



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **59/2015**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 2 de marzo de 2015, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Ilmo. Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 2 de septiembre de 2014, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otros, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **249/14**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 9 de julio de 2013, un Letrado, actuando en representación de x -que lo hace en su propio nombre y en el de su hija incapacitada judicialmente, x-; y de x, y, z, presenta reclamación de responsabilidad patrimonial en solicitud de una indemnización por el fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, x, que imputan a la defectuosa asistencia sanitaria prestada a este último en el Hospital Universitario "Virgen de La Arrixaca" de Murcia, dependiente del Servicio Murciano de Salud.

Relatan los reclamantes que x, paciente con antecedentes personales de hipertensión arterial, hipercolesterolemia, portador de marcapasos de 2007 por BAV, síndrome coronario agudo, angor de reposo con test de isquemia negativo, es sometido a colecistectomía laparoscópica (así como a RTU prostática) en noviembre de 2011, tras la cual empieza a padecer episodios de dolor epigástrico irradiado a hipocondrio derecho, motivo por el cual es atendido en consulta del Servicio de Digestivo, en abril de 2012, acordándose la práctica de analítica y pruebas de imagen, así como una ecoendoscopia, que se llevó a cabo el día 4 de septiembre de 2012. Al advertir una vía biliar dilatada de hasta 13 mm. con litiasis en su interior, se procede a practicar una colangiopancreatografía retrógrada o CPRE, en la que se apreció la existencia de una *"papila de pequeño tamaño en el interior de un divertículo de ostión estrecho. Con gran dificultad consiguen canalizar vía biliar viendo una vía dilatada con abundantes litiasis. Intentan hacer una pequeña esfinterotomía previa a una esfinteroplastia pero es imposible sacar la papila del divertículo ni llegar a tener visión porque la esfinterotomía es muy pequeña. Pasan un balón de 15 mm. que sólo entra parcialmente y al retirarlo se pierde la guía, siendo imposible volver a canalizar a pesar de múltiples intentos, por lo que se recomienda nueva exploración en 1 o 2 semanas para completar la técnica"* (informe de la endoscopia).

Tras la fallida CPRE, el paciente empezó a padecer un intenso dolor abdominal, por lo que se acordó la realización urgente de una TAC abdominal, que detectó la existencia de burbujas de aire en retroperitoneo así como una pequeña cantidad de líquido libre, hallazgos ambos compatibles con una posible perforación intestinal, que motivaron la pertinente consulta con el cirujano de guardia, quien acordó el ingreso del paciente en planta para control de la posible perforación duodenal y pancreatitis postCPRE que se le diagnosticó, acordándose tratamiento

conservador.

Una vez en planta el paciente continuó padeciendo dolor abdominal, constatándose la existencia de acidosis metabólica con pH de 7,30 y bicarbonato de 15, así como la existencia de fallo renal con creatinina de 2,23, persistiendo así mismo el incremento de las transaminasas y de la PCR, realizándose una nueva TAC abdominal de control el día 7 de septiembre en que se detectó la desaparición de las burbujas retroperitoneales.

El 13 de septiembre se efectúa otra TAC en base a la cual se diagnosticó una *"pancreatitis aguda con empeoramiento radiológico e índice de severidad moderado"*.

El 21 de septiembre x presentaba una leucocitosis de 20.480, claramente indicativa de la existencia de una posible sepsis por la perforación intestinal sufrida, manteniéndose elevada la PCR, realizándose paracentesis diagnóstica del líquido ascítico en el que se aisló pseudomona aeruginosa.

A partir de este momento la situación del paciente se agravó de forma progresiva al padecer el día 22 de septiembre un cuadro de hipotensión, taquicardia, disminución progresiva de la diuresis, persistencia de la acidosis metabólica y detección de más de 80 polimorfonucleares en el líquido ascítico, lo que motivó que se realizase la pertinente interconsulta con los médicos de cuidados intensivos y cirujanos que decidieron mantener una actitud expectante para ver cómo evolucionaba el paciente en lugar de proceder a su traslado inmediato a cuidados intensivos.

El estado del paciente no mejoró con el paso de los días, deteriorándose progresivamente. Así, el 24 de septiembre presentaba inestabilidad hemodinámica, persistencia de la hipotensión y la acidosis metabólica así como disminución de la diuresis por evidente fallo renal con creatinina de 2,90, circunstancias todas ellas que motivaron que se volviese a realizar una interconsulta con cuidados intensivos, quienes de forma absolutamente injustificada decidieron mantener una actitud expectante a pesar de haberse constatado un progresivo agravamiento del estado del paciente.

Una nueva TAC abdominal confirmó el incremento del líquido intraabdominal con una colección retroduodenal que comprimía el uréter derecho y provocaba hidronefrosis moderada, por lo que se decidió reintervenir al paciente, evacuándose 3,5 litros de ascitis y detectándose una esteatonecrosis en raíz del mesenterio con gran masa inflamatoria que afectaba a cabeza pancreática e hilio hepático y que infiltraba al duodeno.

Tras la intervención finalmente se acordó el traslado del paciente a cuidados intensivos, donde lamentablemente persistió la inestabilidad hemodinámica y la hipotensión a pesar de las drogas vasoactivas pautadas, así como la acidosis metabólica, oliguria y empeoramiento de la insuficiencia renal con incremento progresivo de la creatinina y de la leucocitosis, que causó un fallo hepático agudo y shock distributivo con sepsis generalizada que acabó con la vida de x, el 27 de septiembre de 2012.

Consideran los reclamantes que existió un mal funcionamiento del servicio público por la tardanza en el diagnóstico y tratamiento de las lesiones sufridas durante la práctica de la CPRE, lo que acabó ocasionando el fallecimiento del paciente. Entienden que el daño producido es desproporcionado, que no existe la obligación legal

de soportarlo y que genera por tanto una responsabilidad directa de la Administración demandada.

Al efecto, concretan su imputación en que *"inmediatamente después de la práctica de la CPRE se le practicó un TAC abdominal al paciente que ya constató la existencia de burbujas de aire en el retroperitoneo indicativas de una posible perforación intestinal, desarrollando posteriormente el paciente una acidosis metabólica y persistente dolor abdominal, progresiva leucocitosis, insuficiencia renal aguda, inestabilidad hemodinámica, hipotensión y demás sintomatología claramente orientativa del inicio de una sepsis generalizada que hacían preceptivo haber trasladado con mayor antelación del paciente a la unidad de cuidados intensivos a fin de poder llevar a cabo una vigilancia más estrecha del mismo que hubiera posibilitado la adopción a tiempo de las pertinentes medidas terapéuticas que hubieran aumentado las posibilidades de supervivencia y curación del paciente"*.

Se solicita una indemnización que no se evalúa económicamente y se propone prueba documental consistente en el historial clínico del paciente.

Junto a la reclamación se aporta escrito de otorgamiento de la representación de los actores al Letrado actuante; fotocopias en parte ilegibles del Libro de Familia acreditativo del parentesco de los reclamantes con el finado; documentación relativa a la minusvalía e incapacitación judicial de una de las actoras, x y el nombramiento de su madre -la reclamante x- como curadora; y certificación literal del asiento de defunción en el Registro Civil, en cuya virtud, x falleció el 27 de septiembre de 2012.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación por resolución del Director Gerente del SMS, se ordena la instrucción del procedimiento al Servicio Jurídico del ente público sanitario, que procede a comunicar a los interesados la información prescrita por el artículo 42.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), al tiempo que solicita de la Gerencia del Área de Salud I (Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca") la remisión de una copia del historial clínico del paciente e informe de los facultativos que le prestaron asistencia.

Asimismo, da traslado de la reclamación a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, a la Dirección de los Servicios Jurídicos y a la aseguradora del SMS.

TERCERO.- Por la Gerencia del Área de Salud se remitió la documentación solicitada.

En relación con el requerimiento de los preceptivos informes de los facultativos intervinientes en el proceso médico, el Jefe de Servicio de Medicina de Aparato Digestivo se remite al informe clínico de traslado del paciente al Servicio de Cirugía, que obra en la historia clínica, complementado con el informe *ad hoc* evacuado por el Dr. x, adjunto del Servicio de Aparato Digestivo-Unidad de Endoscopias.

Este último informe es del siguiente tenor:

"Que entendemos que la pancreatitis aguda que padeció el paciente fue secundaria a la realización de una

colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), situación por otro lado establecida como posible según las guías clínicas aun en el seno de la buena práctica clínica (pancreatitis postCPRE).

Que ante la sospecha de patología biliar (coledocolitiasis) no confirmada previamente, se decidió realizar una acción consecutiva con la intención de evitarle al paciente una sedación extra. Por ello, se programó debidamente al paciente ante la eventualidad de una doble intervención (ecoendoscopia +/-CPRE).

Que en la preparación previa se mandó al paciente a consulta de preanestesia (25 de mayo de 2012) firmando el consentimiento informado de la anestesia dicho día.

Que aunque se explicó la realización de ambas técnicas en el ambulatorio de San Andrés por parte de su médico de aparato digestivo y de los riesgos inherentes a las mismas, en entrevista entre el especialista que realizaba las intervenciones (Dr. X) y el enfermo, acompañado de su esposa, se explicaron detalladamente ambos procedimientos y sus riesgos (según confirman los dibujos y las anotaciones manuscritas en el documento específico de consentimiento informado). De hecho se anota específicamente el riesgo de 3 % de la pancreatitis aguda y del 1 % de la perforación, así como en la necesidad de cirugía urgente en la mitad de los casos complicados. Aunque el riesgo de muerte viene reflejado en el documento oficial de consentimiento informado basado en las directrices de la Sociedad Española de Endoscopia Digestiva, no se hace referencia expresa al mismo al hacer la información clínica por razones obvias dada la baja probabilidad.

Que se hizo profilaxis previa a la técnica con Indometacina intrarrectal 100 mg. (prevención de pancreatitis aguda) y con Ceftriaxona 2 g. iv (prevención de colangitis aguda) según el protocolo en activo de la Unidad de Endoscopias y que está basado en las recomendaciones de las guías clínicas.

Que se hizo una ecoendoscopia en donde se demostró la coledocolitiasis y por ello, y tal y como se había explicado previamente, se realizó posteriormente una CPRE con la intención de abrir la vía biliar y liberarla. Dicha técnica se realizó sin haber hecho planificación pancreática (por ello no hizo falta poner prótesis pancreática), y con apoyo de guía biliar, siendo la esfinteroplastia necesaria quizá la única manipulación que podría facilitar la pancreatitis.

Que dicha técnica no fue efectiva pues fue imposible extraer las litiasis y que ya se indicó la posibilidad de fuga de contraste al espacio retroperitoneal tras dicha esfinteroplastia.

Que la técnica se acabó a las 13,00 h. del día 4 de septiembre.

Que tras la prueba, en la sala de cuidados de endoscopia, se puso medicación analgésica en dos ocasiones (Nolotil y buscapina iv).

Que a las 15,00 h. es dado de alta de la unidad de endoscopias por mejoría, y devuelto a su cama de hospitalización programada.

Que ante la persistencia del dolor y tras ser visitado de forma espontánea, sin haber sido llamado por enfermería, por el Dr. x, y aunque el abdomen estaba blando, se solicitó un TAC abdominal con contraste (a las 17,47 h.) por sospecha de pancreatitis postCPRE vs perforación, así como amilasas.

Que al recibir el TAC y los análisis, se diagnosticó como pancreatitis aguda leve postCRE (y quizá microperforación por la existencia de burbujas en duodeno, aunque ya había sospecha de paso de contraste y aire durante la prueba).

Que se avisó a cirugía aunque no existían criterios de gravedad para asunción de medidas comunes, quedando con sueroterapia, antibioterapia, analgesia y dieta absoluta, tal y como establece la buena práctica clínica.

Que, por lo tanto, consideramos que el diagnóstico y el tratamiento de la pancreatitis fueron precoces y correctos.

Que el día siguiente el paciente estaba mucho mejor, sin dolor, aunque ante el aumento de la leucocitosis y de la amilasemia se decidió hacer una interconsulta a la unidad de cuidados intensivos para la colocación de una vía central, cosa que se hizo. Además se solicitó una ecocardiografía para un manejo hidroelectrolítico apropiado y en previsión de cirugía biliar, dada la cardiopatía e insuficiencia renal previa del paciente.

Que en un TAC del día 7 de septiembre se demostró desaparición de las burbujas, lo que demostraba la benignidad de la microperforación. No había además evolución de la pancreatitis aguda. En cuanto a la insuficiencia renal se partía de niveles de 1,5 y había un ligero empeoramiento (2,23) achacable al cuadro clínico y no a un proceso de sepsis que no existía en ese momento.

Que en TAC evolutivo del día 14, estando el paciente en esos días oligosintomático desde el punto de vista digestivo (salvo por íleo paralítico secundario), no se apreciaba una evolución importante del proceso pancreático, no se apreciaba gas y sólo discreto aumento del líquido libre abdominal. Todo ello eran signos favorables e incluso se reinició tolerancia oral.

Que el TAC evolutivo del día 20 de septiembre no mostraba necrosis ni colecciones ni aire libre.

Que se produjo un empeoramiento súbito del proceso pancreático el día 21 de septiembre, que puede ser achacado tanto a la reintroducción oral (que fue adecuada ya que las amilasas se habían normalizado) como a una nueva pancreatitis aguda dado que la coledocolitiasis estaba in situ, lo cual parece lo más probable.

Que ante este cuadro se hizo una paracentesis apreciándose una marcada leucocitosis con desviación izquierda en el líquido ascítico, sospechándose una pancreatitis aguda y una peritonitis bacteriana secundaria.

Que a partir de ese momento se contactó repetidamente con la unidad de cuidados intensivos y con cirugía dada la gravedad del cuadro, hasta su traslado a quirófano el día 24 de septiembre.

Que para el análisis de lo ocurrido en este proceso de hospitalización me remito al informe clínico de la Dra. x, su médico durante la estancia hospitalaria".

También se aporta informe de un facultativo del Servicio de Cirugía General, que refiere actuaciones sobre el paciente previas al proceso clínico del que deriva la reclamación, centrándose en la colecistectomía laparoscópica que se realizó al paciente el 23 de noviembre de 2011 y las revisiones posteriores, hasta el 12 de enero de 2012.

CUARTO.- Con fecha 3 de enero de 2014, se solicita informe al Servicio de Inspección de Prestaciones Asistenciales (Inspección Médica), sin que conste que haya sido evacuado y unido al procedimiento.

QUINTO.- Por la aseguradora del SMS se aporta informe médico pericial, emitido por un especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo, en el que tras relatar el objeto de la reclamación y describir la praxis aplicable al caso, alcanza las siguientes conclusiones:

- "1. La coledocolitiasis es un evento posible después de una colecistectomía.*
- 2. La CPRE es el método correcto para la extracción del cálculo.*
- 3. El divertículo duodenal, y con mayor motivo en la papila, tiene un alto porcentaje de perforación.*
- 4. Tuvo dos complicaciones concomitantes muy graves (perforación duodenal y pancreatitis).*
- 5. Cada una de las complicaciones tienen alta mortalidad.*
- 6. Son complicaciones descritas e imprevisibles, que se pueden producir pese a una técnica correcta.*
- 7. El tratamiento, las pruebas diagnósticas y el seguimiento fueron las correctas.*
- 8. El ingreso del paciente en una unidad especial no hubiera evitado la evolución del proceso.*

Conclusión Final. A la vista de los documentos contenidos en la Historia Clínica y en los informes aportados, no existen datos para concluir que se prestase una deficiente asistencia sanitaria ni que existiera negligencia ni mala praxis en el manejo del episodio asistencial del paciente".

SEXTO.- Conferido trámite de audiencia a los interesados, no consta que hayan hecho uso del mismo.

SÉPTIMO.- Con fecha 29 de julio de 2014, el órgano instructor formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación al considerar que no concurren todos los elementos a los que el ordenamiento jurídico anuda el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, singularmente el nexo causal entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y el daño alegado, cuya antijuridicidad tampoco es apreciable, y todo ello en la medida en que no puede considerarse probado que se incurriera en actuación alguna contraria a normopraxis en la atención dispensada al enfermo.

OCTAVO.- Consta en el expediente que los reclamantes han interpuesto recurso contencioso-administrativo ante el Tribunal Superior de Justicia de Murcia, que se sigue por los trámites del procedimiento ordinario con número 237/2014, contra la desestimación presunta de la reclamación patrimonial.

En tal estado de tramitación y una vez incorporados los preceptivos extracto de secretaría e índice de documentos, se remite el expediente en solicitud de dictamen mediante escrito recibido en el Consejo Jurídico el pasado 2 de septiembre de 2014.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia (LCJ), en relación con el 142.3 LPAC y 12 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación y plazo para reclamar.

1. La reclamación fue interpuesta por la viuda e hijos del finado, quienes sufren un evidente daño moral ante la pérdida afectiva que la muerte de un pariente tan cercano conlleva, lo que les confiere legitimación activa para

reclamar, en virtud del artículo 139.1 en relación con el 31, ambos de la LPAC.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional en tanto que titular del servicio a cuyo funcionamiento se imputa el daño, cuya prestación se realiza con medios personales y materiales igualmente de su titularidad.

2. La reclamación se ha presentado dentro del plazo de un año que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 142.5 LPAC, toda vez que lo fue el 9 de julio de 2013 y el hecho lesivo cabe identificarlo con la muerte de x, acaecida el 27 de septiembre de 2012.

TERCERA.- De la necesidad de completar la instrucción del procedimiento.

En la instrucción del procedimiento se advierte la omisión de un trámite preceptivo (art. 10.1 RRP), cual es la evacuación del informe del Servicio a cuyo funcionamiento se imputa el daño, que en el supuesto sometido a consulta resulta ser el de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital, pues son sus facultativos quienes han de decidir el ingreso en la misma de los pacientes, según se afirma en el informe pericial aportado por la aseguradora del SMS: *"El intensivista debe evaluar el estado del paciente y decidir o no su ingreso..."* (pág. 15 del informe); *"...durante estos días (entre el 21 y el 24 de septiembre) se consulta a UCI y Cirugía en varias ocasiones, decidiendo tratamiento conservador de su proceso abdominal, de la pancreatitis. Se instaura tratamiento en planta por indicación del intensivista ante la decisión de no intervenir..."* (pág. 19 del informe).

En consecuencia, siendo la imputación principal de los reclamantes que se retrasó en exceso el ingreso en UCI del enfermo, resultaba preceptivo recabar el informe de la referida unidad, lo que se ha omitido. Habrá de procurarse su evacuación para que conteste a las concretas alegaciones efectuadas en la reclamación, justificando, en su caso, los actos y decisiones médicas adoptados en cada momento y por qué se decidió no ingresar al paciente en la UCI hasta después de la intervención efectuada el 24 de septiembre, cuando el propio informe de la aseguradora del SMS estima que ya 24 horas antes de ese día el enfermo reunía los criterios de indicación de ingreso en cuidados intensivos (folio 20 del informe).

Tampoco consta el informe de la Inspección Médica. El Consejo Jurídico ha señalado en anteriores dictámenes (por todos, el 193/2012) que es posible continuar la tramitación del procedimiento sin esperar a la evacuación del indicado informe inspector, cuando en el expediente obren elementos de juicio suficientes como para poder decidir con la suficiente solidez técnica, a la luz de la ciencia médica, acerca de las cuestiones planteadas en el procedimiento. Así ocurre cuando los actores no respaldan sus alegaciones de mala praxis con informes periciales y cuando se ha emitido el informe preceptivo y determinante del correspondiente Servicio al que se imputa la causación del daño reclamado, actuación esta última que, como ya se ha indicado, no concurre en el supuesto sometido a consulta.

En consecuencia, se han omitido dos informes determinantes del contenido de la resolución que habría de poner fin al procedimiento de responsabilidad patrimonial, no siendo admisible que la decisión de la reclamación se fundamente única y exclusivamente en el criterio del perito de la aseguradora, máxime cuando incluso aquél llega a apreciar un retardo de al menos 24 horas en el ingreso del enfermo en la unidad de cuidados especiales.

Procede, pues, completar la instrucción y reiterar la solicitud de informe a la Inspección Médica para que se pronuncie no sólo sobre la praxis médica seguida en todo el proceso (indicación de la CPRE y seguimiento de la evolución posterior del paciente), sino también y de forma particular para que informe sobre el momento en que de conformidad con la ciencia médica estaba indicado el ingreso del paciente en la UCI. Caso de advertir un retraso en tomar la decisión de traslado a dicha unidad, debería analizar a qué se debió, si puede entenderse justificado y en qué medida pudo ello influir en el pronóstico de la enfermedad o en las posibilidades de curación del enfermo.

Debe, además, recabarse el preceptivo informe de la Unidad de Cuidados Intensivos, en orden a alumbrar acerca de las circunstancias que rodearon la decisión de no ingresar al enfermo en dicha unidad antes del momento en que se acordó su traslado a la misma. Igualmente requerir a los interesados para que, dentro del plazo que se les señale, evalúen el daño.

Una vez evacuados dichos informes, habrá de otorgarse un nuevo trámite de audiencia a las partes interesadas, y elevar la propuesta de resolución que se adopte a este Órgano Consultivo conjuntamente con las actuaciones complementarias.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina desfavorablemente la propuesta de resolución desestimatoria, procediendo completar la instrucción en el sentido expresado en la Consideración Tercera de este Dictamen.

No obstante, V.E. resolverá.