

Dictamen nº: **388/19**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **10.10.19**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora, aprobado por unanimidad, en su sesión de 10 de octubre de 2019, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo de lo establecido en la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el asunto sobre responsabilidad patrimonial promovido por Dña., Dña., Dña., Dña. y Dña. , por el fallecimiento de su madre Dña. que atribuyen a la asistencia sanitaria dispensada por el Hospital Universitario Infanta Leonor y el Centro de Salud Villa de Vallecas, en el tratamiento de una enfermedad respiratoria.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 29 de junio de 2017 las hijas de la paciente fallecida presentaron un escrito en el que relataban que su madre había sido atendida el 4 de junio de 2016 en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Leonor, por sufrir un empeoramiento de su disnea habitual así como por dolor dorsolumbar de un mes de evolución. Exponían que se alcanzó el diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva con flutter auricular, además de crisis de broncoespasmo añadido en paciente asmática quedando en observación de agudos hasta el día 6 de junio cuando fue trasladada a planta a cargo del Servicio de Medicina interna.

Detallaban que su familiar fue tratada con diltiazem para conseguir disminuir la frecuencia cardíaca y tras su traslado a planta se añadió digoxina y antibiótico al encontrar leucocitosis leve así como elevación de la Proteína C reactiva. Reprochaban que durante el ingreso nunca fue controlada la frecuencia cardíaca y que no tuvo ningún tipo de aislamiento o protección, a pesar de los riesgos de contraer cualquier tipo de infección.

Las reclamantes ponían de relieve que su madre recibió el alta el 13 de junio de manera indebida pues presentaba leucocitosis y Proteína C reactiva de 80, y además se encontraba en un estado de semi-inconsciencia. Consideraban que por lo menos debía haberse repetido una placa de tórax previa al alta hospitalaria.

Continuando con el relato fáctico de la reclamación, las interesadas detallaban que, dos días después del alta, su madre acudió a su centro de salud donde únicamente le controlaron la medicación prescrita por el centro, sin prestar atención al estado en el que se encontraba la paciente cuando llegó al referido centro de salud, medio dormida, con gran dificultad para hablar, los miembros inferiores llenos de moratones y prácticamente sin ninguna movilidad. Lamentaban que no fuera derivada en ese momento a un centro hospitalario, lo que en su opinión hizo que la infección respiratoria siguiera su curso.

Las reclamantes indicaban que el 19 de junio, su madre tuvo que acudir nuevamente al Servicio de Urgencias, trasladada por una ambulancia. Subrayaban que los familiares informaron a los facultativos que desde antes del alta anterior, presentaba deterioro funcional progresivo con tendencia a la somnolencia, mal estado general, incontinencia mixta y dificultad para la deambulaci3n, con presencia de hematomas en los miembros inferiores. Referían que tras las pruebas diagn3sticas se alcanz3 el siguiente diagn3stico:

- Bajo nivel de conciencia a estudio en paciente con hematomas en

miembros inferiores y con INR en rango.

- Flutter con RVR, controlada.
- Leucocitosis con PCR elevada a filiar.
- Insuficiencia respiratoria hipoxémica.
- Deterioro de la función renal.
- Infección del tracto urinario.
- Posible infiltrado parahiliar inferior derecho.
- Positividad a Metadona en orina.

El escrito de reclamación detallaba que ante la persistencia del bajo nivel de conciencia y el mal estado de la paciente, los facultativos decidieron solicitar un TAC craneal para lo que fue trasladada al Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Referían que en dicho centro se comprobó que no existía alteración alguna en el TAC pero sí que el infiltrado parahiliar derecho que presentaba se encontraba relacionado con el ingreso hospitalario anterior, no pudiendo descartar que la neumonía que la paciente padecía tuviera carácter nosocomial.

Continuaban indicando que tras un intento de ingreso de su madre en el Hospital Virgen de la Torre, del que no fueron informadas, finalmente su madre ingresó en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, donde sufrió un deterioro progresivo y falleció el día 30 de junio de 2016.

En virtud de lo expuesto, consideraban que su madre fue dada de alta indebidamente el 13 de junio, y que durante el primer ingreso fue contagiada de una neumonía en el centro hospitalario ya que no se aplicó el protocolo de medidas para el control de las infecciones hospitalarias. Por todo ello solicitaban una indemnización de 100.000 euros.

El escrito de reclamación se acompañaba con copia del libro de familia de la paciente fallecida, diversa documentación médica y una carta de la directora gerente del Hospital Infanta Leonor dando

contestación a un escrito presentado por las interesadas el 20 de julio de 2016.

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

La madre de las reclamantes, de 85 años de edad en el momento de los hechos, el 1 de junio de 2016 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Leonor por aumento progresivo de su disnea habitual desde el inicio de la primavera, que mejoraba con salbutamol, con empeoramiento en la última semana. No refería aumento de tos ni expectoración ni tampoco fiebre, aunque sí aumento de edemas en miembros inferiores por lo que estaba en tratamiento con diuréticos pautados por su médico de Atención Primaria. Refería dolor dorso lumbar.

Tras la exploración y la realización de pruebas diagnósticas y analítica se emitió el juicio clínico de disnea de origen multifactorial: insuficiencia cardiaca de predominio mixto, en paciente con HTA; broncoespasmo en paciente con probable asma estacional; posible flutter con conducción 2:1 y elevación de Tn en el contexto.

Se inició tratamiento con furosemida, broncodilatadores y digoxina.

La paciente permanece en observación y el 2 de junio se consulta con el Servicio de Cardiología. Dado que la paciente presenta leve broncoespasmo se inicia tratamiento con diltiazem.

El 3 de junio la paciente inicia tratamiento con acenocumarol y persiste con frecuencia cardiaca elevada (130 lpm) bien tolerada. Realiza diuresis abundante. Se solicita nueva analítica de control.

El 4 de junio se anotó que la madre de las reclamantes había pasado buena noche, sin disnea y que la frecuencia cardiaca estaba algo

más controlada. La analítica mostraba una función renal estable. Se decidió iniciar dosis más altas de diltiazem e ingreso hospitalario para monitorización y tratamiento.

La paciente permaneció ingresada a cargo del Servicio de Medicina Interna del 6 al 13 de junio. Al inicio precisó sonda vesical con la aparición de leucocitosis leve con elevación de la Proteína C reactiva aunque sin fiebre por lo que se añadió antibioterapia por probable infección del tránsito urinario. Durante el ingreso la paciente se encontraba estable, con buen estado general, sin disnea u otros síntomas y frecuencia cardiaca en torno a 80-90. El día 9 se anotó *“informo a su hija de que persiste buena evolución y que quizá si no hay incidencias ni complicaciones pueda volver a su casa pronto”*.

El 13 de junio se decidió el alta, dada la estabilidad clínica, con la realización previa de ECG el 12 de junio y una frecuencia cardiaca controlada a 75 lpm. Se pautó control en consultas y quedó pendiente de urocultivo por la posible infección del tracto urinario. Los resultados del urocultivo, conocidos después, mostraron nitritos e intensa presencia de bacteriuria.

La paciente fue vista en el Centro de Salud Villa de Vallecas los días 14 y 15 de junio de 2016. En la historia clínica remitida constan anotaciones de esos días en relación con un episodio de *“reacción alérgica con broncoespamo excluido fármacos”*, en el que se anotó los resultados de analítica y del urocultivo, y otro episodio de *“fibrilación auricular”*, donde consta la medicación pautada (digoxina, diltiazem y sintrom) y un INR de 1,7 al inicio de la anticoagulación (15 de junio). No hay anotaciones sobre el estado de la paciente ni sobre la sintomatología.

El 19 de junio de 2016 la madre de las reclamantes es llevada al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Leonor por desorientación. En la anamnesis se hizo constar que desde el alta, hacia

5 días, había experimentado un deterioro funcional progresivo, con somnolencia, incontinencia mixta y dificultad para la deambulaci3n.

En la exploraci3n la paciente estaba consciente pero desorientada en tiempo y espacio, regular hidratada y bien nutrida y perfundida. Mostraba hematomas generalizados. Se solicitaron pruebas complementarias: analítica y ECG. En la analítica destacan los resultados de Proteína C reactiva y troponina elevados. También se realizó Rx de t3rax que mostr3 un aumento de la densidad en hemit3rax derecho que impresionaba de derrame pleural.

Tras la realizaci3n de m3ltiples pruebas se emiti3 el juicio clínico de bajo nivel de conciencia a estudio en paciente con hematomas en miembros inferiores y con INR en rango; leucocitosis con Proteína C reactiva a filiar; insuficiencia respiratoria hipoxémica; deterioro de la funci3n renal; infecci3n del tracto urinario en ingreso previo tratada con antibiótico; posible infiltrado parahiliar inferior derecho, broncoaspirativo en paciente con reciente ingreso por lo que no se puede descartar origen nosocomial; descompensaci3n de ICC asociada e intoxicaci3n por carbamacepina.

Se solicit3 TAC craneal con interconsulta al Hospital General Universitario Gregorio Marañ3n dado que el tom3grafo del Hospital Universitario Infanta Leonor estaba averiado. Obra en el folio 741 el resultado del TAC en el que figura “*no se observan lesiones ocupantes de espacio, ni otras lesiones intracraneales de origen agudo*”. El mismo día 19 de junio la paciente fue derivada nuevamente al Hospital Universitario Infanta Leonor.

Durante el ingreso la paciente mostr3 bajo nivel de conciencia que se interpret3 en relaci3n con sobredosificaci3n de fármacos. Adem3s present3 un deterioro cognitivo de curso subagudo con disfagia que sugería la posibilidad de broncoaspiraci3n por lo que se trat3 inicialmente con antimicrobianos. Asimismo sufri3 derrame pleural

derecho, realizándose extracción del líquido pleural el 25 y el 29 de junio.

La madre de las reclamantes sufrió un empeoramiento clínico, falleciendo en la mañana del 30 de junio

TERCERO.- Presentada la reclamación se inició el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo de lo dispuesto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Consta en el expediente examinado la historia clínica de la madre de las reclamantes del Centro de Salud Villa de Vallecas, del Hospital Universitario Infanta Leonor y del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (folios 41 a 747).

Figura en el folio 109 un escrito remitido por la Gerencia Asistencial de Atención Primaria en el que la responsable de Atención al Paciente manifiesta que la única información de la que disponen del Centro de Salud Villa de Vallecas es la que figura en la historia clínica aportada al procedimiento al haberse jubilado el médico que atendió a la paciente en dicho centro.

Obra en el expediente el informe de 25 de julio de 2017 del jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Infanta Leonor en el que da cuenta de la asistencia prestada a la madre de las reclamantes por dicho servicio para concluir que la actuación de los diversos médicos que trataron a la paciente fue conforme a la *lex artis*, habiéndose utilizado las técnicas de diagnóstico y aplicado las medidas terapéuticas precisas, con diligencia, de acuerdo con lo sancionado por la práctica clínica médica habitual, con adaptación a las circunstancias propias de la paciente, con precisión clínica y fundamentándose en criterios objetivos analíticos, radiológicos, ecográficos y electrocardiográficos, siempre que fue posible obtenerlos y sin sometimiento de la paciente a

riesgos inadecuados.

Consta asimismo en el procedimiento el informe de 29 de agosto de 2017 del coordinador del Urgencias del referido centro hospitalario en el que detalla la asistencia dispensada a la paciente entre el 1 y el 4 de junio de 2016. Explica que en el ingreso de 19 de junio se procedió a descartar posibles causas del síndrome confusional agudo, incluso con un TAC cerebral, ante la sospecha de un infiltrado parahiliar, de probable origen broncoaspirativo o nosocomial. Añade que en el Servicio de Urgencias los pacientes tienen un control estricto de las infecciones, revisando los cultivos de los pacientes diariamente de manera que cuando aparece una alerta se establecen las medidas adecuadas, aunque si se sospecha de algún patógeno susceptible de aislamiento se realiza incluso previamente a la obtención de los resultados de los cultivos.

Figura en el folio 749 una nota remitida por el director del Centro de Salud Villa de Vallecas en análogos términos al escrito remitido por la responsable de Atención al Paciente respecto a la imposibilidad de contar con el informe del médico de Atención Primaria.

También se ha incorporado al procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria que tras analizar los antecedentes del caso y los informes emitidos en el curso del procedimiento y realizar las correspondientes consideraciones médicas, concluye que no puede establecerse un nexo de causalidad entre la actuación sanitaria y el fallecimiento de la paciente, teniendo en cuenta las características de la madre de las reclamantes (edad, pluripatologías crónicas y graves...), el grave proceso que sufrió y la mortalidad que provoca a pesar de contar con la debida asistencia médica, tanto en la utilización de medios diagnósticos como terapéuticos.

Concluida la instrucción del expediente, se confirió trámite de audiencia a las interesadas. Con fecha 17 de julio de 2018, las reclamantes presentaron escrito de alegaciones en el que manifestaron

sus discrepancias con el informe emitido por la Inspección Sanitaria. En particular señalaron que el valor de la Proteína C reactiva estaba elevado al alta y la Inspección Sanitaria lo achaca a una infección urinaria como probabilidad sin confirmarlo con más datos, teniendo en cuenta que además presentaba leucocitosis. Sostienen que el valor de NTproBNP en las analíticas de los días 2 y 4 evidenciaban un mal pronóstico y sin embargo la paciente recibió el alta, en malas condiciones, lo que agravó su situación. Sostienen que se equivoca la Inspección Sanitaria cuando considera que para tratar una neumonía hay que realizar una valoración integral del paciente y también cuando considera que determinados valores, aun estando alterados, no son decisivos.

Finalmente, con fecha 17 de junio de 2019, se formuló propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado mala praxis en la asistencia sanitaria dispensada a la madre de las reclamantes.

CUARTO.- El 4 de julio de 2019 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 a la letrada vocal Dña. Ana Sofía Sánchez San Millán que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 10 de octubre de 2019.

A la vista de estos antecedentes, formulamos las siguientes,

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, según el cual: *“3.En especial, la Comisión Jurídica Asesora deberá ser consultada por la Comunidad de Madrid en los siguientes asuntos (...) f) Expedientes tramitados por la Comunidad de Madrid, las entidades locales y las universidades públicas sobre: 1º Reclamaciones de responsabilidad patrimonial, cuando la cantidad reclamada sea igual o superior a 15.000 euros o cuando la cuantía sea indeterminada”*.

En el caso que nos ocupa, las interesadas han cifrado la cuantía de la indemnización que reclaman en una cantidad superior a 15.000 euros, por lo que resulta preceptivo el dictamen de este órgano consultivo.

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada, según consta en los antecedentes, ha de ajustarse a lo dispuesto en la LPAC, al haberse iniciado con posterioridad a su entrada en vigor, en virtud de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera de esta ley.

Las reclamantes, hijas de la paciente fallecida, 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 familiar. Se ha acreditado debidamente la relación de parentesco que ligaba a las interesadas con la fallecida mediante copia del libro de familia.

La legitimación pasiva resulta indiscutible que corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria reprochada se prestó por centros sanitarios (Centro de Salud Villa de Vallecas y el

Hospital Universitario Infanta Leonor) integrados dentro de la red sanitaria pública madrileña.

El plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año, contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (cfr. artículo 67.1 de la LPAC). En el caso sujeto a examen, el *dies a quo* viene determinado por la muerte de la madre de las reclamantes, de modo que ocurrido el fallecimiento el 30 de junio de 2016, debe reputarse formulada en plazo la reclamación presentada por las hijas de la paciente fallecida el 29 de junio de 2017.

TERCERA.- En cuanto al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC se ha emitido informe por el jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Infanta Leonor y del coordinador de Urgencias del referido centro hospitalario. Consta la historia clínica tanto del mencionado hospital como del Centro de Salud de Villa de Vallecas, si bien aunque no consta el informe del médico de Atención Primaria se ha justificado en el expediente por la jubilación de dicho profesional sanitario. También se ha incorporado al procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen.

Ahora bien se ha de observar que uno de los reproches fundamentales de las reclamantes viene referido al contagio a su madre de una infección nosocomial en el primer ingreso del 1 al 13 de junio de 2016 en el Hospital Universitario Infanta Leonor por falta de aplicación de los protocolos de medidas para el control de las infecciones hospitalarias. Este reproche no ha sido contestado por los servicios implicados en el proceso asistencial de la madre de las reclamantes. Así el Servicio de Medicina Interna no hace ninguna alusión a esta cuestión y el Servicio de Urgencias, en breves líneas, efectúa una declaración

genérica sobre el control de las infecciones en dicho servicio y sin particular referencia a las circunstancias que concurrían en la madre de las reclamantes.

Como es sabido, esta Comisión Jurídica Asesora, haciéndose eco de la doctrina del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, ha señalado que en los casos de infecciones contraídas en el ámbito hospitalario, en razón del principio de facilidad de la prueba, corresponde a la Administración dar una explicación razonable de las medidas adoptadas para prevenir la infección. Como ya dijimos en anteriores dictámenes de esta Comisión, *“dicha acreditación sirve para establecer, en tales casos, la línea de separación, entre la consideración de la infección como un riesgo inherente al ingreso hospitalario o la imputación del daño a la Administración”* (así nuestro Dictamen 348/16, de 28 de julio, entre otros muchos).

Por ello, ante esta falta de datos y teniendo en cuenta la función del dictamen de esta Comisión, en cuanto garante de los derechos de los interesados en el procedimiento como del acierto de la decisión de la Administración que ponga fin al procedimiento, se considera que ha de retrotraerse éste para que se dé respuesta a los interrogantes planteados y, por tanto, se aporte por el Hospital Universitario Infanta Leonor información de las medidas adoptadas para prevenir la infección nosocomial en el caso de la paciente, tanto por parte de los servicios implicados, como del servicio al que corresponde competencias en este ámbito como es el Servicio de Medicina Preventiva.

Una vez recabada dicha información deberá darse traslado a la Inspección Sanitaria para nuevo informe y conferir trámite de audiencia a las interesadas.

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

CONCLUSIÓN

Procede retrotraer el procedimiento para recabar la información mencionada en la consideración de derecho tercera de este dictamen.

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 10 de octubre de 2019

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 388/19

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid