

Dictamen n.º: **360/23**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **06.07.23**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad en su sesión de 6 de julio de 2023, 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 asunto promovido por D. y Dña. por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de Dña. que atribuyen a mala praxis en la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 28 de octubre de 2021, las personas citadas en el encabezamiento, formulan una reclamación de responsabilidad patrimonial en la que relatan que la madre de los reclamantes, de 81 años de edad, con antecedentes de trombosis venosa profunda de miembro inferior izquierdo con factor de riesgo transitorio, trombosis venosa profunda femoro poplítea y tratamiento con heparina durante seis meses, dislipemia, fractura de clavícula, húmero y rótula sin cirugía, hemorroides internas, síndrome linfoproliferativo crónico con fenotipo de linfoma marginal, serología del virus de la hepatitis B pasada, hipertensión arterial, ausencia de historia cardiológica y enfermedad de Crohn sin tratamiento, acudió a Urgencias el 12 de

septiembre de 2020 con síntomas de astenia, falta de aire, vómitos, náuseas, sequedad bucal, diarrea y expectoración blanquecina, se realizó PCR para SARS-CoV-2 con resultado positivo, placa de tórax, sin mostrar signos de neumonía en estructuras pleuropulmonares, y análisis de sangre, destacando de sus resultados, “troponina-I (alta sensibilidad) 11.4ng/l”, fue diagnosticada de insuficiencia respiratoria que precisó soporte respiratorio mediante gafas nasales con flujo de oxígeno a 2 l/min, e ingresó en una sala con otras ocho personas positivas para SARS-CoV-2, a la espera de pasar a planta.

Prosiguen el relato señalando que debido a la situación de pandemia y a las restricciones de visitas a los pacientes, las comunicaciones entre los familiares y los facultativos fueron telefónicas y adjuntan el audio de la llamada recibida el 12 de septiembre de 2020 en la que les comunican el resultado de la prueba de alta sensibilidad de troponina-I, con resultado 11,4 ng/L, y al respecto mencionan un estudio de la Universidad de Edimburgo sobre la presencia de troponinas cardíacas I en pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo y un estudio publicado en la Revista Española de Cardiología, que adjuntan.

Relacionan a continuación las sucesivas conversaciones telefónicas mantenidas con los médicos desde el día 14 al 21 de septiembre de 2020 y reprochan que en ningún momento se les mencionó que los valores de las troponinas I indicaban que se estaba produciendo un daño cardíaco severo limitándose a comunicarles que “la evolución no estaba siendo muy mala pero que podría ir a peor”.

Manifiestan que desde el día 22 al 30 de septiembre de 2020 la madre de los reclamantes comenzó una progresiva recuperación, necesitó menos aporte de oxígeno, inició retirada de dexametasona y anakinra y recibió alta el 1 de octubre, pero tras el alta, continuó con sensación de debilidad y falta de energía, aunque animada al haber

superado la neumonía por SARS-CoV-2, hasta que el día 30 de octubre de 2020, tras levantarse para ir al baño, sufrió un infarto agudo de miocardio con resultado de muerte.

Finalmente indican que el 8 de octubre de 2021 solicitaron diversa documentación clínica al Archivo Central de Historias Clínicas del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y aunque la documentación recibida fue muy completa y detallada, no incluye pruebas de cardiología como ecocardiogramas y electrocardiogramas realizados durante el ingreso.

Consideran que hubo mala praxis en la asistencia sanitaria dispensada porque igual que se trató la neumonía por el virus SARS-CoV-2 se debió tratar el daño cardíaco. También reprochan que no se informó debidamente, ni al paciente ni a sus familiares, del daño miocárdico sufrido por la madre de los reclamantes.

Solicitan una indemnización de 91.340,74 euros, con el siguiente desglose: 64.773,37 euros, para D^a. (...) y 26.567,37 euros, para D. (...).

La reclamación se acompaña de diversa documentación médica, un artículo en inglés, el enlace a un video en Youtube, la solicitud de documentación clínica, presupuesto de servicios funerarios, certificado de defunción, certificado de nacimiento de los reclamantes y certificado de empadronamiento y D.N.I de uno de los reclamantes.

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

La paciente, de 81 años de edad en el momento de los hechos, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, trombosis venosa profunda en miembro inferior izquierdo en marzo de 2019 con factor de riesgo transitorio, proceso hematológico crónico tipo linfoma marginal

estable, serología VHB pasada y enfermedad de Crohn, con resección intestinal hace 20 años y sin brotes ni tratamiento desde hace 5 años, acude el 12 de septiembre de 2020 a Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón por cuadro de 7 días de evolución consistente en astenia intensa, náusea con vómitos alimentarios, diarrea y expectoración blanquecina.

A su llegada, se encuentra taquipneica, saturación 88% basal que remonta a 96% con gafas nasales a 2 lmp, regular estado general. Consciente y orientada, auscultación pulmonar con crepitantes en base derecha. Tensión arterial 138/94 mm.

Se realiza analítica de sangre con resultados, en lo que aquí interesa, en marcadores cardíacos: troponina-I (alta sensibilidad) 11.4. También se realiza Rx de tórax, sin infiltrados y PCR, positiva para SARS-CoV-2.

Se inicia dexametasona por insuficiencia respiratoria y se informa a la paciente y familiares.

La paciente permanece hemodinamicamente estable, afebril, no refiere molestias ni dolor, consciente y orientada. Ingresa en el Servicio de Aparato Digestivo con diagnóstico de insuficiencia respiratoria + hiponatremia, potasemia/fosfatemia.

Al día siguiente, presenta mejoría clínica de astenia, niega otros síntomas, con regular tolerancia por sensación de náusea. Tensión arterial 148/80, FC 79, Temperatura 37.8°C, saturación 95% con gafas nasales a 4 lpm y eupneica en reposo. Se solicita Remdesivir. Se informa a familiar (hija) por teléfono. Se administra paracetamol intravenoso. En la analítica de sangre los resultados son: *“marcadores cardíacos Troponina I (alta sensibilidad) 17.4. Proteínas: Proteína C reactiva 7.1. Procalcitonina 0.04, ferritina 683, biomarcadores interleucina-6 77.4”*.

El 15 de septiembre presenta mejoría del estado general aunque persiste en cama por astenia. Eupneica en reposo, sin trabajo respiratorio. No se ha concedido Remdesivir porque la paciente no cumple el criterio de inicio de síntomas <7 días. En la exploración física tensión arterial: 123/86; FC: 81; temperatura: 37,4°C; saturación: 95% con gafas nasales a 4 lpm. El juicio diagnóstico es de infección respiratoria por virus SARS-CoV-2, sin consolidados en radiografía al ingreso. Insuficiencia respiratoria hipoxénica secundaria, alteraciones iónicas: hipopotasemia, hiponatremia e hipofosfatemia. Se informa a familiar por teléfono.

En el análisis de sangre realizado el día 16 de septiembre presenta *“marcadores cardiacos Troponina I (alta sensibilidad) 153.2”*.

El 17 de septiembre la paciente refiere ausencia de disnea y buen estado general, aunque persiste con astenia y postrada en cama. Afebril con saturación entre 95-96% con gafas nasales a 5 lpm. Se realiza radiografía de tórax. Respecto al estudio previo, realizado el 12 de septiembre, se objetiva empeoramiento radiológico con aparición de opacidades de espacio aéreo multifocales bilaterales que predominan en campos pulmonares medios e inferiores. Aumento paratraqueal derecho, ya visible en estudios previos de 2010, probablemente en relación con elongación de troncos supraaórticos. Deformidad postraumática del extremo proximal del húmero derecho. Callos de fracturas costales inferiores derechos.

Se realiza electrocardiograma, sin hallazgos relevantes.

El juicio diagnóstico es de neumonía bilateral Covid. Empeoramiento clínico y radiológico, insuficiencia respiratoria hipoxémica secundaria y daño miocárdico secundario. Alteraciones iónicas: hipopotasemia, hiponatremia e hipofosfatemia.

Se solicitan análisis de sangre con “*marcadores cardiacos Troponina I (alta sensibilidad) 59.9*”. Se actualizan serologías Si persiste desaturación se avisará a soporte/unidad de críticos para valoración. Se interconsulta a Cardiología por posible daño miocárdico. Se interconsulta a Hematología por si existe contraindicación de tocilizumab con antecedente de SLP crónico. Se informa a la familia.

El mismo día 17 de septiembre Cardiología valora a la paciente por elevación de troponina y se anota: “*elevación aislada de troponina I en paciente sin clínica anginosa, ECG sin alteraciones de la repolarización, únicamente leve alargamiento de QT que ante la ausencia de medicación o alteraciones hidroelectrolíticas relevantes puede ponerse en contexto de edad avanzada y sexo femenino. Recomendamos no obstante realización de ETT reglado para valorar alteraciones de la contractilidad segmentaria. En función de resultados se valorará actuación. No precisa tratamiento específico por el momento*”. Juicio clínico: “- *Neumonía bilateral Covid. Empeoramiento clínico y radiológico. – Insuficiencia respiratoria hipoxémica secundaria – Daño miocárdico secundario. – Los previos. Plan: - Recomendamos solicitar ETT reglado. En función de resultados se valorará actuación. - No precisa tratamiento específico desde el punto de vista cardiológico. - Seguiremos evolución*”.

El 18 de septiembre la paciente persiste postrada en cama por astenia pero niega sensación de disnea, dolor torácico o cualquier otro síntoma. Se interconsulta nuevamente a Cardiología que realiza exploración física, electrocardiograma, ecocardiograma y analítica de control con los siguientes resultados: “*hemograma y coagulación sin alteraciones, función renal normal con iones en rango, NT proBNP 1880 y troponina I: 17->150->60*”. El juicio clínico es: “*Neumonía bilateral COVID. Empeoramiento clínico y radiológico.- Insuficiencia respiratoria- Hipoxémica secundaria- Daño miocárdico secundario- Los previos*”.

Se anota: *“Dada la ausencia de clínica anginosa, sin alteración en ECG y con Ecocardiograma sin cardiopatía estructural hace que la interpretación de los biomarcadores sea un mero marcador de mal pronóstico, pero no requiere tratamiento específico ni otras pruebas.- El QT está en el límite alto de la normalidad, por debajo del margen de seguridad de 500 ms y por tanto no requiere monitorización”.*

En días posteriores presentó mejoría progresiva del estado general. Eupneica, saturación 95% con 2 lpm y afebril. Niega disnea u otros síntomas. Se informa a familiar.

El día 29 de septiembre de 2020 presenta buen estado general, se encuentra asintomática, salvo astenia moderada. No presenta náuseas y apetito aumentado. Se levanta 2-3 veces al día con ayuda, por el momento no camina. Disnea cuando habla de forma continuada. Afebril, saturación 98% con 2 l/min. En la analítica se detectan anticuerpos SARS-CoV-2. Se informa a familiar.

El día 30 de septiembre se anota: *“la paciente ha permanecido durante 19 días por neumonía bilateral secundaria a infección por SARS-CoV-2, con insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica secundaria. Como tratamiento ha recibido dexametasona durante 17 días (al inicio a dosis de 6 mg al día, aumentado a pulsos de 40 mg al día durante 6 días por empeoramiento desde el punto de vista respiratorio clínico y radiológico, con pauta descendente posterior hasta su suspensión), ceftriaxona profiláctica durante 10 días y anakinra durante 6 días como alternativa a tocilizumab no administrado por niveles bajos de IL6. No se administra remdesivir por periodo de inicio de síntomas al ingreso superior a una semana (criterio de exclusión).*

Ha requerido soporte respiratorio mediante gafas nasales con progresivo descenso hasta su suspensión. Como complicación ha presentado datos analíticos de daño miocárdico secundario como factor

de mal pronóstico con ausencia de clínica anginosa, sin alteración en ECG y sin cardiopatía estructural en el ecocardiograma, que se han ido normalizando durante los análisis sucesivos.

Ha presentado evolución favorable con Sat O2 basal de 95% durante al menos 48 horas previa al alta. Durante el ingreso ha presentado cuadro de mareos y vómitos controlados con tratamiento sintomático.

En la analítica de control al alta presenta hipertransaminasemia en probable relación con infección y toxicidad por fármacos. Se ha realizado estudio con serología con hallazgos de infección por VHB pasada con desarrollo de antiHbs (anticuerpos protectores) y carga viral con DNA indetectable pese a lo que ha realizado profilaxis con entecavir. Precisaré revisión por su MAP en 2-3 meses con análisis de transaminasas y DNA-VHB. Así mismo se deriva a consultas de digestivo.

Dada la buena evolución se decide alta sin necesidad de aislamiento domiciliario por desarrollo de anticuerpos IgG-COVID”.

El alta hospitalaria se emite el día 1 de octubre de 2020 a las 17:05h.

El día 2 de octubre, consta registrado por Enfermería: “Siguiendo protocolo establecido se informa al centro de salud de la paciente del alta el 1-10-20 para seguimiento. Dx. neumonía bilateral por SARS-CoV-2”.

El 30 de octubre de 2020 el SUMMA 112 acude al domicilio de la paciente. Se constata *exitus* tras 25 minutos de resucitación cardiopulmonar.

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).

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 de la LPAC, se ha incorporado al expediente el informe del Servicio de Cardiología en el que se afirma que la atención dispensada a la paciente se ejecutó siguiendo *“estrictamente las normas más exigentes de buena práctica clínica”* y añade que en el contexto de hipoxemia grave, en ausencia de alteraciones isquémicas del corazón y habiendo constando su plena normalidad funcional y estructural, se interpretó *“la mínima elevación de troponina como irrelevante aunque subsidiaria de vigilancia estrecha en el contexto de la infección grave por COVID”*.

Figura también en el expediente el informe de 12 de noviembre de 2021, firmado conjuntamente por el jefe de servicio y del médico especialista del Servicio de Aparato Digestivo, en el que tras manifestar el pésame a la familia relata la asistencia dispensada a la paciente desde el 13 de septiembre de 2020 que ingresó en planta del servicio, hasta el 1 de octubre de 2020 que permaneció con diagnóstico principal de neumonía bilateral secundaria a infección por SARS-CoV-2, con insuficiencia respiratoria hipoxémica aguda e informa del tratamiento dispensado. Recoge también el informe que la paciente fue valorada por Cardiología los días 17 y 18 de septiembre de 2020 *“y ante la ausencia de clínica anginosa, alteraciones en el ECG y ecocardiograma sin cardiopatía estructural, se considera que la interpretación de dichos biomarcadores es un marcador de mal pronóstico sin requerir tratamiento específico ni otras pruebas”*. Respecto a la información proporcionada a la familia, el informe explica que se realizó de acuerdo a la política del servicio, de forma constante durante todo el ingreso y con un estilo de información accesible y entendible por paciente y familiares *“sin detallar de forma minuciosa aspectos técnicos no imprescindibles para hacer referencia al estado de la paciente ni a la evolución de su enfermedad, como pueden ser los valores exactos de marcadores analíticos”*.

Con fecha 9 de marzo de 2023 emitió informe la Inspección Sanitaria que, tras analizar los antecedentes y realizar las consideraciones médicas oportunas concluye afirmando que la asistencia sanitaria fue adecuada y *“también considera esta Inspección Médica que no se encuentra una base objetivada suficiente para correlacionar las actuaciones sanitarias seguidas, aquí analizadas, con el desenlace posterior, fatal, de la paciente”*.

Instruido el procedimiento se otorga audiencia a los reclamantes y el 12 de mayo de 2023 presentan alegaciones en las que, en síntesis, discrepan del informe de la Inspección Sanitaria y alegan que la madre de los reclamantes sufrió un daño cardíaco durante el ingreso, causado por la infección por COVID-19 y que dicho daño fue infravalorado, no informado por los médicos y fue también la causa de la muerte. El escrito se acompaña del DNI de una de los reclamantes.

Finalmente, el 29 de mayo de 2023 se ha formulado propuesta de resolución que desestima la reclamación por considerar que no hubo mala praxis en la atención dispensada, no existiendo antijuridicidad en el daño que se reclama, ni relación de causalidad entre el fallecimiento y la asistencia sanitaria.

CUARTO.- Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 5 de junio de 2023 se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 323/23, a la letrada vocal Dña. Rosario López Ródenas que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por la Sección de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 6 de julio de 2023.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f.a) de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 €, y por 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, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, se regula en la LPAC. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

Los reclamantes, ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 32.1 de la LRJSP, al sufrir el daño moral causado por el fallecimiento de su madre.

No obstante lo anterior, tal y como viene señalando esta Comisión Jurídica Asesora, carecen de legitimación activa para reclamar por el daño sufrido por su madre, respecto a la información que le fue suministrada a la misma al tratarse de un daño que debe reputarse de carácter personalísimo.

Resulta acreditada la relación de parentesco con los certificados de nacimiento de los reclamantes.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid toda vez que la asistencia sanitaria fue dispensada en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, centro sanitario que forma parte de la red sanitaria pública madrileña.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 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 el acto generador del daño se produjo el día 30 de octubre de 2020, fecha del fallecimiento de la madre de los reclamantes, por lo que la reclamación presentada el 28 de octubre de 2021 ha sido formula en plazo.

En relación con el procedimiento seguido no se observa ningún defecto en el procedimiento tramitado. Se ha incorporado al expediente el informe del servicio al que se imputa el daño. Además, consta también emitido el informe de la Inspección Sanitaria. Tras la incorporación de todo ello al expediente, se dio audiencia a los interesados y finalmente, se dictó la propuesta de resolución según lo exigido en el artículo 91 de la LPAC.

En suma, pues cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 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.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, requiere la concurrencia de varios requisitos:

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.

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. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005) y otras 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”*.

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 recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de mayo de 2016 (recurso 1153/2012) *“que cuando se trata de reclamaciones derivadas de actuaciones sanitarias, la doctrina jurisprudencial viene declarando 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, de manera que, si el servicio sanitario o médico se prestó correctamente y de acuerdo con el estado del saber y de los medios disponibles, la lesión causada no constituiría un daño antijurídico”*.

CUARTA.- Del breve resumen de los presupuestos de la responsabilidad patrimonial incluidos en la consideración jurídica precedente, se deduce que no cabe plantearse una posible responsabilidad de la Administración sin la existencia de un daño real y efectivo a quien solicita ser indemnizado.

En este sentido recuerda la Sentencia de 13 de febrero de 2018 del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (recurso 597/2017), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo que: *“la existencia de un daño real y efectivo, no traducible en meras especulaciones o expectativas constituye el núcleo esencial de la responsabilidad patrimonial traducible en una indemnización económica individualizada, de tal manera que resulte lesionado el ámbito patrimonial del interesado que es quien a su vez ha de soportar la carga de la prueba de la realidad del daño efectivamente causado”*.

Conforme a lo anteriormente expuesto, procede, en primer término, analizar la realidad del daño alegado. En este caso no cabe duda, tal y como ya hemos adelantado la existencia del daño moral de los reclamantes por el solo hecho del fallecimiento de su familiar.

Sin embargo, la existencia de un daño, no es suficiente para declarar la existencia de responsabilidad, por lo que ha de analizarse si concurren los demás requisitos necesarios para apreciarla.

Los reclamantes, tal y como ya ha sido indicado, atribuyen el fallecimiento de su madre a que existió una actitud negligente en el seguimiento de los biomarcadores y se restó importancia al daño cardíaco sufrido durante el ingreso hospitalario. Asimismo, reprochan que ni la paciente ni los familiares de la paciente fueron informados del daño cardíaco sufrido, ni de las pruebas cardíacas realizadas.

En este punto, deviene necesario precisar, tal y como viene señalando este órgano consultivo, que 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, sin que en este caso, los reclamantes hayan aportado al procedimiento ningún criterio médico o científico avalado por profesional competente que sirva técnicamente para acreditar que el daño aducido sea consecuencia de una deficiente asistencia sanitaria.

Además, 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, 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”* y en este caso, nos encontramos que, en las fechas de la asistencia sanitaria que se reprocha, septiembre de 2020, nos encontramos con una enfermedad nueva, que alcanzó la consideración de pandemia y que puso en un grado de tensión máxima al sistema sanitario, provocando decenas de miles de fallecidos.

Y en dicho contexto, el informe de la Inspección Sanitaria reseña que *“Aproximadamente el 20-30% de pacientes covid han experimentado “de novo” una lesión de miocardio, definida como una elevación de troponina cardiaca sin o con cardiopatía. Aunque el conocimiento de esta entidad es limitado y está en evolución, típicamente el incremento de la troponina es registrado entrado el curso de la enfermedad (4 días tras la presentación) y muchos casos no tienen ningún síntoma típico cardiovascular. La elevación de la troponina está asociada a peores resultados incluida la necesidad de ingreso en Uci e incremento de la mortalidad. La estrategia de manejo para pacientes con covid asociada a lesión miocárdica no está bien definida y es en gran parte dirigida a cuidados de soporte y al buen manejo de la infección covid”*.

Centrándonos en al seguimiento y tratamiento del daño cardiaco reprochado, la historia clínica pone de manifiesto que la madre de los reclamantes, de 81 años de edad, acudió el 12 de septiembre de 2020 al Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón por mal estado general, astenia intensa, nauseas, PCR de SARS-CoV-2 positiva e insuficiencia respiratoria en el contexto de paciente COVID, que requirió aplicar de entrada un aporte de oxígeno de

2 lpm alcanzando así saturaciones de 95-96%, se prescribió dexametasona y se realizó una primera radiografía de tórax que mostró estructuras pleuropulmonares sin alteraciones, objetivándose empeoramiento radiológico en la radiografía realizada el 16 de septiembre, practica correcta, según la Inspección Sanitaria, incluida la terapia con dexametasona.

Se constata también en la historia clínica y en los informes obrantes en el expediente, que la analítica valorada el 17 de septiembre mostró un incremento de la troponina I y se interconsulta a Cardiología que valora a la paciente el mismo día 17 y al día siguiente, 18 de septiembre. En la exploración cardiológica la paciente no refiere dolor torácico, ni disnea, ni palpitaciones ni otra clínica cardiológica. Se realiza electrocardiograma, que no muestra alteraciones, y el ecocardiograma realizado tampoco mostró cardiopatías estructurales significativas, con fuerza de contractilidad normal, sin hipertrofia ventricular derecha ni izquierda por lo que los biomarcadores de la analítica realizada fueron interpretados como un mero marcador de mal pronóstico que no requería tratamiento específico, ni otras pruebas.

Al respecto, la Inspección Sanitaria considera que Cardiología valoró a la paciente, globalmente y de forma correcta y fue por la elevación de troponina mostrada en la analítica, por lo que se reseñó que hubo daño miocárdico, secundario al diagnóstico principal de neumonía bilateral por COVID e insuficiencia respiratoria hipoxémica, secundaria también al proceso de base, daño que a lo largo de los días de hospitalización no mostró ningún signo de ser isquémico o con fallo cardíaco, por lo que el tratamiento, en estos casos, es el seguimiento clínico estrecho, como el realizado a la paciente.

Para la Inspección Sanitaria las actuaciones seguidas fueron adecuadas y ajustadas a lo previsto y conocido en ese momento y no encuentra una base objetivada suficiente para correlacionar las

actuaciones sanitarias dispensadas, con el posterior fatal desenlace de la paciente.

Respecto al reproche de defecto de información, tal y como expresa con claridad el artículo 5.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el titular del derecho a la información es el paciente, aunque también serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita, o que, según el criterio del médico que le asiste, el paciente carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico.

Y en el caso que nos ocupa, la historia clínica da cumplida cuenta de que, en la extraordinaria situación de pandemia padecida, la familia de la paciente fue informada, casi diariamente, de la situación y seguimiento de la paciente, aun cuando esta presentaba completa y adecuada cognición.

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

CONCLUSIÓN

Procede la desestimación de la presente reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado mala praxis en la asistencia sanitaria ni existir relación de causalidad entre el fallecimiento y la asistencia sanitaria prestada.

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 6 de julio de 2023

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 360/23

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid