

Dictamen n°: **440/22**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **05.07.22**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 5 de julio de 2022, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña. .... y Dña. ...., por el daño moral derivado del fallecimiento de su respectivo esposo y padre, D. ...., ocasionado por un infarto isquémico de intestino delgado, que atribuyen a un retraso en el diagnóstico en el Hospital Clínico San Carlos, al no realizar las exploraciones necesarias e ignorar los síntomas digestivos del paciente.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito formulado por las personas citadas en el encabezamiento de este dictamen, bajo dirección letrada, presentado el 30 de marzo de 2020 en el registro del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

Las reclamantes detallan que el paciente, su respectivo esposo y padre, falleció el 17 de abril de 2019, como acreditan con el certificado de defunción.

Relatan que su familiar, de 58 años de edad en el momento de su fallecimiento, sufría diverticulosis con colectomía desde hace más de 20 años, y que el 28 de enero de 2019 acudió a su médico de Atención Primaria por presentar fiebre con odinofagia, mucosidad y tos, con náuseas. Refieren que el diagnóstico fue de bronquitis aguda y, en consecuencia, se le prescribió amoxicilina. Las reclamantes afirman que el tratamiento pautado resultó inefectivo y, ante la persistencia del cuadro, el 30 de enero de 2019 el paciente acudió a Urgencias del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz con náuseas y tos seca, así como dolor lumbar en la cadera izquierda.

Según el escrito, ante esta sintomatología, se realizó exploración física y pruebas complementarias, como un electrocardiograma, analítica y una radiografía de tórax, tras lo que se le diagnosticó una neumonía adquirida en la comunidad. Señalan que el tratamiento prescrito fue levofloxacino, beber abundante agua y paracetamol, siendo dado de alta domiciliaria a las 14:41 horas de ese mismo día.

Continúa el relato señalando que el 31 de enero de 2019 el paciente continuaba sin experimentar mejoría, viéndose obligado a acudir de nuevo al Servicio de Urgencias, aunque esta vez a las del Hospital Clínico San Carlos. La reclamación expone que, a su llegada, presentó insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica, se le realizó exploración física y una radiografía de tórax, en la que se objetivó neumonía bilateral. De igual modo, el escrito recoge que también se practicó el test de gripe A, que resultó positivo.

Las reclamantes refieren que, ante semejantes hallazgos, se le ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos, iniciando tratamiento con levofloxacino y ceftriaxona, que los facultativos suspendieron tras recibir resultado negativo de cultivos, y necesitó intubación traqueal y ventilación mecánica. Manifiestan que, tras ello, presentó hipotensión arterial, que precisó noradrenalina, y desarrolló un fracaso renal agudo oligúrico, que

requirió hemodiálisis continua, aunque, posteriormente, recuperó la función renal.

El escrito indica que el 10 de febrero de 2019 se le realizó al paciente traqueostomía por intubación prolongada y, a partir de ese momento, evolucionó favorablemente, desapareciendo la fiebre y mejorando la insuficiencia respiratoria. Con fecha 18 de febrero de 2019, según la reclamación, se le hizo TAC de tórax, que mostró lesiones compatibles con aspergilosis invasiva, y necesitó transfusiones en varias ocasiones. Las reclamantes señalan que, dado que permanecía en situación estable, el paciente fue trasladado a planta a cargo de Medicina Interna el 5 de marzo de 2019, con el diagnóstico de neumonía bilateral por gripe A, aspergilosis pulmonar invasiva, hepatotoxicidad leve y síndrome de inmovilidad.

Sin embargo, según la reclamación, la evolución satisfactoria hizo que se procediera al alta domiciliaria el 13 de marzo de 2019, pero las firmantes señalan que, en el periodo de convalecencia domiciliaria, el paciente empeoró y sufrió varios episodios de malestar, sudoración, náuseas y vómitos (*“síntomas que ya venía experimentando desde su primera visita al Hospital Clínico y que son señales de un probable problema intestinal, pero a los que no se les prestó atención en ningún momento”*). Manifiestan que, ante este deterioro clínico, acudió al Hospital Clínico San Carlos el 9 de abril de 2019, donde se le pasó consulta en Medicina Interna, con el diagnóstico de aspergilosis pulmonar invasiva en tratamiento, síndrome de inmovilidad y aplastamiento de la tercera vértebra lumbar.

Las reclamantes señalan que este diagnóstico confirmaba que el paciente había superado la gripe A durante su estancia domiciliaria pero que *“no obstante, la sintomatología que podía sugerir un problema digestivo seguía presente, pero no se realizó prueba alguna que permitiera descartarlo...No solo se ignoraron los síntomas sino que tampoco se tuvieron en cuenta los antecedentes digestivos del paciente”*.

La reclamación expone que los síntomas y signos de un sufrimiento intestinal son muy variables y dependen, sobre todo, de la localización y la causa de la obstrucción, así como del tiempo transcurrido desde el comienzo, de modo que el paciente típico con obstrucción intestinal aguda presenta un cuadro de retortijones, vómitos, distensión abdominal y alteración del ritmo intestinal. Por ello, el escrito reprocha que la ausencia de atención sobre los síntomas descritos por el paciente hizo que el 17 de abril de 2019 se produjera el fatal desenlace, pues la autopsia arrojó como causa del fallecimiento *“infarto isquémico de intestino delgado”*, de modo que todos los órganos mostraron imágenes histológicas de normalidad salvo el intestino delgado que presentó *“necrosis coagulativa de mucosa, submucosa y muscular propia continua, de 40 cm de extensión superficial”*.

En definitiva, las reclamantes reprochan el incorrecto manejo del paciente y la infravaloración de la sintomatología, que conllevó un retraso en el diagnóstico, pues el paciente mostró síntomas tales como varios episodios de malestar, sudoración, náuseas y vómitos, que eran compatibles con un problema intestinal, problema que, finalmente, resultó en una isquemia intestinal, que provocó el fallecimiento del paciente. Refieren que el hecho de diagnosticar una aspergilosis pulmonar invasiva no debe descartar otras enfermedades, incluso más graves, tal y como es el caso, manifestadas por los mismos síntomas.

Solicitan una indemnización por importe de 254.689,84 euros, 127.078,18 euros para el cónyuge viudo y 127.611,66 euros para la hija del fallecido.

El escrito se acompaña, como decimos, del certificado de defunción del finado, de una copia del libro de familia y de diversa documentación médica (folios 1 a 129).

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

Se trata de un paciente de 57 años, que acude el 28 de enero de 2019 a Urgencias de su centro de salud, tras comenzar 72 horas antes con fiebre, odinofagia, mucosidad y tos. Había estado unos días con náuseas, sin vómitos. En la exploración física se aprecia buen estado general, eupneico, orofaringe muy hipermeica. En la auscultación pulmonar, rítmica sin soplos, murmullo vesicular normal, sin ruidos sobreañadidos. El juicio clínico es de faringitis, pautándose romilar cada 8 horas 5-7 días + amoxicilina-clavulánico 875/8 horas 7 días + ibuprofeno.

Con fecha 30 de enero de 2019, el paciente acude a Urgencias del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz por persistencia de la sintomatología. Refiere fiebre de 39° C, náuseas y tos seca de 5 días de evolución, dolor lumbar asociado en cadera izquierda no irradiado. Niega dolor abdominal, dolor torácico, disnea o palpitaciones. En la exploración física, tensión arterial 120/70 mm/ Hg; frecuencia cardíaca 81 lpm; temperatura 37,2°C; saturación O2 95%. Consciente, orientado, hidratado y perfundido.

En la auscultación, rítmico, sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, crepitantes secos laterales. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda, sin masas ni megalias. Cicatriz de colostomía. Presenta contractura paravertebral lumbar, sin apofisalgia, ni dolor a movilización activa y pasiva, ni irradiación ciática. Lasegue y Bragard negativos. Fuerza y sensibilidad conservada. Reflejos presentes simétricos.

Elevación de los reactantes de fase aguda. Electrocardiograma normal. Radiografía de abdomen sin hallazgos. Radiografía de tórax: se observan signos sugestivos de consolidación del parénquima pulmonar en lóbulo medio y dudoso derrame del seno costofrénico derecho asociado. Índice cardiorácico conservado. Microbiología de orina: antigenurias negativas de neumococo y Legionella pneumophila.

El diagnóstico es de neumonía adquirida en la comunidad (NAC). Se produce mejoría del paciente durante la estancia en Urgencias y es dado de alta por no objetivar patología que requiera ingreso hospitalario.

Tratamiento: levofloxacino 500mg 1/24h, paracetamol 1gr si hay fiebre o dolor, Nolotil si el dolor no cede, Primperán 10mg si náuseas/vómitos, hidratación (beber 2 litros/día). Acudir al médico de Atención Primaria en 10 días para control con radiografía de tórax y acudir a Urgencias si empeora o aparece nueva clínica.

Con fecha 31 de enero de 2019 acude a Urgencias del Hospital Clínico San Carlos con un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica que requiere ingreso en la UCI. Se hacen constar como antecedentes médicos de interés: sin reacciones adversas a medicamentos. Diverticulitis de colon sigmoide (1997). Plastrón inflamatorio recto-sigma. Apendicectomía y colectomía de sigma, anastomosis colorrectal. Ecocardiografía normal. Fracción de eyección del ventrículo izquierdo 60%. Función diastólica normal. Sin tratamiento habitual.

En la exploración, tensión arterial 145/70 mmHg, frecuencia cardíaca 86 lpm, temperatura de 38,6°C, saturación O<sub>2</sub> 93%. Consciente, orientado, alerta, taquipneico, normohidratado y perfundido. Rítmico sin soplos. Crepitantes bibasales. Abdomen blando, depresible, no doloroso, sin signos de inflamación peritoneal. Sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Se realiza radiografía que objetiva infiltrado pulmonar difuso bilateral. El electrocardiograma muestra ritmo sinusal de 72 lpm, hemibloqueo rama anterior, intervalo PR en rango, onda Q en cara inferolateral, intervalo QRS estrecho, sin otras alteraciones de la repolarización. Test de gripe A con resultado positivo el 31 de enero de 2019. Cultivo por broncoaspirado selectivo de virus A realizado el 11 de febrero de 2019 con resultado positivo el 15 de febrero de 2019. Antigenuria neumococo y Legionella

negativos. Hemocultivos negativos. Cultivo broncoaspirado de bacterias negativos el 14, 19 y 21 de febrero de 2019: se aíslan *Aspergillus niger*, *Aspergillus fumigatus* y *Cándida albicans*.

El 15 de febrero de 2019 se realiza broncoscopia: árbol bronquial derecho normal. Árbol bronquial izquierdo: tapón mucopurulento en carina entre el lóbulo superior izquierdo y el lóbulo inferior izquierdo.

El 18 de febrero de 2019 se realiza TAC de tórax: confirmación radiológica de aspergilosis pulmonar invasiva, bullas y bronquiectasias compatibles con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. No se visualizan alteraciones significativas en los cortes de abdomen incluidos en el estudio

En cuanto a la evolución, al ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se instaura tratamiento con Oseltamivir y cobertura antibiótica empírica con levofloxacino y Ceftriaxona, que se suspende por serología negativa de neumococo y *Legionella*. En las primeras horas de estancia en la UCI desarrolla un síndrome de distrés respiratorio agudo, precisa intubación orotraqueal, ventilación mecánica, sedoanalgesia, maniobras de reclutamiento alveolar y pronación. Se asocia fracaso renal agudo oligúrico (KDIGO 3) que requiere hemodiálisis el 3 de febrero de 2019.

Se coloca al paciente sonda nasogástrica para nutrición enteral, bien tolerada. Abdomen blando, depresible, sin signos de inflamación peritoneal. Aumento de fiebre, broncorrea, anemia. Se instaura tratamiento con Amfotericina B liposomal por aspergilosis y, posteriormente, con Voriconazol y Caspofungina. Precisa transfusiones sanguíneas.

Se objetiva encefalopatía por deterioro de la función hepática. Polineuropatía del paciente crítico. Se realizan sucesivos intentos de

desconexión de la ventilación mecánica no tolerados por el paciente por hipoxemia y broncorrea.

A partir del 17 de febrero de 2019, el paciente experimenta mejoría de la función renal. Se realiza traqueostomía el 20 de febrero de 2019 por intubación prolongada con mejoría progresiva neurológica, respiratoria y hemodinámica. Se desconecta la ventilación mecánica el 2 de marzo de 2019 y el 3 de marzo de 2019 se realiza decanulación y se retira la sonda nasogástrica.

El diagnóstico es de neumonía por gripe A, insuficiencia respiratoria, fracaso renal agudo y aspergilosis pulmonar invasiva.

Tratamiento: control de constantes cada 8 horas, oxígeno 4 l/min, Bemiparina sbc 2.500 UI/24h, Loracepam oral 1mg/24h, Omeprazol oral 20mg/24h, paracetamol oral 1g/8h si hay dolor, Voriconazol iv. 300mg/12horas.

El 5 de marzo de 2019 es dado de alta en la UCI, con traslado a Medicina Interna para continuidad de cuidados.

En el informe de ingreso en Medicina Interna el 6 de marzo de 2019, se hace constar la mejoría progresiva en los últimos 7 días, menos tos, sin expectoración. Puede caminar con ayuda hasta el baño. Buena ingesta oral, sin atragantamientos. Deposición diaria sin restos patológicos. Tensión arterial 120/70 mmHg; frecuencia cardíaca 90 lpm, rítmico. Afebril. Eupneico. En radiografía de 5 de marzo de 2019 se aprecia infiltrado intersticial bilateral.

Según consta en las hojas de observación médica de Medicina Interna, durante el ingreso el paciente no refiere síntomas respiratorios, urinarios o gastrointestinales. En la exploración física, se objetiva murmullo vesicular conservado, rítmico, taquicárdico. Abdomen sin dolor y sin edemas en las extremidades inferiores.

Se realiza radiografía el 11 de marzo de 2019 que objetiva resolución de las consolidaciones pulmonares bilaterales respecto a placas previas, la última de 5 de marzo de 2019. Atelectasias lineales bilaterales.

El diagnóstico es de neumonía bilateral por gripe A, aspergilosis pulmonar invasiva, hepatotoxicidad leve y síndrome de inmovilidad. Se pauta Voriconazol 200mg vía oral 1comp/12h.

En el informe de alta hospitalaria de 13 de marzo de 2019 consta que el paciente presenta evolución satisfactoria, tolera vía oral, aire ambiente y camina sin ayuda. Es dado de alta por traslado a su domicilio

Con fecha 25 de marzo de 2019, el paciente acude a primera revisión en consultas externas de Medicina Interna-Unidad de Enfermedades Infecciosas. Dado de alta de Medicina Interna y, anteriormente, de la UCI. Se fue de alta con Voriconazol. Problemas: pérdida de fuerza y temblor en manos. Ya hizo fisioterapia en la hospitalización. Dolor mecánico lumbosacro. Refiere disminución de agudeza visual. Se solicita interconsulta a Rehabilitación, radiografía de columna lumbosacra e interconsulta a Oftalmología

La analítica de ese día muestra dislipemia; colesterol: 253 mg/Dl, colesterol HDL: 36 mg/dL, triglicéridos 393 mg/dL. Mejoría del resto de los parámetros.

El 9 de abril de 2019 acude a la segunda revisión en consultas externas de Medicina Interna - Unidad de Enfermedades infecciosas. Alteraciones visuales por lo que se solicitó revisión en Oftalmología por la posibilidad de afectación ocular por el Voriconazol. Pérdida de fuerza y temblores en las manos que ya presentaba durante el ingreso por el síndrome de inmovilidad y para lo que hizo rehabilitación. Por este motivo se solicitó una revisión en el Servicio de Rehabilitación.

Dolor lumbosacro moderado de características mecánicas de varias semanas de evolución por lo que se solicitó una radiografía de columna lumbar, en la que se observa aplastamiento de la 3ª vértebra lumbar. Se pautó analgesia para valorar la evolución del dolor con la idea de ajustar el tratamiento analgésico en los siguientes días. Se solicitó una resonancia magnética de la columna lumbar, una densitometría y valoración por el Servicio de Traumatología.

El 17 de abril de 2019 el SUMMA 112 recibe aviso por parada cardiorrespiratoria del paciente presenciada y atendida por la familia con reanimación cardiopulmonar básica. A su llegada al domicilio, a las 02:06 horas, el paciente lleva 15 minutos en parada cardiorrespiratoria con ritmo de asistolia, inconsciente, con ambas pupilas no reactivas midriáticas. Se inicia reanimación cardiopulmonar avanzada, consiguiendo pulso a las 02:24 horas y tensión arterial a las 02:37 horas. En el electrocardiograma se registran varios episodios de fibrilación ventricular. Tras desfibrilar (8 descargas de 360 julios) y obtener pulso, se registra trazado compatible con infarto agudo de miocardio con elevación de segmento ST (IAMCEST) de poca duración, volviendo a fibrilación ventricular y pérdida definitiva de pulso. A las 03:43 horas se suspende la reanimación cardiopulmonar, tras 75 minutos de duración. Se activa el procedimiento Código Cero del SERMAS para donación de órganos en asistolia no controlada, que es aceptada por el Hospital Clínico San Carlos.

En el certificado de fallecimiento de 17 de abril de 2019 consta como causa del fallecimiento:

*“-Inmediata: parada cardiorrespiratoria, infarto agudo de miocardio.*

*- Intermedia: dislipemia*

*- Inicial o fundamental: insuficiencia respiratoria, neumonía bilateral complicada”.*

En el informe de la autopsia clínica de Anatomía Patológica del Hospital Clínico San Carlos de 21 de mayo de 2019, consta como diagnóstico:

Bronconeumonía aguda bilateral. Aspergilosis broncopulmonar no invasiva. Ateroesclerosis aorto-iliaca bilateral moderada. Ateroesclerosis de los 3 vasos coronarios. Infarto isquémico de intestino delgado. Hipertrofia cardiaca. Ligera hiperplasia de serie blanca hematopoyética.

- Datos macroscópicos: aparato respiratorio: árbol bronquial ocupado por moco denso de coloración parduzca en ambos hemitórax. Adenopatías de aspecto antracótico en carina y bronquios izquierdo y derecho.

Aorta y ramas principales: numerosas placas ateroscleróticas calcificadas, de predominio en abdominal y arterias ilíacas. Placa complicada fragmentada en aorta abdominal en su bifurcación a arterias ilíacas comunes. Se identifica balón de contrapulsación en aorta hasta ilíaca izquierda.

Arterias coronarias: tronco común: estenosis de la luz del 65% por placa de ateroma.

Arteria descendente anterior: oclusión proximal, medial y distal del 90% de la luz vascular por placa de ateroma calcificada,

Arteria circunfleja: estenosis proximal, medial y distal del 60% de la luz vascular por placa de ateroma calcificada.

Arteria coronaria derecha: dilatación proximal marcada de la luz vascular de hasta 8mm de diámetro. Estenosis medial y distal del 70% de la luz vascular por placa de ateroma.

Ventrículo izquierdo: zonas blanquecinas parcheadas que se extienden por la pared anterior del ventrículo izquierdo, sin identificarse cicatrices ni zonas de necrosis.

Intestino delgado: zona de adelgazamiento parietal severo y coloración negruzca desde 25 cm hasta 65 cm de la unión gastroduodenal.

- Datos microscópicos:

Pulmones: infiltrado inflamatorio agudo y crónico de pulmones y bronquios principales. Hifas en luz bronquial sugestivas de aspergillosis.

Corazón: miocitos hipertróficos con núcleos hipercromáticos, zonas de fibrosis intersticial y edema que se distribuyen de forma parcheada en pared anterolateral y ápex.

Arterias coronarias: placas ateromatosas con calcificaciones en arteria coronaria derecha e izquierda, descendente anterior y circunfleja.

Arterias aorto-iliacas: placas de ateroma con calcificaciones.

Intestino delgado: necrosis coagulativa en mucosa, submucosa y muscular propia continua desde 25 cm de la unión gastroduodenal a 65 cm.

**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 incorporó al expediente la historia clínica y, en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 79 y 81.1 de la LPAC, se aportó también el informe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico San Carlos de 7 de mayo de 2020, que relata la asistencia sanitaria dispensada al paciente durante su ingreso en el referido servicio y señala, entre otras

conclusiones que “a nuestro juicio, existen pocas dudas de que la causa del fallecimiento de D..., y que ocurre en el domicilio del paciente, es una muerte eléctrica por fibrilación ventricular en el seno de un síndrome coronario agudo, en un paciente con lesiones coronarias severas/críticas, convaleciente de una neumonía por gripe A”.

Posteriormente, con fecha 17 de marzo de 2022, se emite informe por parte de la Inspección Sanitaria que, tras examinar la historia clínica, los informes emitidos en el curso del procedimiento y efectuar las oportunas consideraciones médicas, considera ajustada a la *lex artis* la atención sanitaria dispensada al paciente en el Hospital Clínico San Carlos.

Concluida la instrucción del procedimiento, y por oficio de 1 de abril de 2022, se da traslado del expediente para alegaciones a las reclamantes, quienes, por medio de su representación legal, presentan escrito de 25 de abril de 2022 en el que muestran su disconformidad con las conclusiones del informe de la Inspección Sanitaria, reiteran el contenido de su reclamación y señalan que, además de una clara quiebra de la *lex artis*, concurre en el presente supuesto una pérdida de oportunidad y un daño antijurídico.

Finalmente, con fecha 27 de mayo de 2022, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública, formula propuesta de resolución que desestima la reclamación al considerar que la asistencia sanitaria dispensada es conforme a la *lex artis* y el daño reclamado no resulta antijurídico.

**CUARTO.-** El 31 de mayo de 2022 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid solicitud de dictamen en relación con la presente reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 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 5 de julio de 2022.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

### **CONSIDERACIONES DE DERECHO**

**PRIMERA.-** La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros, y a solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se regula en la LPAC, dado que este procedimiento se incoó a raíz de la reclamación formulada con posterioridad a la entrada en vigor de dicha norma.

Las reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 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), por el indudable daño moral que ocasiona el fallecimiento de su respectivo esposo y padre. Acreditan su relación de parentesco mediante la aportación de la correspondiente copia del libro de familia.

En lo concerniente a la legitimación pasiva para soportar la reclamación, le corresponde a la Comunidad de Madrid, ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende se atribuye a la asistencia prestada en un centro público hospitalario de su red asistencial, el Hospital Clínico San Carlos.

En relación con 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 presente caso, tal plazo habrá de computarse desde la fecha de fallecimiento del familiar de las reclamantes que, tal y como consta en el certificado de defunción aportado al expediente, tuvo lugar el 17 de abril de 2019. En consecuencia, la reclamación, presentada el 30 de marzo de 2020, ha sido formulada en plazo.

En cuanto al procedimiento, se ha recabado informe del centro sanitario implicado en el proceso asistencial del familiar de las reclamantes contra el que dirigen sus reproches y, en tal sentido, consta en el expediente el informe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico San Carlos. También ha emitido informe la Inspección Sanitaria, posteriormente se ha dado traslado del expediente a las reclamantes para alegaciones y se ha dictado la correspondiente propuesta de resolución.

Cabe señalar que, inicialmente, las reclamantes dirigen sus reproches contra la atención dispensada al paciente tanto por la Unidad de Cuidados Intensivos del centro hospitalario como por el propio Servicio de Medicina Interna, sin que conste en el expediente que aquella unidad haya emitido informe en contestación a tales reproches. No obstante, no se estima necesaria la retroacción del procedimiento por tal causa pues, por un lado, las reclamantes, a la vista del expediente instruido, no han alegado sobre tal omisión en el trámite correspondiente y, especialmente, porque la evolución clínica del paciente durante su estancia hospitalaria ha sido controlada principalmente por el citado Servicio de Medicina Interna, que

aporta en su informe elementos de juicio suficiente para el adecuado análisis de la actuación sanitaria controvertida.

**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.-** Las reclamantes reprochan a la sanidad pública el incorrecto manejo del paciente y la infravaloración de la sintomatología, que conllevó un retraso en el diagnóstico, pues el paciente mostró, según afirman, síntomas compatibles con un problema intestinal, problema que, finalmente, resultó en una isquemia intestinal, que provocó su fallecimiento.

Por tanto, en este caso, la imputación del daño al servicio público se objetiva como omisión de medios y la determinación de si se adoptaron las medidas necesarias para llegar al diagnóstico de la enfermedad y si los facultativos implicados en el proceso asistencial del paciente actuaron conforme a la *lex artis* se convierte en la cuestión a examinar.

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

Al respecto, la Sentencia del Tribunal Supremo de 16 de marzo de 2016 (recurso de casación 2228/2014) destaca que *“la asistencia sanitaria es una obligación de medios y no de resultados, de modo que no puede apreciarse responsabilidad cuando se han empleado las técnicas y los instrumentos de que se dispone. Y es precisamente lo acaecido en este caso,*

*en el que se han ido poniendo los medios adecuados, realizando pruebas diagnósticas, acordes con lo que sugerían, desde el punto de vista médico, las diferentes dolencias del recurrente”.*

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

Además, lo que procede es un empleo de medios ordinarios y diligencia para cerciorarse de los diagnósticos que se sospechen, sin que se exija la realización de todas las pruebas diagnósticas que pudieran llevarse a cabo, sino las adecuadas a los síntomas que presente el paciente, para su correcto tratamiento inmediato, derivación o seguimiento. En este punto cabe traer a colación lo expresado en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 28 de abril de 2017 (recurso 133/2014) cuando señala que *“los servicios médicos sanitarios públicos actúan y proponen medios diagnósticos a la vista de los síntomas que los pacientes refieren, pues no es admisible que quien entra en el Servicio de Urgencias o en otras dependencias agoten sin más indicios todas las múltiples pruebas diagnósticas y múltiples patologías sin que los síntomas que se tengan exijan su realización”.*

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. En este sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de junio de 2017 (recurso 909/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Son, por tanto, las reclamantes quienes han de probar mediante medios idóneos que la asistencia prestada a la paciente no fue conforme a la *lex artis*, entendiendo por medios probatorios idóneos según la Sentencia de 15 de noviembre de 2018 del Tribunal Superior de Madrid (recurso: 462/2017) *“los informes periciales e informes técnicos incorporados a los autos y al expediente administrativo, pues se está ante una cuestión eminentemente técnica y en los cuales necesariamente debe apoyarse el tribunal a la hora de resolver las cuestiones planteadas”*.

Pues bien, en este caso las reclamantes no han incorporado al procedimiento ningún tipo de acreditación de que la atención que fue dispensada a la paciente fuera incorrecta o inadecuada, sin que sirvan a este propósito las afirmaciones contenidas en el escrito de reclamación sin sustento probatorio alguno. Ante esta falta de esfuerzo probatorio, los informes de los servicios que intervinieron en la asistencia sanitaria prestada a la paciente y, especialmente, el informe de la Inspección Sanitaria, sostienen que la atención dispensada fue conforme a la *lex artis*.

Así, con respecto la supuesta sintomatología del paciente, reveladora de una patología digestiva, el Servicio de Medicina Interna del centro hospitalario, con apoyo en la propia historia clínica, hace constar como ya el paciente, cuando acude el 30 de enero de 2019 a Urgencias del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz *“niega dolor abdominal. En la exploración física el abdomen es blando, depresible sin dolor a la palpación”*. De igual modo, en la UCI del Hospital Clínico San Carlos, donde permanece ingresado entre el 31 de enero y el 5 de marzo de 2019, se le realiza un TAC de tórax el 18 de febrero de 2019 y *“en los cortes de abdomen incluidos en el estudio no se visualizan alteraciones significativas”*. Más aun, trasladado a la planta de Medicina Interna, donde permanece ingresado entre el 5 y el 13 de marzo de 2019, el paciente presenta *“buena ingesta oral. Deposición diaria sin restos patológicos... durante su estancia en planta está estable, asintomático, con evolución satisfactoria, tolera vía oral, respira aire ambiente y camina sin ayuda”*.

La historia clínica posterior tampoco constata la existencia de los citados síntomas digestivos que refieren las reclamantes pues, como bien afirma la propia Inspección Sanitaria en su informe, *“los antecedentes digestivos que se mencionan en la reclamación están incluidos en el apartado de Atención Primaria de la historia clínica de UCI. Se refieren a la diverticulosis de colon diagnosticada en 1997 y colectomía de sigma en 1999, por lo que el paciente realizaba seguimiento en el Servicio de Aparato Digestivo del HCSC con colonoscopias de control, hasta la última realizada en 2014 que no mostraba alteraciones. Fue dado de alta por estar asintomático, con recomendación de realizar una colonoscopia cada 4-5 años. Así consta en el informe de Aparato Digestivo de 16 de julio de 2014. En la historia clínica de Atención Primaria figura que el 21 de enero de 2019 el médico de Atención Primaria solicita nueva colonoscopia de rutina sin referencia a ningún síntoma digestivo...”*. Pero, incluso, la propia Inspección Sanitaria descarta una eventual relación entre tales antecedentes y la evolución posterior al afirmar que *“la diverticulosis de colon y el infarto isquémico intestinal son entidades nosológicas distintas sin relación etiopatogénica”*.

Además, tanto el Servicio de Medicina Interna como la Inspección Sanitaria coinciden en la verdadera causa determinante del fallecimiento del paciente, pues, en palabras del referido servicio *“en la necropsia se encuentran datos de lesiones coronarias por aterosclerosis severas: el tronco común tiene una estenosis del 65% (se considera severa), la arteria descendente anterior una estenosis del 90% (se considera crítica) y las arterias circunfleja y derecha estenosis del 60% y 70% respectivamente (se considera severa)”*, y ambos también coinciden en indicar que existe una evidencia científica, descrita ampliamente en la literatura médica, de la relación que existe entre la neumonía por virus de la gripe A, como la diagnosticada al paciente, y los eventos cardiovasculares (infarto agudo de miocardio, arritmias e insuficiencias cardíacas).

En todo caso, la Inspección Sanitaria, de modo similar al indicado en el informe del Servicio de Medicina Interna, aporta una explicación médica al infarto isquémico de intestino delgado recogido en la necropsia del paciente pues, dado que la duración estimada de la parada cardiorrespiratoria fue de 90 minutos (15 minutos hasta la llegada del SUMMA 112 al domicilio y 75 minutos de reanimación cardiopulmonar avanzada), la falta prolongada de riego sanguíneo al intestino habría ocasionado secundariamente el infarto agudo isquémico de yeyuno, a lo que cabría añadir la aterosclerosis de aorta abdominal, con placas ateromatosas calcificadas y placa complicada fragmentada en su bifurcación a arterias ilíacas.

En definitiva, como concluye la propia Inspección en su informe *“se considera que el proceso de diagnóstico y tratamiento de la patología de extrema gravedad que afectaba a D. .. fue adecuado a “lex artis”*.

Conclusión a las que debemos atenernos dado que el informe de la Inspección Sanitaria obedece a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 22 de junio de 2017 (recurso 1405/2012):

*“...sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis, puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del médico inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”*.

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

## **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la reclamación presentada al no haberse acreditado la existencia de mala praxis en la atención dispensada al paciente en el Hospital Clínico San Carlos.

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 5 de julio de 2022

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 440/22

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid