

Dictamen n.º: **213/25**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **23.04.25**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 23 de abril de 2025, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por D., Dña., Dña., Dña. y D., por los daños y perjuicios sufridos por el fallecimiento de su familiar, Dña., que atribuye a la defectuosa asistencia sanitaria dispensada por el Hospital Universitario Severo Ochoa, de Leganés, en el tratamiento de una leucemia mieloblástica aguda.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado en el registro de la Agencia Tributaria, dirigido al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) el día 30 de junio de 2023, los interesados citados en el encabezamiento del presente dictamen formulan reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos por la defectuosa asistencia sanitaria dispensada a su familiar por el Hospital Universitario Severo Ochoa, en el tratamiento de una leucemia mieloblástica aguda (folios 1 a 20 del expediente administrativo).

Según refiere el escrito de reclamación, su familiar, que padecía una leucemia mieloblástica aguda, en mayo de 2022, fue diagnosticada de recaída tumoral, iniciándose tratamiento con azacitidina el día 6 de mayo de 2022. Exponen que entre los días 15 y 21 de julio de 2022, hubo de permanecer ingresada a cargo del Servicio de Medicina Interna por cuadro de infección respiratoria por coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Alegan que el Servicio de Hematología decidió tratamiento de segunda línea con azacitidina y venetoclax, por lo que se solicitó la colocación de catéter con reservorio subcutáneo que tuvo lugar el día 27 de julio de 2022, para iniciar su tercer ciclo el día 17 de agosto siguiente. Alegan que hubo un error en el catéter implantado, pues se procedió a la implantación de un catéter Hickman, en vez de catéter tipo reservorio port-a-cath, y que, ese mismo día, constatado el error, se procedió a la retirada del mismo, volviendo la paciente a su domicilio sin catéter alguno y se les vuelve a citar para la colocación del nuevo catéter el día 3 de agosto de 2022.

Los reclamantes reprochan que la colocación del nuevo catéter tipo port-a-cath se realizó, sin consentimiento informado, por el Servicio de Radiología Intervencionista sobre el mismo territorio vascular (vena yugular derecha), pese a la presencia de equimosis en la zona de catéter previo tipo Hickman y manifiestan que una doctora de Hematología comentó a los familiares su discrepancia con este cambio de catéter, pues los puntos de la anterior intervención estaban sensibles y la zona enrojecida para volver a abrir.

Señalan que, el día 5 de agosto siguiente, la paciente comenzó con síntomas de fiebre, acudiendo al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Severo Ochoa, presentando a la exploración signos inflamatorios a nivel de colocación del catéter venoso central, acordándose su ingreso a cargo del Servicio de Hematología, iniciando tratamiento antibiótico con meropenem y daptomicina y programándose la retirada del port-a-cath para el día 8 de agosto de 2022 porque en el

fin de semana no había personal para realizar dicha intervención, a pesar de la situación de urgencia.

Según el escrito de reclamación, el día 8 de agosto de 2022, tras la intervención para la retirada del catéter, la paciente presentó una parada cardiorrespiratoria, precisando asistencia urgente por el Servicio de Medicina Intensiva y por los facultativos de guardia que, según los reclamantes, tardaron *“mucho tiempo en reaccionar y en asistir a la fallecida dado que no había oxígeno en la habitación, no había máquinas de reanimación en la planta, debiendo acudir a otras plantas del hospital”*. Refieren que, tras 15 minutos de maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada, la paciente recuperó el ritmo cardíaco, procediendo a la intubación orotraqueal y a su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos, donde permaneció hasta el día 21 de agosto de 2022.

Los interesados reprochan en relación con la asistencia por dicha unidad que, habiéndose recabado su consentimiento para la realización de una traqueostomía percutánea a la paciente, no se realizó esta hasta cinco días después de su ingreso justificándose en la falta de logística en el hospital y de médicos para realizarla. Además, una vez realizada la traqueostomía, la paciente presentó un cuadro de neumonía bilateral, bacteremia e infección urinaria por enterobacterias, por lo que, ante la mala evolución y ausencia de mejoría se acordó limitar el esfuerzo terapéutico, falleciendo el día 22 de agosto de 2022. Consideran que:

“(…), no se demuestra ni que se pusiera toda la diligencia debida para emitir una actuación adecuada en la fallecida, pese a los medios y conocimientos disponibles, ni que el tratamiento aplicado, fuese el idóneo y ajustado a los medios y técnicas que estaban a disposición de la Administración sanitaria”.

Refieren, además, que hubo una pérdida de oportunidad, pues privó a la paciente de determinadas expectativas.

Reprochan también la ausencia de información a la paciente y del consentimiento informado *“de las prácticas que deberían haberle efectuado y no fueron ejercitadas”*. En este sentido, dice que el consentimiento informado para la primera intervención del día 27 de julio para la implantación del catéter erróneo está firmado por la fallecida sin plena conciencia de sus actos y el segundo consentimiento para la implantación de la retirada del catéter e implantación del correcto, no está firmado, por lo que no hubo consentimiento informado para dicha intervención.

Los interesados solicitan una indemnización, de acuerdo con el baremo establecido por la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, de 242.797,13 euros, cantidad resultante de la suma de 115.185,82 euros para el cónyuge viudo, 21.940,21 euros para cada una de las dos hermanas mayores de 30 años que no convivían con la causante, 54.550,52 euros para la tercera de las hermanas, mayor de 30 años, que convivía con la causante y, finalmente, 29.180,47 euros para el hermano, también mayor de 30 años y no conviviente, pero que se le incrementa su indemnización por tener un grado de discapacidad del 33%.

Proponen como prueba, además de la documental y pericial aportada, la declaración de cada uno de los reclamantes.

Se acompaña el escrito de reclamación con los informes médicos e historia clínica de la paciente, con un informe médico pericial, con el DNI de los reclamantes y copia del libro de familia. Entre la documentación aportada por los reclamantes figura un documento de consentimiento informado para la colocación de catéter venoso central y/o reservorio subcutáneo de 3 de agosto de 2022 firmado por el médico

informante, pero no por la paciente (folios 57 a 59), así como un documento de consentimiento informado para colocación de catéter venoso central y/o reservorio subcutáneo, de fecha 27 de julio de 2022, este sí firmado por el médico informante y por la paciente. El contenido de ambos documentos es idéntico y recoge como riesgo la *“infección local o generalizada que generalmente cede con antibióticos pero que, a veces requiere la extracción del catéter o del reservorio”*.

Requeridos por la Administración para que aportaran el certificado de defunción de la paciente, el día 27 de julio de 2023, una de las reclamantes presenta el citado documento en el registro de la Agencia Tributaria.

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

La paciente, nacida en 1945, con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia, había sido diagnosticada de leucemia mieloblástica aguda M2 de la FAB (clasificación de tumores del grupo cooperativo Franco-Americano-Británico) con cambios relacionados con la displasia WT1 Pos, con cariotipo normal diagnosticada en diciembre de 2020.

Inicia tratamiento de inducción con Vyxeos el 23 de diciembre de 2020 alcanzando remisión completa. Recibe primera consolidación con Vyxeos el 12 de febrero de 2021. Recibe segunda consolidación con Vyxeos el día 6 de abril de 2021. En reevaluación fin tratamiento, se objetiva remisión completa. Desde ese momento mantiene seguimiento en consultas externas sin tratamiento alguno.

En mayo 2022 se objetivó recaída en la enfermedad, iniciándose tratamiento con azacitidina subcutánea el día 6 de junio de 2022, con la idea de añadir Venetoclax cuando fuera aprobado.

Con fecha 15 de julio de 2022, la paciente acudió a Urgencias del Hospital Universitario Severo Ochoa:

“Mujer de 77 años que acude por malestar general e inapetencia desde esta mañana. Ha acudido a Centro de Salud esta mañana, presentando hematuria ++ en analítica de orina. Refiere fiebre de hasta 38.3°C hoy, que ha cedido tras paracetamol. Disnea sin dolor torácico. Odinofagia y cefalea. Dolor abdominal generalizado, no náuseas ni vómitos ni diarrea. No otra sintomatología en la anamnesis por aparatos.

AP: Hipertensión arterial. Dislipemia. Leucemia Mieloblastica Aguda M2 FAB, con recaída en Mayo/22. Infarto lacunar. Cuadros confusionales nocturnos de etiología incierta, no impresionan de comiciales. En algún caso parece que con componente farmacológico. Cefalea tensional.

Situación basal: IABVD. Vacunación COVID tres dosis, última en 12/2021.

Exploración física: Buen estado general. AP: MVC sin ruidos sobreañadidos. Resto normal.

Diagnóstico principal: infección covid + neutropenia febril en paciente con Leucemia Mieloblastica Aguda M2 FAB”.

La paciente quedó ingresada a cargo de Medicina Interna con aislamiento absoluto, *“a pesar de que el tema COVID es leve y el mayor riesgo que presenta la paciente es desde el punto de vista hematológico, así como el tratamiento que va a precisar. - Mantengo Meropenem y resto de tratamiento indicado por Hematología, y dejo ya solicitada ITC a Hematología para seguimiento conjunto durante el ingreso”.*

Realizada interconsulta al Servicio de Hematología, al tratarse de una una paciente de riesgo covid +, sin neumonía, se recomendó inicio de tratamiento con Paxlovid (Nimatrelvir de 300 mg; 2 comprimidos de 150mg, y ritonavir de 100 mg) cada 12h durante 5 días. Además, al ser una paciente con neutropenia se recomendó cubrir posible infección bacteriana con Meropenem 1g/8h y sueroterapia intensa.

El día 19 de julio de 2022, se solicitó inserción periférica de catéter central (PICC) para reintroducir su tratamiento para la leucemia mieloblástica aguda.

El día 21 de julio de 2022, ante la buena evolución clínica y analítica de la paciente, se decidió el alta hospitalaria tras completar tratamiento con paxlovid y meropenem durante 7 días por neutropenia febril.

Con fecha 27 de julio de 2022 (folio 321, en el folio figura por error 9 de agosto), la paciente acudió al Servicio de Hematología para colocación de catéter: *«inicialmente hablado con Dra (...) colocación de port-a-cath. No veo informes donde se especifique y ante desconocimiento me avisan desde vascular y doy orden de colocar Hickman dada la situación clínica de la paciente de período de postconvalecencia COVID y neutropenia en analítica bajo criterio médico. Cuando la paciente regresa del procedimiento, la familia acude a consulta, reclamando una explicación de por qué se le ha colocado Hickman en vez de port-a-cath. “Esto no es lo que habíamos pedido, exijo una explicación y me veré obligada a poner una reclamación, ya que no es lo que dijimos y se habló con la doctora de Hospital de Día” palabras literales.*

Explico ventajas e inconvenientes en relación a los dos tipos de catéteres. Exigen explicación hablan de reclamación hacia el responsable. Hablo con vascular que me ofrecen retirada de Hickman recién colocado y posterior colocación en unos días de port-a-cath. Explico a la familia,

ahora dudan de si uno u otro. Finalmente deciden port-a-cath y se deja citas y cama reservada para Hospital de Día (HDD) el 3/08 previa PCR”.

En los folios 689 y 690 del expediente se refleja que el día 27 de julio de 2022, a las 10:31 horas, se realizó la implantación de la vía venosa central, catéter Hickman derecho, y ese mismo día, a las 14:20 horas se procedió a la retirada del mismo.

El día 3 de agosto de 2022 acudió al Servicio de Hematología. *“Hoy viene tras alta por neumonía covid 14/7/22. Aún PCR positiva. Hoy le colocan port-a-cath. Lllaman de Rayos. Recomiendan antibioterapia profiláctica por manipulación en la canalización CVC. Hb 7.6. Se transfunde 1.5 ch y pospongo inicio de aza venetoclax al 17/8 con nueva PCR Covid”.*

Se coloca dispositivo port-a-cath sin incidencias. Se transfunde medio concentrado de hematíes previo a subir a colocarse el paciente, el resto de la bolsa queda en la Unidad, la paciente vuelve a las 15.30. Transfundimos el segundo concentrado de hematíes tras comprobar con Banco de Sangre que el resto de la primera bolsa no se debía administrar”.

El día 6 de agosto de 2022, la paciente acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Severo Ochoa:

“Paciente con leucemia en tto que le implantaron port-a-cath hace 2 días y ha ido esta mañana al Centro de Salud por inflamación y enrojecimiento. Fiebre esta noche de hasta 38.8°C. Covid + hace 3 semanas.

Niega fiebre en los días previos, no tos ni expectoración. Sí rinorrea. No disnea ni dolor torácico. No palpitaciones, no cefalea. No clínica miccional. No alteraciones del ritmo intestinal. No síntomas ni datos de infección a otros niveles.

A nivel cutáneo se observa: eritema e induración en herida del CVC. Aumento ligero de la temperatura local y dolor a la palpación. No crepitación, no fluctuación.

Exploración física general T^a: 37°C, TA: 117/67 mmHg, FC: 98 lpm, SatO2 basal: 99%. REG, decaída. Despierta, consciente y alerta. Bien hidratada, perfundida y coloreada. Eupneica en reposo. AC: rítmica sin soplos AP: hipoventilación en base derecha, MVC en resto de campos pulmonares. No ruidos añadidos. ABD: RHA+, blando, globuloso y compresible. No doloroso a la palpación superficial ni profunda. No palpo masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal.

MMII: edema hasta tercio inferior de ambos MMII, con fóvea en zonas declives hasta tobillos (la paciente refiere son los suyos habituales)”.

Con el diagnóstico de probable infección de port-a-cath, inflamación y calor en sitio de inserción de reservorio, sin síntomas ni datos de infección a otros niveles, al tratarse de una paciente con inmunosupresión y teniendo como único factor de riesgo para infección reservorio subcutáneo, se decidió su ingreso en planta de Hematología y retirada del mismo el lunes 8 de agosto de 2022. Durante este tiempo se pautó tratamiento antibiótico para cubrir de manera empírica con Meropenem y Daptomicina.

El día 8 de agosto de 2022 se procedió a la retirada del catéter con reservorio subcutáneo por tunelitis e infección de este, con enrojecimiento de la piel y fiebre. Según refleja la historia clínica:

“A primera hora afebril, a las 9h sube a 37.8°C, administro paracetamol iv. En ayunas y preparada para retirada de port-a-cath. Le canalizarán también PICC.

Paciente y familia informados. Vuelve sobre las 12:30h. Presenta tiritona importante con T^a de 35°C que no sube tras comprobar varias veces. Paro perfusión de plaquetas que traía colgadas de Rayos vascular, prácticamente la bolsa entera. Comento con su médico que me indica administrar una ampolla de nolotil iv. TA previa 180/90. Los escalofríos van cediendo. Al poco rato llegan sus familiares (hijo y marido), desean información médica sobre cómo ha ido el procedimiento. Explico lo acontecido.

A los 15 min me dicen que la encuentran demasiado dormida. Cuando entro, está parada. Aviso hematólogo de guardia y UCI. Se realiza RCP durante 15 minutos saliendo de la parada.

Se intuba en planta. Se administran 5 adrenalinas seriadas, 3mg de atropina, 200ml de bicarbonato 1M. Nimbex para sedar y cloruro mórfico 1 ampolla. 500CC de SF rápida. Se extrae Gasometría venosa. Se lleva UCI a las 14:00h”.

Se realizó cultivo de plaquetas transfundidas resultando estéril a los 5 días, descartándose reacción transfusional por contaminación de plaquetas.

Según el informe de la UCI: *“paciente con sedación profunda, afebril, palidez mucocutánea, sin trabajo respiratorio, buena tolerancia a ventilación mecánica.*

Región pectoral derecho en cuadrante supero externo a nivel de herida del catéter venoso central (CVC) presencia de herida y en área perilesional eritema e induración con aumento de la temperatura local. No crepitación, no fluctuación. Previamente cubierto con apósito manchado con secreción serohematopurulenta. Corazón: ruidos cardíacos rítmicos y rápidos, sin soplos. Pulmones: hipoventilación en base derecha, murmullo vesicular conservado en resto de campos pulmonares. Crepitantes bilaterales diseminados. Abdomen: blando, globuloso, depresible. No

palpo masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal. Ruidos hidroaéreos presentes.

Diagnóstico sospecha principal: parada cardiorrespiratoria recuperada. Bacteriemia, posiblemente secundaria a catéter venoso. Acidosis mixta con insuficiencia respiratoria aguda global secundaria a lo previo.

Otros diagnósticos: pancitopenia asociada a neutropenia secundaria a leucemia mieloblástica aguda con recaída actualmente en segunda línea de tratamiento. - Se inicia Noradrenalina a dosis baja 2 ml/h. - Sedación con: Midazolam en perfusión 3 ml/h, Remifentanilo a 5 ml/h”.

Una vez en UCI se canaliza catéter central y se retira el PICC portado por la posibilidad de derrame pericárdico secundario a perforación por el mismo. En las horas siguientes, no se detecta aumento del derrame y recupera la contractilidad miocárdica, al tiempo que se reduce la necesidad inicial de presor hasta desaparecer. La anuria y daño renal iniciales se recuperan igualmente. Se descubre y cura la herida del catéter subcutáneo retirado y se toman muestras del mismo. En espera de resultados microbiológicos, se mantiene antibioterapia con daptomicina, meropenem, ciprofloxacino y fluconazol. Precisa sedoanalgesia para adaptación a la ventilación mecánica.

Se mantuvo en situación de neuroprotección, y no desarrolló fracaso respiratorio ni de otro órgano, por lo que, tras 24 horas de estabilidad confirmada, se procedió a la retirada de la sedoanalgesia. Según refleja la historia clínica, la paciente “*emerge en GCS 8 (M6/V1/O1) con hemiparesia izquierda y desviación de la mirada hacia abajo y ese lado, conservación del impulso respiratorio y de los reflejos truncales. Puede mantenerse en respiración asistida. Se realizan TC craneal que descarta hemorragia cerebral o isquemia grosera, y EEG en la que no existe comicialidad*”.

En las siguientes jornadas no existió mejoría neurológica, pero tampoco empeoramiento de otra clase. A las 72 horas de su ingreso en UCI, se efectuó EEG pronóstico, que mostró enlentecimiento y pérdida de potencia eléctrica difusa. Se llevó a cabo RMN cerebral, que mostró necrosis cortical parcheada difusa, pero ausencia de afectación de tronco pese a lo sugerido por la semiología. “*No hay otro hallazgo microbiológico que SCNOR en el exudado de la herida, por lo que se puede retirar el meropenem*”. Sin mejoría neurológica, bajo aporte hemostásico transfusional, para facilitación del destete y manejo convencional, se somete a traqueostomía percutánea en las siguientes jornadas.

La evolución se complicó por la aparición de un nuevo repunte inflamatorio durante el que se detectó una neumonía bilateral, sin identificación microbiológica inicial en las secreciones, más una bacteriemia e infección urinaria por especies distintas de *Enterobacter*, por lo que se reasocia el meropenem. Ulteriormente se informó de crecimiento de *Aspergillus* en las muestras respiratorias, si bien sin elevación de marcadores fúngicos sistémicos. Dado el ominoso pronóstico neurológico de la paciente, se decidió no iniciar tratamiento activo ni maniobras diagnósticas invasivas.

En esta situación, el día 21 de agosto se decidió el traslado a la Unidad de Cuidados Paliativos para confort y acompañamiento familiar en las últimas horas. La paciente falleció al día siguiente, el 22 de agosto de 2022.

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 (LPAC).

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 de la LPAC, se ha incorporado al expediente un informe del Servicio de Hematología del Hospital Universitario Severo Ochoa, sin fechar, firmado por el jefe del

servicio y dos especialistas más, que relata la asistencia sanitaria prestada a la paciente y concluye:

“En resumen, Dña. (...) presentó una leucemia aguda de muy mal pronóstico, debido fundamentalmente a su edad al diagnóstico de 75 años, que fue tratada con una alta profesionalidad por todo el personal sanitario durante los 20 meses que fue atendida, tiempo de mayor duración sobre lo esperado para la supervivencia de la enfermedad que padecía y falleció debido a las diversas complicaciones infecciosas que ocurren habitualmente en los estadios terminales de los enfermos con leucemias agudas cuando se encuentran en recaída y son causa de su muerte”.

El día 30 de septiembre de 2023, emite informe el Servicio de Radiología del Hospital Universitario Severo Ochoa que tras efectuar un relato de los hechos, justifica la actuación realizada por dicho servicio y dice:

“Se han realizado las intervenciones prescritas por el especialista a RVI.

El catéter Hickman es el catéter implantado normalmente a este tipo de pacientes.

Existió una gran presión familiar para la retirada de un catéter funcional y su sustitución por otro a pesar de exponerles los riesgos de infección que dicha actuación entrañaba que se reflejó en el evolutivo de radiología en la Historia Clínica

La complicación de infección está descrita en el consentimiento informado firmado por la paciente. El riesgo es superior en este tipo de pacientes por su situación inmunitaria.

Todas las intervenciones se han realizado garantizando la asepsia en una unidad especializada y diseñada para tal fin.

Todos los procedimientos han pasado un checklist de seguridad en los que se han comprobado los consentimientos informados y situación de la paciente inmediatamente antes de la intervención. Adjunto ANEXO”.

El día 28 de agosto de 2023, emite informe el jefe de la Sección de Medicina Intensiva que relaciona y valora la asistencia prestada a la paciente por el citado servicio.

Asimismo, consta en el expediente la emisión de informe de la Inspección Sanitaria, de 13 de septiembre de 2024 que, tras analizar la asistencia prestada a la paciente, concluye:

“A la vista de todo lo actuado anteriormente, se concluye que no existe evidencia de que la asistencia médica prestada haya sido incorrecta o inadecuada a la “lex artis”, a excepción de no existir consentimiento informado firmado para la colocación del port-a-cath el día 03/08/22, si bien consta en la historia que se dio la información de forma verbal”.

Notificado el trámite de audiencia a los reclamantes, no consta en el expediente que hayan formulado alegaciones.

Con fecha 7 de marzo de 2025, la viceconsejera de Sanidad y directora general del SERMAS formuló propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación al considerar que no concurre la antijuridicidad del daño.

CUARTO.- Por escrito de la consejera de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 18 de marzo de 2025 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 160/25, a la letrada vocal Dña. Rocío Guerrero Ankersmit que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 23 de abril de 2025.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación, adecuadamente numerada y foliada, que se considera suficiente.

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 por solicitud de la consejera de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. 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 32.1 de la LRJSP, en cuanto familiares de la persona que recibió la asistencia sanitaria que considera incorrecta y cuyo fallecimiento le ocasionó un indudable daño moral. Se ha acreditado debidamente la relación de parentesco que liga a los reclamantes con la fallecida mediante copia del libro de familia.

En relación con la legitimación para reclamar por la falta de consentimiento informado para la intervención quirúrgica realizada el día 3 de agosto de 2022, la postura de este órgano consultivo ha sido considerar que, al tratarse de un derecho personalísimo de la causante, solo ésta puede ejercerlo en vida y, por tanto, si falleciera antes de su ejercicio, se habría extinguido y no resulta transmisible a sus herederos.

Se trata de una cuestión que dista de ser pacífica en nuestro derecho y fue objeto de análisis por esta Comisión Jurídica Asesora en su dictamen 47/23, del 2 de febrero de 2023, matizando su postura sobre la legitimación activa de los herederos del perjudicado para reclamar por los daños personalísimos sufridos por éste, antes de su fallecimiento, habiendo admitido esta posibilidad, de acuerdo con la Sentencia del Tribunal Supremo 141/2021, de 15 de marzo, dictada por el Pleno de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo, en el recurso extraordinario por infracción procesal n.º 1235/2018 (en adelante, STS 141/2021).

De los términos de la sentencia, resulta que no todo derecho al resarcimiento económico del daño personal sufrido por el causante y que está integrado en su patrimonio desde que lo sufre, es transmisible

a sus herederos, sino que es “*susceptible de ser transmitido*” para lo que es preciso que con carácter previo al fallecimiento del causante haya sido “*pericialmente determinado*”.

En este sentido, en el dictamen 416/24, de 4 de julio de 2024, se admitió la legitimación para reclamar del hijo de la paciente fallecida días después de sufrir una caída en la puerta giratoria de un hospital en cuanto que este, actuando en representación de su madre, había solicitado las imágenes de la cámara de seguridad del hospital, pidiendo expresamente que no fueran borradas y en las que se manifestaba la intención de la perjudicada de reclamar.

En apoyo de esta tesis, cabe citar la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 2), de 23 de enero de 2023 (recurso 97/2020), la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4^a, 28 de noviembre de 2023 y la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Galicia, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1 (recurso de apelación 494/2022), de 20 de marzo de 2024. Esta última, por ejemplo, dice:

“La idea que subyace en dicho razonamiento es que el daño moral es tan personal que no puede trascender a quien lo padece y, por tanto, la reclamación de indemnización por tales daños es intransmisible, ya que, como el bien o derecho dañado está fuera del comercio de los hombres, no cabe que su resarcimiento se transmita inter vivos ni mortis causa.”

Así, fallecida una persona, se extingue su personalidad jurídica y, por tanto, no puede nacer en su favor una pretensión de resarcimiento del daño, es decir, de ningún daño moral por los padecimientos experimentados en el pasado y en vida. Esa acción personalísima la hubiera podido ejercer en vida quien padeció ese

daño moral por el déficit de información e, incluso, se podría aceptar la sucesión en la reclamación si hubiera muerto antes de concluido el procedimiento administrativo.

No cabe reconocer legitimación activa a los herederos para reclamar ex novo, una vez fallecido el interesado, la indemnización de los perjuicios morales que a aquél le fueron irrogados, insistiendo en el matiz jurídico, relevante y esencial, de que diferente es el supuesto en que los daños morales reclamados por los herederos en el procedimiento son en nombre propio, y fundamentados en el impacto moral y psicológico por ellos sufrido.

El destinatario del consentimiento informado es el propio paciente. Es su voluntad y su decisión lo que cuenta. Quien sufre el daño moral por no haber dispuesto de información relevante en orden a tomar la disposición deseada es quien está legitimado, exclusivamente, para reclamar un resarcimiento por equivalencia a modo de indemnización”.

El Tribunal Superior de Justicia de Madrid, sin embargo, entre otras, en su Sentencia de 10 de noviembre de 2023, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Décima, (recurso 197/2022) admite la legitimación de los herederos para reclamar por el defecto de consentimiento informado. Según la citada sentencia:

«Estamos antes daños de naturaleza personal y, por tanto, solo pueden ser reclamados por aquellos que lo sufren y sus herederos y cita, al efecto, la Sentencia 249/2015, Sala 1ª de 20 de mayo, (rec. 1134/2013).

Consideramos la lesión por la quiebra de consentimiento consolidada (este es, a nuestro juicio, el concepto clave y supone la patrimonialización del valor resarcitorio) antes del fallecimiento. Esto supone conforme a la jurisprudencia civil, que se integra como un

crédito frente al responsable (en este caso la administración) que está comprendido en la herencia conforme al art. 659 Cc.

Así la STS, Sala 1ª en pleno, de 13 de Septiembre de 2012 dice " Esta sentencia fija como principio o regla que todas las indemnizaciones, tanto por daños fisiológicos en sentido estricto como por daños patrimoniales vinculados a estos (secuelas, daños morales complementarios y factor de corrección por perjuicios económicos), como por daños no patrimoniales (factor de corrección por incapacidad permanente) y finalistas (en caso de gran invalidez, adaptación de vehículo y vivienda, necesidad de ayuda de otra persona, daños morales a familiares) deben considerarse definitivamente incorporadas al patrimonio del perjudicado desde el momento del alta médica, lo que se traduce en que el fallecimiento posterior de la víctima no elimina dicho derecho ni justifica la reclamación de la indemnización ya percibida con fundamento en el enriquecimiento injusto (al existir causa legal para el desplazamiento patrimonial)".

Es decir, sin perjuicio que el derecho a la autodeterminación médica o sanitaria (art. 8.1 y 9 L. 41/2002) pueda ser un derecho personalísimo derivado de la autodisposición sobre su propio cuerpo (art. 15 CE y doctrina del TEDH sobre el art. 2 y 8 CEDH), no menos cierto es que las quiebras a este tipo de situaciones supondrían una lesión traducible a términos económicos que tiene, como todo perjuicio a los derechos de este tipo, una notable complejidad. Ahora bien, el hecho de que sea de compleja cuantificación no significa que no tenga una traducción económica en cuanto a crédito resarcitorio que es exigible desde el mismo momento en que esta se produce conforme al art. 32.1 y 34.1 LRJSP.

Además, piénsese, que el TEDH ha señalado que este tipo de cuestiones inciden sobre el derecho a la integridad corporal,

suponiendo un menoscabo físico para el perjudicado. Sirva la STEDH de 8 de marzo de 2022, Reyes Jiménez c. España (rec. 57020/2018) que nos dice (traducción del texto original en francés) “36. El Tribunal ya ha destacado la importancia del consentimiento de los pacientes y el hecho de que la ausencia de dicho consentimiento puede constituir un ataque a la integridad física de la persona en cuestión (véanse los párrafos 29 y 30 supra). Cualquier desconocimiento por parte del personal médico del derecho del paciente a ser debidamente informado puede generar la responsabilidad del Estado al respecto (Csoma, citado supra, § 48). La Corte destaca que si bien la propia Convención no establece ninguna forma particular de tal consentimiento, cuando el derecho interno establece ciertos requisitos expresos, estos deben ser cumplidos para que la injerencias considere prescrita por la ley (compárese con G.H. c. Hungría, citado anteriormente, § 22)”.

b.- Aceptar la interpretación que nos propone la comisión jurídica asesora y la resolución impugnada supondría generar una zona de inmunidad para la administración en la medida en que cuando se produce un resultado de muerte del paciente, no podría ser exigida la responsabilidad que reconoce para toda actuación de los poderes públicos el art. 9.3 CE, quebrando con ello principios básicos del ordenamiento jurídico».

Esta posición sobre la legitimación de los herederos para reclamar por los daños personalísimos del causante, incluido el defecto del consentimiento informado, se ha mantenido por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, entre otras, en sus sentencias de 21 de abril de 2023 (recurso 356/2022), 31 de enero de 2024 (recurso 804/2021) y 18 de marzo de 2024 (recurso 234/2022).

No obstante, en la Sentencia de 17 de abril de 2023 (recurso 1183/2023), del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en un

supuesto en el que los padres del paciente fallecido habían legado a su nieto, en testamento, *“el pleno dominio de la cantidad que pudiere recibirse en concepto de indemnización por parte del Hospital (...), ante la que se ha interpuesto reclamación judicial, o en su caso, desde el Área de Responsabilidad Patrimonial, Secretaría General del Servicio Madrileño de Salud de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, o cualesquiera otro organismo similar, por el tratamiento llevado en el ámbito sanitario con D. (...) (fallecido por cáncer)”*, después de afirmar que *“el daño derivado de la falta de información a los padres constituye una manifestación del funcionamiento anormal del servicio sanitario y un daño moral que afecta al derecho a la autonomía del paciente, en este caso representado por sus padres, que la jurisprudencia califica como incumplimiento de la lex artis”*, el Tribunal considera que, como los padres del paciente fallecido, que vieron vulnerado su derecho a la información al no firmar documento de consentimiento informado alguno en relación con la intervención de su hijo, *“no formularon querrela, sino solo denuncia, y no se personaron posteriormente como partes de los procesos tramitados en los citados Juzgados de Instrucción, no cabe entender que hubieran ejercitado acción alguna, por lo que no pudieron transmitirla mortis causa”*.

En este último caso, por tanto, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid parece supeditar la transmisibilidad del derecho a reclamar por los daños personalísimos sufridos por los padres del paciente fallecido, por un defecto de información como es la falta del documento de consentimiento informado para la intervención, a su previa reclamación, como sostuvo esta Comisión Jurídica Asesora en su dictamen 581/22, de 11 de octubre, y es la postura que sostiene este órgano consultivo al considerar que el derecho a reclamar por los daños personalísimos del causante es transmisible siempre que la acción para reclamar haya sido ejercida por el causante fallecido o, por lo menos, como se resolvió en el

dictamen 416/24, antes citado, existan actos realizados en vida del causante fallecido que demuestren la voluntad de reclamar.

Como se puso de manifiesto en el dictamen 47/23, después de examinar la diversidad de posturas mantenidas por el Consejo de Estado y resto de órganos consultivos de las comunidades autónomas, así como de los distintos tribunales superiores de justicia, la fundamentación de la transmisibilidad del derecho a reclamar por los daños personalísimos del causante fallecido se apoya en la Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, 141/2021, de 15 de marzo, sin que haya habido un pronunciamiento de la Sala de lo Contencioso-Administrativo sobre esta polémica cuestión, pues en la Sentencia del Tribunal Supremo de 26 de marzo de 2012 (recurso 3531/2010) se limita a declarar el derecho de los recurrentes (padres, marido e hija) a ser indemnizados por daño moral por ausencia consentimiento informado, la suma de 60.000 euros, por el “*quebranto de la lex artis en la prestación del consentimiento informado al no haber sido instruida la paciente adecuadamente sobre los posibles riesgos derivados del parto por cesárea mediante la técnica de anestesia y el subsiguiente tratamiento profiláctico*”, más los daños derivados del fallecimiento de la paciente que se valoraron en 1.000.000 euros. Llama la atención en la citada sentencia que se indemnizara a los reclamantes (dos ascendientes, un descendiente y el cónyuge viudo) con 60.000 euros por el daño personalísimo de la ausencia de consentimiento informado de la paciente, porque si la transmisión del derecho a reclamar por la falta de consentimiento informado lo hubiera sido *iure hereditatis*, como es sabido, los ascendientes y los descendientes no concurren en la sucesión intestada y sin que figure en la sentencia que los reclamantes en ese caso aportaran copia del testamento de la finada.

La Sala de lo Contencioso-Administrativa del Tribunal Supremo, más recientemente, en su Sentencia de 4 de abril de 2024 (recurso 303/2022), en relación con las prestaciones personalísimas a las que

tiene derecho una persona a la que se le ha declarado la situación de dependencia y se encontraba pendiente de la aprobación del Programa Individual de Atención (PIA) ha declarado que el fallecimiento de aquel a quien se le reconoció el derecho a tener la condición de persona en situación de dependencia, obviamente extingue la percepción de las prestaciones una vez concretadas y aplicadas y que, si estando pendiente la aprobación del Programa Individual de Atención fallece el que ya es titular del derecho derivado de ser persona en situación de dependencia, cabe aceptar que nazca en favor de sus causahabientes un derecho de crédito si es que, entre tanto, han venido sosteniendo con sus medios lo que habría sido la prestación declarada como derecho, pero aún no concretada.

De acuerdo con la anterior doctrina, el derecho a reclamar por daños personalísimos quedará extinguido por el fallecimiento de su titular, sin perjuicio de que, estando pendiente de resolución una reclamación formulada por el causante antes de su fallecimiento, se reconozca, a sus herederos a subrogarse en el procedimiento en la posición del causante fallecido.

A falta de un pronunciamiento jurisprudencial unificador sobre la cuestión concretamente analizada, consideramos que las reclamantes carecen de legitimación activa para el ejercicio de la acción de responsabilidad patrimonial por los daños personalísimos de la paciente derivados de la supuesta ausencia del documento de consentimiento informado para la intervención quirúrgica realizada el 3 de agosto de 2022.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por el Hospital Universitario Severo Ochoa, centro integrado en la red pública sanitaria de la Comunidad de Madrid.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el presente caso, acaecido el fallecimiento de la paciente el día 22 de agosto de 2022, la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada el día 30 de junio de 2023, está formulada en plazo.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se han solicitado los informes preceptivos previstos en el artículo 81 de la LPAC, esto es, al Servicio de Hematología y Hemoterapia, al Servicio de Radiología y al Servicio de Medicina Intensiva, todos ellos del Hospital Universitario Severo Ochoa.

Se ha incorporado al expediente la historia clínica de la paciente, y consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria. Después de la incorporación de los anteriores informes, consta que se ha cumplimentado el trámite de audiencia a los reclamantes, que no han efectuado alegaciones y se ha dictado propuesta de resolución.

Por tanto, debe concluirse que la instrucción del procedimiento ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 106.2 de la Constitución Española, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos

por la ley, previsión desarrollada por la LRJSP en su título preliminar, capítulo IV, artículos 32 y siguientes.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 23 de junio de 2021 (recurso de casación 8419/2019), 21 de marzo de 2018 (recurso de casación 5006/2016), de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere:

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que *“es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo, 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996, 16 de noviembre de 1998, 20 de febrero, 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)”*.

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”*.

CUARTA.- En la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada *“lex artis”* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 5ª) de 23 de febrero de 2022 (recurso de casación 2560/2021), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal (por todas, sentencias de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación núm. 4397/2010) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010) que *«no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo*

razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente”, por lo que “si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido” ya que “la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”».

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, como señalan las sentencias de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010) y de 27 de abril de 2015, (recurso de casación núm. 2114/2013), en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales *“puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido”*, cabe entender conculcada la *lex artis*, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal.

QUINTA.- Aplicada la anterior doctrina al presente caso, resulta acreditado en el expediente el fallecimiento de una persona, que provoca un *“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).

Una vez determinado el daño en los términos expuestos, procede analizar la concurrencia de los demás requisitos necesarios para reconocer la existencia de responsabilidad patrimonial.

Los reclamantes reprochan la asistencia sanitaria prestada a su familiar por el Hospital Universitario Severo Ochoa, al entender que hubo un error el día 27 de julio de 2022 en la colocación del catéter al haber procedido a la implantación de un catéter tipo Hickman y no el catéter tipo reservorio port-a-cath que, según refieren, estaba indicado por la doctora del Hospital de Día, por lo que fue necesario proceder a la retirada del dispositivo implantado el mismo día, 27 de julio, y a la colocación del correcto el día 3 de agosto siguiente. Alegan, además, que el documento de consentimiento informado para esta nueva intervención, no está firmado por la paciente, sino solo por el médico informante.

Además, los reclamantes consideran que, una vez diagnosticada la infección del catéter central el día 5 de agosto, no se procedió a la intervención inmediata para su retirada, demorándose la intervención hasta el día 8 de agosto.

Reprochan también que, cuando la paciente sufrió la parada cardiorrespiratoria, el Servicio de Medicina Intensiva y los facultativos de guardia, tardaron mucho tiempo en reaccionar y asistir a la paciente.

Por último, alegan que, ya en la UCI, prestado el consentimiento informado para realizar a la paciente una traqueostomía percutánea para evitar neumonía, esta no se realizó hasta cinco días después, presentando la paciente, una vez realizada la citada intervención, una neumonía bilateral, bacteriemia e infección urinaria por enterobacterias.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron al paciente, debemos partir de lo que constituye regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación.

En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 16 de enero de 2025 (recurso 270/2022) dice que *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados”*.

El informe pericial aportado por los reclamantes, firmado por un especialista en Cirugía General y de Aparato Digestivo, de 31 de octubre de 2022 concluye:

“1. Existió un error en la colocación del catéter venoso central, siendo el indicado por Hematología el reservorio tipo Porth-a-cath y no el catéter tipo Hickman.

2. El catéter tipo Hickman no era el catéter adecuado debido al alto riesgo de infección y cuidados por parte de enfermería en comparación con el reservorio tipo Porth-a-cath.

3. La manipulación repetida sobre el mismo acceso venoso (vena yugular derecha), se realizó sobre una zona ya manipulada en la que había existido la implantación de un cuerpo extraño (catéter

Hickman) además de presentar signos inflamatorios locales, predictores de infección/contaminación.

4. El cambio de tipo de catéter fue por prescripción facultativa y criterio médico y no por deseo de los familiares de Dña (...).

5. La colocación del reservorio tipo Porth-a-Cath debió realizarse en otra región anatómica diferente, por ejemplo región venosa yugular izquierda, para disminuir el riesgo de infección y posterior desarrollo de sepsis por catéter.

6. Dña. (...) era una paciente inmunosuprimida, paciente de riesgo para el desarrollo de infecciones y debió haberse disminuido en todo lo posible la contaminación de cualquier catéter.

7. Dña. (...) desarrolló una sepsis por catéter con evolución tórpida, cursando exitus el 22/08/2022”.

Es doctrina reiterada de esta Comisión Jurídica Asesora (v. gr. 397/20, de 22 de septiembre; 223/16, de 23 de junio; 460/16, de 13 de octubre y 331/19, de 12 de septiembre), que ante la existencia de informes periciales contradictorios -como ocurre en este caso, en que el dictamen de parte resulta contradictorio con el informe de los servicios afectados y el de la Inspección Sanitaria-; la valoración conjunta de la prueba pericial debe realizarse, 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.

La Sentencia de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de febrero de 2016 (recurso 1002/2013) señala al respecto que *“las pruebas periciales no acreditan irrefutablemente un hecho, sino que 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 (...)”.

Aplicada la anterior doctrina al presente caso, frente al informe pericial de parte que califica de error la implantación de un catéter tipo Hickman, el Servicio de Radiología señala que no hubo tal error, porque el día del procedimiento se decidió con el hematólogo la colocación de este tipo catéter *“por considerar la mejor opción en las condiciones clínicas actuales de la paciente”* y precisa que este tipo de catéter se implanta normalmente a *“este tipo de pacientes”*, reflejando que la retirada de un catéter normofuncionante y su sustitución por otro, *“a pesar de exponerles los riesgos de infección que dicha actuación entrañaba”*, como queda reflejado en la historia clínica, fue consecuencia de la gran presión familiar.

En este sentido, conviene destacar que el propio informe pericial aportado por los reclamantes reconoce que los dos tipos de catéteres intravenosos, catéter tipo Hickman y port-a-cath, son válidos para la administración de quimioterapia sistémica en pacientes con neoplasia maligna sólida o hematológica, inclinándose el perito firmante por el segundo, *“de acuerdo a la literatura disponible”* porque *“por la diferencia en la infección del torrente sanguíneo (14 frente a 25 por ciento, respectivamente)*. No es posible, por tanto, hablar de error, que solo podría apreciarse en el caso de que estuviera contraindicado, lo que no ocurre en el presente supuesto.

En este sentido, el informe de la Inspección Sanitaria, tras describir las diferencias entre ambos sistemas indica que el catéter Hickman es el idóneo y, por tanto, más utilizado en pacientes oncohematológicos debido a la cantidad de perfusiones y de extracciones venosas que precisan los tratamientos de estos pacientes, del largo proceso del tratamiento y del fácil manejo por parte del paciente o familiar a su cuidado.

En ambos casos, el informe del médico inspector recoge como una posible complicación las infecciones y señala que, en el caso del port-a-cath, *“si la infección no puede ser tratada se debe valorar la retirada del catéter y la realización de un cultivo de la punta del mismo y de vía periférica”* y añade que, *“dependiendo del criterio médico o del germen colonizado, se procederá a la extracción o conservación del catéter con antibioterapia. Debe retirarse de forma obligatoria en el caso de estafilococo aureus o cándida. En el resto de casos se intentan rescatar con antibióticos”*.

En caso de infección del catéter tipo Hickman, el informe de la Inspección indica que la infección del catéter (a veces sin síntomas locales) aparece con respuesta sistémica, los síntomas son fiebre, tiritona a la manipulación, hipotensión, hemocultivos positivos (que confirman la infección) e incluso sepsis y describe el tratamiento consistente en *“sellados con antibióticos en cada luz y antibioterapia. Si no se consigue controlar la infección se procederá a la retirada del catéter”*.

Por esta razón, el informe de la Inspección Sanitaria concluye que *“revisada la bibliografía, como se puede ver en párrafos anteriores, el catéter tipo Hickman es una opción muy utilizada en pacientes oncohematológicos, y no hay una clara indicación de uno u otro siendo esta una decisión a tomar por los facultativos responsables de forma individualizada en cada paciente”*.

En el presente caso, aparece reflejado en la historia clínica como en Hematología se optó por el catéter tipo Hickman y las razones para ello al decir:

“inicialmente hablado con Dra (...) colocación de port-a-cath. No veo informes donde se especifique y ante desconocimiento me avisan desde vascular y doy orden de colocar Hickman dada la situación

clínica de la paciente de período de postconvalecencia COVID y neutropenia en analítica bajo criterio médico”.

Ante la disyuntiva generada, cabe recordar el especial valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a la opinión de la Inspección Sanitaria, pues, tal y como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, así su Sentencia de 20 de febrero de 2025 (recurso 167/2023), *“sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también 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”.*

Por otro lado, la sustitución del catéter tipo Hickman por el tipo port-a-cath, según resulta de la historia clínica, fue una decisión de la familia que asumió los riesgos que suponía dicha intervención.

Si bien es cierto que no consta en la historia clínica que el documento de consentimiento informado para esta segunda intervención, realizada el día 3 de agosto de 2022, no está firmado, sí existe constancia documental en el expediente que fue una decisión de la familia el exigir la retirada del catéter tipo Hickman que se realizó a pocas horas de su implantación, el día 27 de julio y la sustitución por el port-a-cath, que se programó para el día 3 de agosto.

En relación con los otros reproches realizados por los reclamantes, relativos a que, una vez diagnosticada la infección del catéter central el día 5 de agosto, no se procedió a la intervención inmediata para su retirada, demorándose la intervención hasta el día 8 de agosto; que hubo demora del Servicio de Medicina Intensiva y de los facultativos de guardia en atender a la paciente, tras sufrir la parada

cardiorrespiratoria y, finalmente, que, ya en la UCI, prestado el consentimiento informado para realizar a la paciente una traqueostomía percutánea esta no se realizó hasta cinco días después, se trata de reproches realizados sin prueba alguna porque sobre estas cuestiones no se pronuncia el informe pericial aportado por los reclamantes.

Por lo que se refiere al retraso de la retirada del port-a-cath, una vez diagnosticada la infección, el informe de la Inspección Sanitaria destaca cómo en el caso de infección del port-a-cath, *“si la infección no puede ser tratada se debe valorar la retirada del catéter y la realización de un cultivo de la punta del mismo y de vía periférica”* y añade que, *“dependiendo del criterio médico o del germen colonizado, se procederá a la extracción o conservación del catéter con antibioterapia. Debe retirarse de forma obligatoria en el caso de estafilococo aureus o cándida. En el resto de casos se intentan rescatar con antibióticos”*. Por esta razón, resulta correcta la actuación del Hospital Universitario Severo Ochoa, procediendo a la administración de tratamiento antibiótico y demora la intervención hasta el día 8 de agosto.

Sobre el retraso en la asistencia sanitaria tras sufrir la paciente la parada cardiorrespiratoria, el informe de la Inspección Sanitaria destaca cómo se le realizó una monitorización cardiográfica y ecocardiograma a pie de cama, comprobándose que estaba en asistolia y cómo se le realizaron durante 15 minutos maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzadas, logrando recuperar el ritmo cardíaco, procediéndose a la intubación y a la conexión de ventilación mecánica para ser trasladada a UCI, una vez comprobada la estabilidad hemodinámica de la paciente para garantizar su traslado y concluye que *“la recuperación del ritmo cardíaco en un plazo de tiempo razonable, de 15 minutos, avala que las maniobras fueron adecuadas y eficaces con los medios existentes”*.

Finalmente, en relación con la demora en la realización de la traqueostomía, el informe del Servicio de Medicina Intensiva declara que la traqueostomía que se ofreció no fue una traqueostomía urgente sino programada, *“porque la vía aérea estaba preservada mediante un tubo endotraqueal”* y, por tanto, no existía riesgo vital para hacerla de forma inmediata. Y añade que cuando se ofrece esta técnica, incluso con el consentimiento informado ya firmado, no siempre se realiza, pues hay veces que el paciente muestra signos de mejoría (y hace innecesaria la traqueostomía) o empeora gravemente, y no puede ser un acto fútil. Señala que no hay un número de días desde la intubación a partir del cual sea mejor o peor hacer una traqueostomía. *“Hay equipos que preconizan una traqueostomía precoz (en la primera semana) y otros a partir de las 2 o 3 semanas, no habiéndose visto diferencias en la evolución de los pacientes eligiendo una u otra opción”*, según la literatura médica que cita y concluye que *“si se estima que la recuperación del paciente no será en pocos días, se suele realizar una traqueostomía precoz, entendiendo como tal en los siguientes 7 días del ingreso”*.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada al no haberse acreditado la existencia de mala praxis y no concurrir la antijuridicidad del daño.

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 23 de abril de 2025

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 213/25

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid