente acude a quirófano con evidencia de tejido muscular desvitalizado (músculo recto anterior, bíceps femoral), exudado purulento en recorrido isquiotibiales y de fascia lata.

Bajo anestesia general, se realiza apertura de muñón de muslo derecho. Se desbrida isla cutánea necrótica (final de colgajo cutáneo

anterior). Se desbrida tejido muscular desvitalizado (músculo recto anterior, bíceps femoral). Exudado purulento en recorrido isquiotibial y de fascia lata. Se extraen muestras para Microbiología. Se realiza hemostasia y se ligan vasos de mayor calibre. Se disecan vena y arteria femoral y se ligan de nuevo más proximales de forma individual. Debido al trayecto del líquido purulento, que llega a isquion y sacro, se avisa a Cirugía General para que valoren afectación de la cavidad abdominal, descartándose actitud por su parte en ese momento. Hemostasia con Tachosil y Surgicel. Se deja compresa empapada con agua oxigenada. Posteriormente, cura húmeda con suero y clorhexidina. Compresas y vendaje compresivo.

El paciente evoluciona desfavorablemente, a pesar del tratamiento intensivo, falleciendo el día 22 de septiembre de 2021, con juicio clínico principal en UCI de *“fascitis necrotizante en el miembro inferior derecho, con shock séptico secundario”*.

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 familiar de los reclamantes del Hospital Universitario La Paz (folios 113 a 198 del expediente).

Obra en el expediente el informe emitido el 29 de noviembre de 2021 por el jefe de Sección de Cirugía Plástica (Unidad de Quemados) del Hospital Universitario La Paz, que relata cronológicamente la atención sanitaria dispensada al paciente en el referido servicio y, entre otras conclusiones, señala que *“...el día 13 se sospechó y se descartó fascitis necrotizante. Si hubiera sido una fascitis, dado su curso clínico, el paciente habría desarrollado un shock séptico fulminante sin tratamiento quirúrgico en horas...El tratamiento se realizó sólo cuando la sospecha de fascitis fue alta, con clínica, analítica e imagen compatible”*.

También figura en el expediente el informe de la Inspección Sanitaria de 6 de julio de 2023 que, tras examinar la historia clínica del familiar de los reclamantes, los informes emitidos en el curso del procedimiento y efectuar las oportunas consideraciones médicas, concluye que la asistencia sanitaria prestada ha sido correcta o adecuada a la *lex artis*.

Una vez instruido el procedimiento, se confiere trámite de audiencia a los reclamantes mediante oficio de 1 de agosto de 2023. Su abogado, por medio de escrito presentado el 25 de agosto de 2023, formula alegaciones refiriendo que el expediente está incompleto, dado que no se han aportado las fotografías que se le debieron hacer al paciente durante el tratamiento en el Hospital Universitario La Paz desde el 13 de agosto de 2021 hasta producirse la muerte el 22 de septiembre de 2021, que ya fueron solicitadas por los reclamantes mediante escrito de 23 de mayo de 2023.

Con fecha 27 de agosto de 2023, el órgano instructor solicita de nuevo las citadas fotografías al centro hospitalario el cual, mediante escrito de 28 de agosto de 2023, comunica que, una vez consultados los servicios de Urgencias, Cirugía Plástica, Medicina Interna y Dermatología, no se ha encontrado ninguna imagen o fotografía del paciente durante su tratamiento.

Como consecuencia, y trasladada la comunicación del hospital a los reclamantes, su abogado presenta escrito el 7 de septiembre de 2023 en el que señala que *“a la vista del contenido de la nota interior emitida por el Hospital Universitario La Paz el pasado 28 de agosto del 2023, trasladando la falta de constancia de fotografías realizadas al paciente dentro de la base de datos del centro, y toda vez que dichas imágenes pueden encontrarse dentro de los archivos de los facultativos que trataron al perjudicado, por la presente, rogamos se requiera a los especialistas que a continuación se nombran entregar las fotografías que puedan obrar bajo*

su custodia al presente procedimiento de responsabilidad patrimonial”, adjuntando una relación de facultativos de diferentes servicios del citado hospital.

Finalmente, sin más trámites, el 10 de octubre de 2023 se formula propuesta de resolución por el viceconsejero de Sanidad y director general del Servicio Madrileño de Salud, en la que se desestima la reclamación al no existir evidencia de que la asistencia haya sido incorrecta o inadecuada a la *lex artis*.

CUARTO.- El 13 de octubre de 2023 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 588/23 al letrado vocal D. Francisco Javier Izquierdo Fabre, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 7 de noviembre 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 quince mil euros, y a 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, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, 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 49/15 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, en cuanto sufren el daño moral que provoca el fallecimiento de su respectivo esposo y padre. El parentesco se acredita mediante fotocopia del libro de familia, y los hijos menores actúan representados por su madre, de conformidad con la representación legal que el artículo 162 del Código Civil confiere a los padres respecto de los hijos menores de edad.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en un centro sanitario público de su red asistencial, el Hospital Universitario La Paz.

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 los reclamantes el 22 de septiembre de 2021, por lo que la reclamación presentada el día 5 de enero de 2022 está formulada dentro del plazo legal.

En cuanto al procedimiento, no se observa ningún defecto en su tramitación. Se ha recabado informe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Universitario La Paz, implicado en el proceso asistencial del reclamante. Consta que el instructor del procedimiento solicitó también un informe a la Inspección Sanitaria, que obra en el expediente. Tras la incorporación de los anteriores informes, se dio audiencia al reclamante, quien solicitó el complemento del expediente mediante la incorporación al mismo de determinadas fotografías del paciente que constaran en los archivos hospitalarios o, en último término, incluso, que estuvieran bajo la custodia de los facultativos que intervinieron en el proceso asistencial del familiar de los reclamantes.

En este sentido, si bien esta última solicitud no ha recibido contestación por parte del órgano instructor, esta Comisión Jurídica Asesora no estima necesario retrotraer el procedimiento, pues no consideramos las citadas fotografías ni habituales en la práctica médica ni tampoco relevantes para la emisión del presente dictamen.

Por último, se ha formulado la correspondiente propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, que ha sido remitida, junto con el resto del expediente, a la Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

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.- 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 en quien solicita ser indemnizado. Pues bien, la existencia del daño de los reclamantes está acreditada por el solo hecho del

fallecimiento de su familiar, *“daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto”* (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004 (recurso 7013/2000) y en similar sentido la Sentencia de 25 de julio de 2003, (recurso 1267/1999).

La existencia de un daño, sin embargo, como ya hemos visto, no es suficiente para declarar la existencia de responsabilidad, por lo que ha de analizarse si concurren los demás requisitos necesarios para apreciarla.

Para determinar la supuesta infracción de la *lex artis* debemos partir de la regla general de que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación, de conformidad con el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 4 de mayo de 2018 (recurso 532/2016), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, hemos de tener presente, como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en Sentencia de 12 de noviembre de 2018 (recurso 309/2017) que *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales medicas pues se está ante una cuestión eminentemente técnica y como este Tribunal carece de conocimientos técnicos-médicos necesarios debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos. En estos casos los órganos judiciales vienen obligados a decidir con tales medios de prueba empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica con el fin de zanjar el conflicto planteado”*.

Pues bien, en este caso los reclamantes, a quienes incumbe la carga de la prueba, han incorporado al procedimiento un informe médico pericial realizado por un especialista en Medicina Interna, con las conclusiones ya transcritas a la hora de exponer el contenido del escrito de reclamación. Frente a ello, los informes médicos que obran en el

expediente coinciden en señalar que en este caso, si bien existía desde el principio la sospecha clínica de una fascitis necrotizante y, en consecuencia, se mantuvo un seguimiento estrecho del paciente, como así refleja la historia clínica ya relatada, no es hasta el 24 de agosto de 2021 cuando, tras la realización de una TAC del miembro inferior derecho, los hallazgos apoyan la sospecha diagnóstica, y se realiza una intervención quirúrgica en menos de 24 horas. En este sentido, resulta relevante lo informado por la Inspección Sanitaria, dada la importancia que en línea con la jurisprudencia solemos otorgar a su informe ya que su fuerza de convicción deviene de su profesionalidad, objetividad e imparcialidad respecto del caso y de las partes [así Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de julio de 2018 (recurso 768/2016)].

Ante la concurrencia de informes periciales de sentido diverso e incluso contradictorio en sus conclusiones, la valoración conjunta de la prueba pericial ha de hacerse, según las reglas de la sana crítica, con análisis de la coherencia interna, argumentación y lógica de las conclusiones a que cada uno de ellos llega. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de febrero de 2016 (Rec. 1002/2013) manifiesta que *“las pruebas periciales no acreditan irrefutablemente un hecho, sino que 18/23 expresan el juicio o convicción del perito con arreglo a los antecedentes que se le han facilitado (...)”* y *“no existen reglas generales preestablecidas para valorarlas, salvo la vinculación a las reglas de la sana crítica en el marco de la valoración conjunta de los medios probatorios traídos al proceso (...)”*. La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 17 de febrero de 2022 (Rec. núm. 77/2019) señala que, *“en estos casos es procedente un análisis crítico de los mismos, dándose preponderancia a aquellos informes valorativos de la praxis médica que, describiendo correctamente los hechos, los datos y fuentes de la información, están revestidos de mayor imparcialidad, objetividad e independencia y cuyas afirmaciones o conclusiones vengan dotadas de una mayor explicación racional y coherencia interna, asumiendo parámetros de calidad asentados por la*

comunidad científica, con referencia a protocolos que sean de aplicación al caso y estadísticas médicas relacionadas con el mismo. También se acostumbra a dar preferencia a aquellos dictámenes emitidos por facultativos especialistas en la materia, o bien con mayor experiencia práctica en la misma. Y en determinados asuntos, a aquéllos elaborados por funcionarios públicos u organismos oficiales en el ejercicio de su cargo y a los emitidos por sociedades científicas que gozan de prestigio en la materia sobre la que versa el dictamen”.

Pues bien, en este caso, el informe médico pericial aportado por los interesados incurre en la denominada “*prohibición de regreso*” puesto que enjuicia la actuación sanitaria a partir resultado final del diagnóstico del proceso clínico que afectó al familiar de los interesados, interpretando en tal sentido los marcadores analíticos y los diferentes síntomas que cronológicamente iba presentando el paciente.

En este punto, procede tener presente que la asistencia médica ha de atender a las circunstancias y a los síntomas del enfermo, mediante un juicio *ex ante* y no *ex post*. Así lo ha manifestado el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, entre otras, en Sentencia de 4 de abril de 2017 (recurso 532/2015) según la cual: “*No es correcto realizar una interpretación de lo acontecido conociendo el resultado final. La calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio “ex post”, sino por un juicio ex ante, es decir, si con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la diagnosis o tratamiento puede considerarse que tal decisión es adecuada a la clínica que presenta el paciente*”.

En consecuencia, y en este supuesto, una valoración conjunta de la prueba conforme a las reglas de la sana crítica nos lleva a decantarnos por la mayor fuerza probatoria del informe de la Inspección Sanitaria, y no solo por la objetividad que se presume del ejercicio de sus funciones

sino por su mayor rigor argumental, complementario de las explicaciones facilitadas por el otro servicio informante, el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Universitario La Paz.

En todo caso, cabe recordar, respecto de la fase del diagnóstico, que es doctrina reiterada de este órgano consultivo, con base a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, que ha de estarse a los síntomas del paciente en cada momento. En este punto, se reprocha la ausencia de un diagnóstico inmediato por parte de los facultativos que atendieron a su familiar. Frente a tal reproche, es preciso recordar que, como destacan las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de abril de 2018 (recurso 75/2017) y de 31 de enero de 2019 (recurso 815/2016): *“La fase de diagnóstico es una de las más importantes y difíciles de la práctica médica a la que se llega después de un proceso de aproximaciones sucesivas que requiere del examen de la historia clínica, la exploración física y las pruebas complementarias pertinentes al caso y que se efectúan progresivamente para llegar al diagnóstico concreto. Se trata de un proceso complejo en el que intervienen muchos factores y en sus primeras fases resulta difícil poder hablar de un error, dado que determinadas sintomatologías pueden sugerir diversas patologías que deben ser, o no, descartadas. No obstante lo anterior, respecto al error de diagnóstico es importante advertir que para que éste sea generador de responsabilidad es necesario que atendidas las circunstancias del caso y en particular el estado de conocimiento de la ciencia en el momento de producirse el evento lesivo, pueda afirmarse que resultaba factible para el servicio sanitario realizar dicho diagnóstico y que el mismo, de haberse realizado, posibilitara alguna oportunidad de curación. En definitiva, es necesario que la falta de diagnóstico, o bien su error o su retraso sea imputable a la Administración y por ello sea determinante de la lesión del derecho del paciente a un diagnóstico correcto en tiempo oportuno. El error de diagnóstico es fuente de responsabilidad patrimonial de la Administración, por incumplimiento de la obligación de aplicar las técnicas sanitarias en función del proceso a conocimiento de la práctica médica”.*

En este sentido, la Inspección Sanitaria explica en su informe que, en cuanto a la fascitis necrotizante, *“la dificultad de realizar un diagnóstico precoz se debe a la escasez de hallazgos cutáneos tempranos en el curso de la enfermedad, siendo difícil en fases iniciales distinguir entre una fascitis necrotizante y una celulitis. ... Por lo que ante una infección de partes blandas se debe realizar una vigilancia estrecha del paciente, tanto de la evolución de las lesiones cutáneas como de la estabilidad hemodinámica... Se puede descartar, en base a la evolución clínica del paciente, que presentara una fascitis necrotizante al ingreso hospitalario”*.

De igual modo, el Servicio de Cirugía Plástica del centro sanitario descarta la necesidad de una exploración quirúrgica precoz, como demandan los reclamantes, al afirmar que *“la exploración quirúrgica al ingreso no tenía indicación puesto que no había colección que drenar. La fascitis no tiene indicación de exploración sino de desbridamiento...La decisión de no explorar al paciente se basó en el diagnóstico de celulitis, con clínica, analítica e imagen compatible con celulitis, y nunca de fascitis hasta el día 24”*.

Por otra parte, el informe médico pericial aportado refiere que *“la decisión de posponer la intervención quirúrgica basándose en la inespecificidad de las pruebas de radiología y en la utilización inadecuada de escalas de laboratorio como la escala de LRINEC fue desacertada y denota un mal manejo clínico por parte del Servicio de Cirugía Plástica”*.

Al respecto, la Inspección Sanitaria y el Servicio de Cirugía Plástica coinciden en señalar que la escala LRINEC (Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fascitis score) es un “score” o tabla de predicción que sólo se utiliza como valoración inicial de la fascitis necrotizante, pero que no aporta un diagnóstico ni un pronóstico. La Inspección Sanitaria señala al respecto que *“...se basa en el valor de la hemoglobina (Hb), glucosa,*

proteína C reactiva (PCR), creatinina, natremia y cifra de leucocitos. Un índice LRINEC ≥ 6 permitiría establecer la sospecha de fascitis necrotizante, mientras que un resultado ≥ 8 sería altamente predictivo de la enfermedad. Sin embargo, estudios prospectivos posteriores han demostrado que el sistema de puntuación tiene baja sensibilidad". Por su parte, el Servicio de Cirugía Plástica expone que "el índice LRINEC no se utiliza como diagnóstico, sino que se utiliza como un factor más que se suma a los hallazgos analíticos, clínicos, exploración física y radiológica del paciente, así como el contexto clínico del mismo. No hay disparidad en los cálculos, puesto que, si se revisan las analíticas, el score al ingreso es de 5, que se mantuvo algunos días pese a los cambios de la situación clínica, llegando a valores de 2 el día 23. El día que se indica cirugía por empeoramiento clínico, radiológico y analítico el score fue de 8, lo que habla a favor de su correlación, aunque se trata de una escala orientativa, pero en ningún caso diagnóstica"

Por último, en cuanto las razones que explicarían la tórpida evolución del paciente, tanto el Servicio de Cirugía Plástica como la Inspección Sanitaria aluden a su patología de base pues, como se infiere de la historia clínica anteriormente relatada en los antecedentes de hecho del presente dictamen, el paciente padecía una diabetes no controlada y una insuficiencia hepática severa sin tratamiento. Así, la Inspección Sanitaria explica en su informe, en relación con la incidencia de la fascitis necrotizante, que *"pese al mejor conocimiento de su etiopatogenia y a la disponibilidad de herramientas terapéuticas más eficientes, su mortalidad apenas se ha modificado en los últimos años, superando el 25 %. Los factores predisponentes generales más frecuentes son, la presencia de comorbilidades asociadas, como puede ser: diabetes mellitus, edad avanzada, tratamiento inmunosupresor, arterioesclerosis periférica, HIV, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal crónica, hepatopatía, cáncer y obesidad"*.

En definitiva, como corolario, la propia Inspección afirma que *“se mantuvo durante el ingreso una alta sospecha clínica realizando un seguimiento estrecho, tanto de la evolución de las lesiones cutáneas como de la estabilidad hemodinámica. El paciente no presentó los signos “tardíos” de la fascitis necrotizante: bullas hemorrágicas grandes, necrosis de la piel, fluctuación, crepitación, y los déficits sensoriales y motores, que son signos que facilitan el diagnóstico pero que, cuando se presentan, indican que la fascitis necrotizante está en un estadio más avanzado y, por lo tanto, de peor pronóstico. El paciente se mantuvo clínicamente estable, no presentó signos de toxicidad sistémica (hipotensión, taquicardia, confusión, polipnea, agitación...)”* concluyendo que *“en definitiva, al no haber actualmente una herramienta que facilite el diagnóstico, siendo difícil en etapas iniciales diferenciar una infección de partes blandas no necrotizante de una infección necrotizante, lo primordial es realizar un seguimiento estrecho del paciente ...”*, como así ocurrió en el presente supuesto.

Por ello, no cabe apreciar ninguna vulneración de la *lex artis* a este respecto.

Por todo lo expuesto la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado la existencia de infracción de la *lex artis ad hoc*.

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

Madrid, a 7 de noviembre de 2023

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 597/23

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 - Madrid