

Dictamen nº: **178/18**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **19.04.18**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 19 de abril de 2018, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por D. .... y Dña. .... por la asistencia sanitaria prestada al primero por el Centro de Salud Ensanche de Vallecas, el Hospital Infanta Leonor y el Hospital Universitario La Paz en el diagnóstico y tratamiento de una neumonía.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por escrito presentado el día 17 de febrero de 2017 en el registro del Área de Responsabilidad Patrimonial del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), los interesados antes citados, asistidos de letrado, formulan reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos por el retraso en el diagnóstico y tratamiento de una neumonía por el Centro de Salud Ensanche de Vallecas, el Hospital Infanta Leonor y el Hospital Universitario La Paz (folios 1 a 30 del expediente administrativo).

Los reclamantes consideran que hubo un error o retraso en el diagnóstico de la neumonía por el Centro de Salud y que, una vez diagnosticada e ingresado en situación de shock séptico en la UCI del Hospital Universitario Infanta Leonor, el día 5 de febrero de 2016 se realizó una extubación precipitada del paciente por lo que tuvo que volverse a intubar de urgencia a las 24 horas y provocó un empeoramiento significativo de éste que culminó con una infección nosocomial y amputación de las cuatro extremidades al presentar necrosis severa. Consideran que la infección nosocomial fue causada por la ausencia del cumplimiento de las medidas de asepsia exigidas en los centros hospitalarios en los que estuvo ingresado.

Solicitan una indemnización de 1.933.630,29 €, por aplicación orientativa de 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, por la que se da publicidad a las cuantías de las indemnizaciones básicas por lesiones permanentes en accidente de tráfico, *“sin perjuicio de una posterior liquidación en atención de la evolución de sus patologías y necesidades asistenciales, más intereses, por los daños y perjuicios sufridos”*.

Así, por el perjuicio personal básico solicitan 323.345,30 € por las secuelas físicas -175 puntos- [amputación de miembro inferior transtibial derecho, amputación de miembro inferior transtibial izquierdo, amputación transhumeral derecha, amputación transcarpiana 2º-5º dedos mano izquierda, trastorno adaptativo, accidente cerebro vascular (ACV) territorio arteria cerebral posterior (ACP)derecha en relación con shock séptico, hemianopsia izquierda secundaria a ACV ACP derecha, capsulitis adhesiva hombro derecho y reducción del campo visual, fundamentalmente ojo izquierdo por daño cerebral secundario a infección]; 87.299,15 € (45 puntos) por perjuicio estético importantísimo; 78.022,45 € por perjuicio personal particular y 118.463,39 € por perjuicio patrimonial que incluye tanto el daño

emergente como el lucro cesante. Además, por las lesiones temporales solicitan 32.500 € que incluyen tanto el perjuicio personal particular como la indemnización por lesiones temporales.

En relación con el error o retraso en el diagnóstico, los reclamantes refieren en su escrito, que el día 19 de enero de 2016 D. (...) acudió al Centro de Salud Ensanche de Vallecas *“por presentar, desde hacía 10 días, tos y congestión nasal, más fiebre de tres días de evolución (de hasta 38,9° C), malestar general, sensación de disnea, sudoración excesiva, intenso dolor en hemitórax derecho, vómitos frecuentes y diarrea con deposiciones líquidas. De hecho, no podía andar debido al agotamiento por lo que tuvo que pedir al resto de pacientes que le permitieran pasar el primero a la consulta”*. A pesar de la sintomatología referida, el facultativo que le atendió *“no solicitó rx de tórax, ni analítica, ni realizó exploración mediante auscultación, ni comprobó la saturación periférica mediante un pulsioxímetro”*, limitándose a pautar tratamiento con paracetamol, ranitidina y metoclopramida, diagnosticarle una gastroenteritis aguda y dar baja laboral para el día 19 de enero con alta para el día siguiente.

Como al día siguiente la sintomatología continuaba, acudió nuevamente al Centro de Salud Ensanche de Vallecas, donde le atendió otro facultativo que se limitó a copiar el diagnóstico del día anterior, recetó ciprofloxacino con indicación de beber abundantes líquidos y dieta. *“Tampoco solicitó Rx de tórax, ni analítica y no procedió a valoración de O<sub>2</sub> periférica mediante un sencillo pulsioxímetro. Además, aconsejó que no se tomara el antibiótico hasta que estuviera mejor del estómago para no acentuar la diarrea”*, aunque afirman que el paciente refirió continuar con fiebre superior a 38° C y preguntar *«si los “pitos” al respirar y el resto de sintomatología descrita podía encajar con una neumonía, bronquitis o proceso similar»*, a lo que el facultativo le respondió que *“el problema era de vías altas y que no se preocupara”*.

Afirman que la situación era insoportable al día siguiente, 21 de enero, por lo que volvió a acudir a su Centro de Salud, donde le atendió su médico de Atención Primaria habitual que, en cuanto *“escuchó los síntomas que presentaba, mostró interés y preocupación por su cuadro clínico”*, por lo que procedió valorar la saturación (84%), toma de tensión arterial (baja), auscultación que sugirió cuadro clínico sugerente de gravedad, por lo que realizó un electrocardiograma, aplicó sueroterapia y solicitó una ambulancia con carácter urgente para traslado al Hospital.

El paciente fue derivado al Hospital Universitario Infanta Leonor donde, tras una valoración inicial y ante la inestabilidad hemodinámica que presentaba con riesgo vital, quedó ingresado en el Servicio de Medicina Intensiva con el diagnóstico de Shock séptico secundario a neumonía adquirida en comunidad con fracaso multiorgánico.

En la UCI, a pesar de los tratamientos, experimentó deterioro respiratorio que precisó intubación orotraqueal y ventilación mecánica y alegan que hubo mala praxis al procederse a la extubación prematura del paciente el día 5 de febrero de 2016, lo que provocó un aumento del trabajo respiratorio y la desaturación y la necesidad de nueva intubación al día siguiente, lo provocó un empeoramiento del paciente y la necesidad de realizar traqueotomía percutánea que culminó con una infección nosocomial, causada *“por la ausencia del cumplimiento de las medidas de asepsia exigidas”* y *“deficiente bioseguridad ambiental en centro hospitalario”*.

Acompañan con su escrito diversa documentación consistente en certificado de empadronamiento, resolución sobre el grado de discapacidad, presupuestos por diversos conceptos (ortopedia, adaptación del inmueble, etc.) y facturas, declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas correspondiente a 2015 y diversos informes médicos (folios 31 a 137).

Por escrito presentado el 20 de junio de 2017 elevan la cuantía de la indemnización a 5.891.908,14 €, al elevar el importe del perjuicio patrimonial reclamado a 5.070.619 € (al incluir los gastos de asistencia futura y de prótesis y ortésis) y las lesiones temporales en 36.122,24 €.

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

El reclamante, de 38 años, fue atendido sin cita el día 19 de enero de 2016 en el Centro de Salud Ensanche de Vallecas por vómitos, mocos y algo de sangre en las heces (folio 222). Tras la exploración se llega al diagnóstico de gastroenteritis infecciosa inespecífica (GEA), Diarrea origen presumiblemente infeccioso. Se indicó tratamiento con ranitidina, primperán y paracetamol. En espera de evolución se emitió baja y alta de ese día.

Al día siguiente, 20 de enero, acudió nuevamente sin cita al Centro de Salud Ensanche de Vallecas por fiebre. Consta en la historia clínica, según refleja el médico que le atiende, distinto del día anterior, que el paciente *“refiere esta mañana fiebre hasta 39º, dos-tres deposiciones, sin sangre, pus. Expl acp normal abdomen blando depresible no doloroso a la palpación. Explico cuidados: dieta y dejo Ciprofl. si fiebre alta”* (sic).

El día 21 de enero fue atendido nuevamente en el Centro de Salud Ensanche de Vallecas, sin cita, por vómitos y diarrea (folio 224). Esta vez le atiende su médico de Atención Primaria habitual. En la historia clínica consta: *“Sat O<sub>2</sub>, 84%, FC 74-140 lpm. Ante la inestabilidad del paciente paso a Sala de Urgencias, ponemos oxígeno, cogemos vía para sueroterapia y realizamos EKG. Presenta taquicardia sinusal sin alteraciones agudas de la repolarización”*.

Según la Hoja de Interconsulta extendida al paciente para su ingreso en el Hospital Infanta Leonor que aporta el interesado (folio 95),

el paciente refería “cuadro catarral los días previos. Sat O<sub>2</sub>, 84%, FC 74-lpm. AP normal. Tiraje. Sequedad oral. EKG RS a 150 lpm. No alteraciones repolarizaciones agudas. (...) (ilegible). T.A 8,5-4 Cogemos vía. Ponemos SSPF”.

Ese mismo día, el paciente fue atendido en el Servicio de Urgencias del Hospital Infanta Leonor (folio 183). Como motivo de consulta el paciente consta “fiebre”. En el apartado antecedentes personales el paciente no refería alergias a medicamentos, negaba hábitos tóxicos, no diabetes mellitus ni dislipemia ni HTA. No intervenciones quirúrgicas. En el apartado Historia de la Enfermedad Actual (HEA) dice: “Paciente que hace 10 días comienza a presentar tos, hace tres días comienza a presentar fiebre mayor de 38°, disnea, dolor en hemitórax derecho y vómitos, frecuentes, incontables, diarios”.

En la exploración física presentaba temperatura axilar de 37,1°C tensión arterial de 77/50 mm Hg, FC 110 lpm, saturación basal de 89% (eupneico a 20 rpm). Mal estado general, cianosis acra, con mala perfusión periférica. Auscultación cardíaca rítmica sin soplos, pulmonar murmullo vesicular globalmente disminuido. Pulsos presentes en ambas extremidades.

En la radiografía se objetivó una significativa pérdida del volumen del campo pulmonar derecho, evidenciando extenso aumento de densidad en la base pulmonar derecha con áreas de brocograma compatible con una consolidación parenquimatosa afectando a la práctica totalidad lóbulo inferior derecho (LID) e imagen sugestiva de infiltrado parenquimatoso en lóbulo inferior izquierdo (LII).

En hemograma destacaba leucopenia y trombopenia. En bioquímica se observaron cifras elevadas de urea, creatinina, lactato y bilirrubina total, CPK, LDH, GPT, GOT, proBNP y filtrado glomerular. En estudio de coagulación se apreció alargamiento de los tiempos de protrombina, actividad de protrombina, I.N.R, actividad de cefalina y

fibrinógeno. Se le realizó gasometría arterial cuyos resultados constan en la historia clínica.

Ante la situación de inestabilidad hemodinámica mantenida en el Servicio de Urgencias se administraron 2000 cc de suero salino fisiológico, se tomaron muestras de sangre para hemocultivos y se realizó lavado nasal para serología de virus. Se administró antibioterapia empírica con Levofloxacino y Ceftriaxona de forma intravenosa.

Se consultó con el Servicio de Medicina Intensiva al continuar la mala evolución del paciente, decidiendo ingreso en dicha Unidad con los diagnósticos de sepsis de origen respiratorio por neumonía bilateral, insuficiencia respiratoria aguda secundaria, insuficiencia renal aguda y coagulopatía.

Durante su ingreso en el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Infanta Leonor el paciente presentó shock séptico y desarrollo de fracaso multiorgánico con afectación renal, hepática, respiratoria, hemodinámica y hematológica.

Desde un punto de vista infeccioso todos los cultivos resultaron negativos, incluyendo serologías para neumonías atípicas, antígeno para gripe A y B, coprocultivo con toxina de *Clostridium difficile*, cultivos de médula ósea. Cultivos de rastreo de Resistencia Zero repetidamente negativos. IgG, IgM y PCR de CMV negativos. IgG de VEB y VH tipo 6 positivo.

A su ingreso se inició terapia antibiótica empírica con Meronem (cumplió ciclo de dos semanas hasta el 04/02/16), Clindamicina (ciclo de 7 días que finalizó el 26/01/16) y Vancomicina (ciclo de 7 días que finalizó el 25/01/16).

El día 27 de enero de 2016, en broncoaspirado (BAS) se aisló "*Stenotrophomona maltophila*" con <100.000 UFC. No se añadió tratamiento antibiótico al no considerarse colonización y la no existencia de fiebre, leucocitosis ni PCR elevada. El día 6 de febrero comenzó con fiebre y discreto aumento de la PCR, cediendo fácilmente con antitérmicos. Los días siguientes persistieron los picos febriles acompañándose de deterioro respiratorio, aumento de la PCR y del número de leucocitos por lo que se inicia antibioterapia empírica con Tazocel y Linezolid.

El día 9 de febrero de tras recogida de muestras para cultivos se aisló en BAS <100.000 UFC de *Stenotrophomona maltophila*, con escasos leucocitos, sensible a levofloxacino. Aunque la muestra no podía considerarse infección se decidió cubrir este germen con antibioterapia específica (levofloxacino) ante la persistencia de fiebre, leucocitosis, elevación de PCR, y aparición de broncorrea, aunque en la radiografía de tórax no se objetivaba un claro infiltrado neumónico. A pesar de ello, la fiebre se mantuvo por lo que se decidió añadir Anfotericina Liposomal ante la posibilidad de infección fúngica de las lesiones presentes en extremidades.

Afectación renal: en las primeras horas del ingreso desarrolló fracaso renal agudo, que precisó técnicas de depuración renal, que no pudieron iniciarse hasta pasadas las primeras 24 horas dada la gran inestabilidad hemodinámica. Se intentó en varias ocasiones forzar diuresis espontánea con diuréticos con nula respuesta.

Afectación hepática: El paciente desarrolló un fallo hepático con hipoglucemia persistente, así como colestasis y citólisis, con progresiva recuperación posterior hasta alcanzar la normalización.

Afectación respiratoria: tras el ingreso el paciente presentó progresivo deterioro respiratorio precisando intubación orotraqueal y ventilación mecánica, con elevados requerimientos de oxígeno y



elevadas PEEP (*presión positiva al final de la espiración*). Progresiva mejoría, con desconexiones prolongadas, por lo que se llegó a extubar el día 5 de febrero de 2016, con reintubación a las 24 horas por aumento del trabajo respiratorio y desaturación coincidiendo con un pico febril. De ambos eventos consta en los evolutivos que la familia fue informada. Se realizó traqueotomía previa solicitud de consentimiento informado el día 8 de febrero de 2016. Se intentó reanudar el proceso de destete 24 horas después, sin embargo un nuevo pico febril desestabilizó al paciente, lo que obligó a continuar con la ventilación mecánica.

Afectación hemodinámica: Evolución catastrófica en pocas horas, con necesidad creciente de drogas vasoactivas, ante hipotensión mantenida. Fue necesaria monitorización invasiva mediante la que se objetivó datos compatibles con shock distributivo. Preciso Noradrenalina asociándose, Adrenalina durante 24 horas y Terlipresina durante 48 horas. Se retiró la perfusión de Noradrenalina el 27 de enero de 2016. Se mantuvo monitorización. La familia según consta en los evolutivos de los primeros días fue informada del mal pronóstico y posible mala evolución del paciente.

- Afectación hematológica: Presentó anemia, leucopenia y trombopenia, con necesidad de transfusión de hemoderivados prácticamente diarios, en el caso de las plaquetas. Además presentó una coagulopatía, con descenso de fibrinógeno y aumento del D dímero sobre todo las primeras 24 horas.

Dada la evolución catastrófica en pocas horas, con existencia de shock distributivo refractario, FMO, hipertermia mantenida ( $<40^{\circ}$ ), así como eritrodermia generalizada y pensando en un Síndrome Hemofagocítico, se solicitó triglicéridos y ferritina cuya determinación fue elevada en ambos casos. Se realizó una biopsia de médula ósea en la que no se confirmó la existencia de hemofagocitosis, recibiendo no

obstante ante la muy probable sospecha clínica y analítica tratamiento específico con dexametasona.

En relación con la exacerbada respuesta inflamatoria en el contexto de shock distributivo y el uso de aminos presentó afectación cutánea y de partes blandas, con eritrodermia acompañante. Las lesiones evolucionaron hacia lesiones isquémicas/necróticas en porciones distales de miembros superiores e inferiores, con aparición de lesiones ulceradas afectando a dermis superficial en brazos y piernas. Se curaron con apósitos de linitul y sulfadiazina argéntica, con desbridamiento puntual de algunas lesiones. Por ese motivo se solicita su traslado a la Unidad de Quemados de la Paz, para continuar tratamiento especializado por parte de cirugía plástica.

El paciente presentó hipotiroidismo del paciente crítico e hipocalcemia, iniciándose tratamiento sustitutivo con gluconato cálcico y levotiroxina.

Durante el ingreso en el Hospital Infanta Leonor, el paciente permaneció sedoanalgesiado y recibió nutrición inicialmente parenteral y posteriormente enteral.

El día 15 de febrero de 2016 el paciente fue trasladado al Hospital Universitario la Paz, al Servicio de Medicina Intensiva donde permaneció ingresado hasta el día 3 de mayo de 2016. Durante su ingreso presentó los siguientes problemas:

- Síndrome de Distress Respiratorio del Adulto: ingresó en esta situación, en Radiografía de tórax se objetivó aumento de infiltrados alveolo-intersticiales bilaterales, precisando ventilación mecánica con necesidades de oxígeno elevadas. Existió un empeoramiento en relación con neumonía asociada a ventilación mecánica. Tras mejoría del cuadro infeccioso, se pudo avanzar en el destete hasta conseguir decanulación del paciente el 28 de abril de 2016.

- Shock séptico asociado a Neumonía asociada a Ventilación Mecánica: A su ingreso presentaba colonización por *Stenotrophomona maltophilia* y *Pseudomona Aeruginosa* en BAS además de presencia de *Cándida parasilopsis* en las úlceras necróticas de MMII. En Hospital Infanta Leonor se había iniciado Tazocel y Linezolid, Levofloxacin y Anfotericina liposomal. El 26 de febrero de 2016 se modificó pauta antibiótica a Trimetropin- Sulfametoxazol y Meropenem según antibiograma del BAS en el que se aísla >100.000 UFC de *Stenotrophomona maltophilia*. Se volvió a cambiar Meropenem por Colimicina por la resistencia a Carbapenem.

El 18 de marzo de 2016 comenzó con fiebre con desarrollo posterior de shock séptico. Se comprobó en radiografía de tórax empeoramiento con criterios de SDRA y aislamiento microbiológico de 100.000 UFC de *Pseudomona aeruginosa* y entre 10.000-100.000 UFC de *Stenotrophomona maltophilia* en broncoaspirado. Empíricamente se añadió al tratamiento que ya tenía previamente (Colimicina y Trimetropim-Sulfametoxazol) Linezolid y posteriormente Ambisome, desescalando tras resultados microbiológicos. El ciclo antibiótico finalizó el 13 de abril de 2016. Desde ese momento no se objetivaron datos de infección activa, si bien persistió colonización por *Pseudomona* multirresistente tanto en BAS como en urocultivos sin llegar a negativizarse.

El 19 de marzo de 2016 se realizó amputación infracondílea de ambos MMII, amputación supracondílea de MSD, desarticulación de 2º-5º dedo a nivel MCF. Postoperatorio sin complicaciones. Buena evolución de las heridas. No signos de infección de herida quirúrgica.

Precisó drogas vasoactivas (Noradrenalina) del 21 al 31 de marzo de 2016.

Ante las dificultades en recuperación del nivel de conciencia tras retirada de sedación para inicio de destete, se solicitó TAC craneal donde se objetivó una lesión isquémica aguda/subaguda en territorio de arteria cerebral posterior derecha. Al alta mantenía buen nivel de consciencia con discurso coherente, sin focalidad neurológica clara.

Tras el alta del Servicio de Medicina Intensiva el paciente fue trasladado al Servicio de Medicina Interna donde permaneció ingresado 4 al 18 de mayo de 2016, momento en que fue trasladado al Hospital de Cantoblanco para continuar con rehabilitación funcional. Durante este ingreso se presentaron los siguientes problemas:

Fue necesario, además, seguimiento por parte del Servicio de Psiquiatría por cuadro ansioso depresivo secundario a enfermedad grave con amputación de las 4 extremidades. Tratamiento farmacológico con Neurontin, Sertralina, Quetiapina, y Cloracepato, por parte del Servicio de Cirugía Plástica de las heridas en ambas rodillas, MSI, occipital y ambos miembros inferiores, recomendando vendaje compresivo de los muñones y curas cada 24-48 horas con Mepitel y Celestoderm y por parte del Servicio de Rehabilitación para recuperación funcional de extremidades tras amputación, continuando con fisioterapia, trabajo para conseguir control de tronco para iniciar transferencias.

- Entre el 18 de mayo al 4 de julio de 2016 el paciente permaneció ingresado en el Hospital de Cantoblanco a cargo del Servicio de Rehabilitación, con el objetivo de entrenamiento del equilibrio del tronco, recuperación de la movilidad hombro derecho, conformación y tratamiento postural de muñones, refuerzo muscular de MSD/pinza/manos glúteos/cuádriceps/tronco, reentrenamiento de transferencias, movilización en cama, cambio de dominancia a MSI, reentrenamiento de alimentación, vestido, escritura y pinza.

Durante su ingreso se continuó con el plan de curas de las heridas de ambas rodillas, MSI, occipital y ambos miembros inferiores en colaboración con el Servicio de Cirugía Plástica. Desarrollo cuadro de tos, expectoración y fiebre, el cuadro evolucionó objetivándose finalmente en la radiografía de tórax neumonía en la base derecha con cultivo de esputo positivo para *Pseudomona aeruginosa*. Antes de conocer el resultado del cultivo y dada la clínica y los antecedentes del paciente (neumonía nosocomial por *Pseudomona aeruginosa*) se inició antibioterapia empírica con Meronem y Linezolid, presentando reacción exantemática en MSI a los 11 días de tratamiento, por lo que se decidió suspender. Una vez descartadas sensibilidades antibióticas y conociéndose el resultado del cultivo se inició tratamiento con Amikacina, resolviéndose el cuadro.

El día 5 de julio de 2016 el paciente fue remitido a Hospital Universitario La Paz para valoración neuro-oftalmológica tras referir el paciente alteración visual en campo izquierdo, que se confirmó por campimetría por confrontación. Tras valoración por los Servicios de Oftalmología y Neurología, realización de TAC y RMN cerebral, ecocardiograma, la hemianopsia se puso en relación con infarto cerebral occipital (en territorio de ACP derecha) ya conocido. El paciente en el momento del traslado estaba en tratamiento antibiótico por Neumonía Nosocomial por *Pseudomona Aeruginosa* completando durante este ingreso dicho tratamiento. A pesar de la mejoría clínica del cuadro infeccioso se solicitó PET-TAC para buscar proceso que pudiera explicar el consumo de linfocitos B y descartar la presencia de osteomielitis subyacente a úlcera en rodilla derecha. La conclusión de dicho estudio fue compatibilidad con proceso infeccioso/inflamatorio activo en la lesión cavitada en LID y en imagen pseudonodular adyacente a derrame pleural en LII. Estas lesiones ya aparecían en TAC realizado en ingreso previo, por lo que al evolucionar el paciente hacia mejoría se consideraron como residuales con probable componente de

colonización, por lo que se decidió tratamiento inhalado para minimizar las complicaciones asociadas a bronquiectasias y cambios fibróticos secuelas del SDRA. No existían datos de infección micobacteriana o fúngica.

Alcanzada la estabilidad clínica se decidió trasladar de nuevo al paciente al Hospital de Cantoblanco para optimizar la recuperación del paciente de cara a la protetización de extremidades.

El día 1 de agosto de 2016 el paciente fue de nuevo remitido al Servicio de Rehabilitación en Cantoblanco para continuar con el proceso de pre-protetización. Desde ese momento el paciente continuó con el proceso de recuperación hasta completar la fase de rehabilitación preprotésica (reentrenamiento del equilibrio de tronco, recuperación de movilidad hombro derecho, conformación y tratamiento postural de muñones, refuerzo muscular de MSD/pinza/glúteos/cuádriceps/tronco, reentrenamiento de transferencias, movilización en cama, cambio de dominancia a MSI, reentrenamiento de transferencias, movilización en cama, cambio de dominancia a MSI, reentrenamiento de alimentación, vestido, escritura y pinza) y fase protésica de miembros inferiores (adaptación de prótesis bilateral, reentrenamiento de marcha supervisada y con ayudas técnicas adaptadas, pasos laterales, escalones, transferencias y salida de caída simulada). Por otro lado se consiguió ajuste analgésico (Síndrome de miembro fantasma), y mejoría en cuadro de capsulitis adhesiva de hombro derecho (precisando infiltración subacromial). Se procedió a instrucción tanto de familia como de paciente sobre la adaptación de ayudas técnicas y modificaciones en domicilio.

Fue dado de alta el día 22 de diciembre de 2016 con citas de revisión en los Servicios de Rehabilitación (Unidad de Amputados y Rehabilitación en Hospital Cantoblanco), Medicina Interna, Neumología, Salud Mental.

Por resolución del director general de Atención a Personas de la Discapacidad de la Comunidad de Madrid de 6 de octubre de 2016 se reconoció al paciente grado de discapacidad de 91%, con baremo de movilidad positivo (A) para dificultad con efectos desde el 20 de mayo de 2016.

Con fecha de efectos 31 de octubre de 2016 se concedió al paciente la Incapacidad permanente en grado de Gran Invalidez.

**TERCERO.-** Presentada la reclamación y acordada la instrucción del expediente, se tramita conforme a la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC), con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67,81 y 91 LPAC.

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 LPAC, se ha incorporado al expediente el informe, sin fecha, del jefe de Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Infanta Leonor (folios 191 y 195) que dice:

*“Los pacientes con extrema gravedad como la que padeció el reclamante, que presentan estancias prolongadas en UCI, son muy vulnerables a las infecciones nosocomiales, por sus bajas defensas y por la necesidad que presentan de medidas invasivas (un paciente que no necesita ventilación mecánica no puede presentar neumonía asociada a ventilación mecánica), que solo en parte pueden prevenirse mediante medidas de asepsia; siendo estas necesarias, reducen la incidencia de infecciones, pero no la eliminan. En cualquier caso, el reclamante no presentó neumonía asociada a ventilación mecánica en nuestra unidad.*

*Podemos concluir diciendo que gracias a los cuidados exquisitos que se le aplicaron (todos ellos comprobables), el paciente que ahora presenta una reclamación contra nuestra institución pudo salvar la vida contra todo pronóstico, que sus secuelas eran inevitables y que durante su estancia en nuestra UCI no se presentó ninguna complicación infecciosa o de otro tipo que haya podido influir desfavorablemente en su evolución”.*

Con fecha 1 de marzo de 2017 emite informe el Coordinador de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Leonor que concluye que *“en todo momento se ha actuado de forma adecuada y correcta”.*

Se ha incorporado al expediente el informe de la Facultativo Especialista de Área del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Universitario Infanta Leonor de 6 de abril de 2016 (folio 197) sobre el Control de Monitorización Microbiológica de Seguridad Ambiental del Hospital realizado el 28 de marzo de 2016 que concluía que *“existe bioseguridad respecto a hongos oportunistas en todos los boxes. Existen, por tanto, buenas condiciones de seguridad ambiental para seguir trabajando con absoluta normalidad”.* Se acompañan las medidas básicas del proyecto “Neumonía zero” del Hospital Universitario Infanta Leonor y los informes de Microbiología del paciente durante su estancia en la UCI del citado centro hospitalario (folios 198 a 201).

El día 28 de febrero de 2017 emite informe (folio 202) el médico de Atención Primaria del Centro de Salud Ensanche de Vallecas que atendió al paciente el día 20 de enero de 2016 y expone que *“el paciente refería fiebre hasta 39º y 2-3 deposiciones diarreicas en la mañana, sin moco sin sangre ni pus. A la exploración se apreciaba una auscultación pulmonar normal y un abdomen blando, depresible, sin dolor a la palpación. Ante la persistencia de la diarrea y la fiebre valoré la conveniencia de iniciar tratamiento antibiótico con ciprofloxacino 500*



*cada 12 horas en la sospechas de probable diarrea de origen bacteriano”.*

Consta en el folio 203 del expediente el informe emitido por el médico de Atención Primaria que atendió al reclamante el día 19 de enero de 2016, que manifiesta que *“acudió sin cita por cuadro de vómitos, mocos y algo de sangre en heces. No presentaba signos de defensa abdominal durante la exploración, siendo el cuadro compatible con GEA con nauseas, vómitos y diarrea por lo que se le pautó tratamiento con ranitidina para cuadro de dolor en epigastrio y metoclopramida por cuadro de náuseas y vómitos. Pendiente de evolución y de tolerancia oral se le facilita al paciente reposo y observación domiciliaria de cuadro. El día de su asistencia no consultó en ningún momento por sintomatología respiratoria ni cuadro de disnea. Cuando solicitó asistencia sólo lo hizo por cuadro de diarrea y vómitos”.*

Asimismo, ha emitido informe con fecha 28 de febrero de 2017, la médico de Atención Primaria del Centro de Salud Ensanche de Vallecas (folio 204) que atendió al paciente el día 21 de enero de 2016 que dice lo siguiente:

*“(...) acude en 3 ocasiones los días 19,20 y 21 de enero de 2016 al C.S. Ensanche de Vallecas. El paciente refiere cuadro de vómitos, diarrea y fiebre por lo que se le pautó tratamiento sintomático y el día 20 de enero el Dr. (...) dejó prescrito ciprofloxacino por si persistía la fiebre y aparecían productos patológicos en las heces, tal como especifica en su informe.*

*Yo le atiendo sin cita el día 21/01/2016 El paciente refiere cuadro de vómitos, diarrea y fiebre de 39° que no remite e intolerancia oral de 72h de evolución. Realizo la anamnesis de camino a la camilla para explorarle debido a que le encuentro con mucha afectación del estado general. A la EF el abdomen es normal. Ante la mala*

*evolución del cuadro y la disociación entre la clínica y el estado general del paciente, comienzo a redactar volante de interconsulta a Urgencias y explico.*

*Aprecio en este intervalo, que el paciente está usando la musculatura accesoria para respirar (no se apreciaba a simple vista ya que era invierno y llevaba abrigo), y le pregunto si se encuentra fatigado. Me dice que sí, que lleva así desde el lunes. Pregunto si ha tenido tos, y refiere que muy poca. Pongo pulsioxímetro y el paciente satura al 84%, oscilando la FC entre 74-140 lpm. Realizo auscultación cardiopulmonar, pero se escucha disminución del mv sin ruidos sobreañadidos. Ante la sospecha de neumonía aunque la auscultación no era clara, bajamos a la sala de urgencias, realizamos EKG, cogemos vía, ponemos oxigenoterapia y aviso al 061 para solicitud de ambulancia urgente con oxígeno. Acuerdo con la doctora reguladora del SUMMA, que si el paciente se desestabiliza enviará a la UVI móvil.*

*Acude la ambulancia con indicación de aislamiento respiratorio para traslado del paciente, se explica todo, dejando informe que completo a mano debido a la premura de la situación.*

*Respecto al dolor costal que el paciente refiere en la demanda, no recuerdo que me lo comentaran, ni en la primera anamnesis dirigida hacia al aparato digestivo, ni en la segunda dirigida al respiratorio”.*

Se ha solicitado informe al Servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario La Paz que, con fecha 6 de marzo de 2017 en relación con las prótesis empleadas y su vida útil y declara:

*“El paciente ha realizado el periodo posprotésico enfocado a la recuperación de la marcha.*

*Actualmente el paciente realiza su cuidado personal de forma independiente, se retira las prótesis solo, las utiliza todo el día, realiza marcha independiente en recorridos cortos, con buen reparto de cargas, ciclo de la marcha correcto, en recorridos largos precisa ayuda de muleta y/o silla de ruedas”.*

El jefe de Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario La Paz con fecha 14 de marzo de 2017 emite informe al que acompaña diversa documentación (folios 284 a 327) en relación con las medidas establecidas en dicho hospital para la prevención y control de la infección nosocomial. Indica las medidas de asepsia adoptadas en los quirófanos utilizados para intervenir al paciente y expone, en relación con la neumonía nosocomial por *Pseudomona aeruginosa*:

*“La neumonía asociada a ventilador (NAV) es el proceso neumónico que desarrollan los enfermos sometidos a ventilación mecánica entre las 48 horas de la intubación y las 48 horas de la retirada de la ventilación mecánica, sin evidencia clínica de neumonía antes de la intubación. El riesgo de presentar una NAV se incrementa con el tiempo de intubación, especialmente cuando éste es superior a 24 horas. La incidencia de neumonía para pacientes sometidos a ventilación mecánica en España es de un 4,69% de los pacientes, con una tasa de incidencia de 5,77 neumonías por cada 1000 días de ventilación mecánica, según los últimos datos publicados por el Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva (ENVIN 2015).*

*El paciente ya presentaba una neumonía comunitaria posiblemente sobreinfectada por *Stenotrophomonas maltophilia* en el momento de ingreso y estuvo bajo ventilación mecánica y era portador de una traqueostomía desde el 15/02/2016 hasta el 29/04/2016.*

*El paciente presentaba diversos factores de riesgo para el desarrollo de infección como son: 67 días de ventilación mecánica y traqueostomía, bajo nivel de conciencia, antibioterapia previa al ingreso, tratamiento antibiótico, dos cirugías durante su estancia en la UCI, portador de catéter venoso central, portador de sonda urinaria, nutrición parenteral e inmunosupresión por tratamiento con corticoides a dosis elevadas.*

*Durante su ingreso en UCI se recogieron muestras para detectar colonización por microrganismos multirresistentes, con periodicidad semanal, de acuerdo a protocolo”.*

Con fecha 13 de noviembre de 2017 emite informe la Inspección Sanitaria (folios 2540 a 2566) que concluye que “la asistencia prestadas a D. (...) en el Centro de Salud Ensanche de Vallecas, Hospital Universitario Infanta Leonor y Hospital Universitario La Paz fue conforme a la normal práctica clínica”.

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes y de la historia clínica (folios 329 a 2518), se ha evacuado el oportuno trámite de audiencia.

Por escrito fechado el 11 de enero de 2018 los reclamantes efectúan alegaciones (folios 2605 a 2612) en las que manifiestan su disconformidad con las consideraciones de la Inspección Sanitaria porque consideran que los facultativos de Atención Primaria no hicieron una correcta anamnesis y que la historia clínica confirma que el destete del paciente el día 5 de febrero fue precipitado y que las medidas de asepsia adoptadas por ambos hospitales no fueron las correctas porque no evitaron la infección nosocomial del paciente. Acompaña con este escrito diversa documentación consistente en informes médicos y facturas (folios 2613 a 2643).

Se ha formulado propuesta de resolución por el viceconsejero de Sanidad (folios 2644 a 2649) con fecha 26 de febrero de 2018 desestimatoria de la reclamación al considerar que no existe la relación de causalidad entre la daño sufrido y la asistencia sanitaria prestada ni tampoco concurre la antijuridicidad del daño.

**CUARTO.-** Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 12 de marzo de 2018 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 126/18, 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 19 de abril de 2018.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación en soporte CD, 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 15.000 € 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.-** Al tratarse de un procedimiento iniciado a instancia de interesados el día 17 de febrero de 2017, según consta en los antecedentes, se regula por la LPAC según establece su artículo 1.1.

El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al haber recibido la atención sanitaria objeto de reproche. En relación con su pareja, han aportado certificado de empadronamiento que acredita la convivencia de los reclamantes, lo que permite justificar la reclamación por el perjuicio moral por pérdida de calidad de vida de su pareja.

Se cumple, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en un centro sanitario público de su red asistencial.

Por último y en lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP) 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 caso que nos ocupa, resulta de la documentación examinada que el paciente fue dado de alta hospitalaria del Hospital de Cantoblanco, el día 22 de diciembre de 2016, por lo que no cabe duda que la reclamación presentada el 17 de febrero de 2017 se ha formulado en plazo legal.

**TERCERA.-** La responsabilidad patrimonial del Estado se recoge en el art. 106.2 de la Constitución, 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 Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP) en su Título Preliminar, Capítulo IV, artículos 32 y siguientes. Regulación que, en términos generales, coincide con la que se contenía en los artículo 139 y siguientes de la LRJ-PAC.

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 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere conforme a lo establecido en el art. 139 LRJ-PAC:

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 4ª) de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho



Tribunal (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (recurso de casación núm. 4229/2011) 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 que el reclamante quedó ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Infanta Leonor, tras ser derivado por su médico de Atención Primaria el día 21 de enero de 2016, con los diagnósticos de sepsis de origen respiratorio por neumonía bilateral, insuficiencia respiratoria aguda secundaria, insuficiencia renal aguda y coagulopatía y que le fueron amputadas las cuatro extremidades al presentar necrosis severa.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron a la 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 se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 20 de septiembre de 2016 (recurso 60/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

En el presente caso, los reclamantes alegan que hubo mala praxis en la atención sanitaria dispensada por los médicos que le atendieron en el Centro de Salud Ensanche de Vallecas los días 19 y 20 de enero de 2016 porque, a pesar de haber manifestado síntomas respiratorios, no hicieron ninguna prueba y se limitaron a pautar un tratamiento para los vómitos y diarrea. Además, una vez diagnosticada e ingresado en situación de shock séptico en la UCI del Hospital Universitario Infanta Leonor, el día 5 de febrero de 2016 se realizó una extubación precipitada del paciente por lo que tuvo que volverse a intubar de urgencia a las 24 horas y provocó un empeoramiento significativo del paciente que culminó con una infección nosocomial y amputación de las cuatro extremidades al presentar necrosis severa. Consideran que

la infección nosocomial fue causada por la ausencia del cumplimiento de las medidas de asepsia exigidas.

Los interesados no aportan ningún informe pericial que acredite la existencia de mala praxis, tanto en la asistencia prestada por el Centro de Salud como por el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Infanta Leonor, limitándose a señalar que *“tampoco parece lo más adecuado que el paciente, víctima de la falta de diligencia profesional de la medicina (...) sean quienes deben soportar la carga de la prueba de acreditar qué resultado habría acontecido si hubiera recibido la asistencia médica que merecía”*.

En relación con la asistencia prestada por el Centro de Salud, del estudio de la historia clínica resulta acreditado que las tres veces que el paciente acudió a dicho centro lo fueron por motivos digestivos, al persistir las deposiciones diarreicas y fue el tercer día cuando su médico de Atención Primaria observó al paciente con mucha afectación del estado general, así como con problemas respiratorios.

Si bien es cierto que los informes del Servicio de Urgencias y de alta de Medicina Intensiva en el apartado *“historia actual”* reproducen como sintomatología que *“el paciente hace 10 días comienza a presentar tos, hace tres días comienza a presentar fiebre mayor de 38°, disnea, dolor en hemitórax derecho y vómitos, frecuentes, incontables, diarios”*, estos datos se mencionan cuando ya han sido diagnosticados los problemas respiratorios que hicieron que su médico de Atención Primaria le derivara al Servicio de Urgencias.

Debe tenerse en cuenta que la asistencia médica ha de atender las circunstancias de la asistencia y a los síntomas del enfermo, mediante un juicio ex ante y no ex post. Así lo ha manifestado el Tribunal Supremo en Sentencia de 13 de enero de 2015 (recurso de casación para la unificación de doctrina nº 2834/2013) y el Tribunal Superior de

Justicia de Madrid en su sentencia de 4 de abril de 2017 (recurso contencioso-administrativo nº 532/2015):

*«... la calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio “ex post”, sino por un juicio ex ante, es decir, si con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la diagnosis o tratamiento puede considerarse que tal decisión es adecuada a la clínica que presenta el paciente. Por lo tanto, de acuerdo a lo expuesto, el tratamiento que se sigue, en un juicio “ex post”, no es indiciario de una mala praxis médica, pues solo en un juicio “ex post” es cuando podríamos afirmar que habría que haber intervenido antes».*

En el mismo sentido se ha pronunciado reiteradamente esta Comisión Jurídica Asesora ya que la medicina supone únicamente una obligación de medios, los cuales fueron adecuadamente prestados y que no resulta procedente juzgar la corrección de una actuación médica partiendo de la evolución posterior del paciente, en una llamada “prohibición de regreso” a la que aluden los dictámenes 445/16, de 6 de octubre; 459/16, de 13 de octubre, y 471/16, de 20 de octubre, entre otros, y aplica la sentencia del Tribunal Supremo de 11 de julio de 2017 (recurso de casación para la unificación de doctrina nº 1406/2015) que *“impide sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, sólo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente, ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias concurrentes en el momento en que tuvieron lugar; en definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada valorando si conforme a los síntomas del paciente se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido, pues, que a partir del diagnóstico final se considere las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban”.*

En este sentido, el informe de la Inspección considera correcta la asistencia sanitaria prestada al paciente que acudió a la consulta del médico de Atención Primaria por vómitos y diarrea e indica que la causa más frecuente de las gastroenteritis son los virus, que el tratamiento generalmente es sintomático y los antibióticos solo se deben usar de forma restringida en casos muy concretos. *“El estudio para descartar algún proceso subyacente se iniciará si el proceso persiste más allá de cuatro semanas. Los médicos que atendieron al reclamante en las dos primeras ocasiones no encontraron signos de alarma en su exploración y optaron, como recomienda la bibliografía por el tratamiento sintomático, indicando el inicio de tratamiento antibiótico sólo si la diarrea persistía”.*

El tercer médico que valoró al reclamante objetivó una disociación entre la clínica referida por el paciente y la situación del mismo, que impresionaba de gravedad, motivo por el qué decidió remitirlo a Urgencias, con el fin de poder estudiarlo, ya antes de objetivar la saturación baja de oxígeno.

Las sentencias alegadas por los reclamantes como casos de pérdida de oportunidad no son asimilables al presente caso porque la Sentencia de 15 de junio de 2016 (recurso contencioso-administrativo nº 790/2013) del Tribunal Superior de Justicia de Madrid hace referencia a un supuesto en el que un paciente tras ser dado de alta hospitalario tras colecistectomía y con un cuadro de fiebre alta y dolor abdominal, su médico de Atención Primaria dejó transcurrir 10 días sin realizar más pruebas que una radiografía de tórax, por lo se produjo una pérdida de oportunidad en la medida en que *“no se practicó ninguna prueba que intentara diagnosticar el cuadro febril que el paciente padecía”*. La segunda sentencia, del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana de 18 de noviembre de 2011 (recurso contencioso-administrativo nº 568/2007) es relativa al retraso

de diagnóstico de una neumonía de un paciente al que se le trató de síndrome gripal a pesar de que acudió hasta en siete ocasiones durante más de dos meses a su Médico de Atención Primaria.

Las diferencias de las sentencias alegadas con el presente caso son evidentes, pues el paciente que no tenía ningún antecedente quirúrgico o pulmonar que pudiera hacer sospechar otro diagnóstico, acudió en tres días seguidos por un cuadro de vómitos y diarreas, siendo diagnosticados los problemas respiratorios el tercer día por su médico de Atención Primaria que derivó al paciente al Servicio de Urgencias.

En consecuencia, como señala la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010), en relación con la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, *«no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis 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”»*.

En relación con la alegación relativa a la extubación precipitada del paciente tampoco resulta acreditada. Así lo pone de manifiesto el informe del Servicio de Medicina Intensiva que indica que las pautas de extubación de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Infanta Leonor son las correctas y que existe un

porcentaje de pacientes extubados que deben ser reintubados y que se sabe que *“un porcentaje bajo de reintubaciones indica que los pacientes pueden estar permaneciendo intubados más tiempo del conveniente, con los efectos secundarios que la intubación prolongada innecesariamente puede acarrear”*. El informe señala que el porcentaje de reintubaciones del Hospital Infanta Leonor se encuentra dentro de los estándares que indica la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y de Unidades Coronarias.

Conclusión que también corrobora el informe de la Inspección al señalar que el paciente comenzó a estar hemodinámicamente estable, sin necesidad de drogas vasoactivas, sin fiebre, sin leucocitosis, con una radiografía de tórax aceptable, con secreciones fluidas, con unas necesidades de oxígeno bajas (FiO<sub>2</sub> de 0.3-0.4) y que *“se fue extremadamente cauto con el destete (duró varios días), ya que a pesar de pruebas con tubo en T de más de 120 minutos, se reconectó al paciente de nuevo al respirador, ante la aparición de cierta taquipnea o taquicardia”*.

Según el médico inspector:

*“Cuando se decidió extubar al paciente se hizo en base a los criterios objetivos ya expuestos, además el tubo oro traqueal parecía estar impactado (es decir obstruido por secreciones). De forma habitual cuando se produce la impactación del tubo oro traqueal se procede de dos formas distintas según la situación clínica del paciente.*

*Se extuba y se vuelve a reintubar de forma inmediata, en aquellos pacientes que no cumplen los criterios objetivos para la extubación, o bien se mantienen extubados los pacientes que se encuentran estables. En el caso del reclamante se optó por la segunda opción.*

*Ya se ha reseñado anteriormente que la posibilidad de reintubación es de un 13% y es muy difícil prever si va a existir un deterioro de la situación del paciente, habiéndose cumplido los criterios objetivos.*

*Por tanto en base a todo lo expuesto tanto el procedimiento de destete como de la extubación se hizo de acuerdo con la normal práctica clínica”.*

En relación con la neumonía nosocomial del paciente, como pone de manifiesto el informe de la Inspección, se trata de la complicación infecciosa más grave que presentan los pacientes críticos, y es la principal causa de muerte debida a infecciones adquiridas en el hospital. El informe de la Inspección Sanitaria pone de manifiesto que se trataba de un paciente *“con múltiples factores de riesgo para padecer una neumonía asociada a ventilación mecánica, entre los que se encuentran el hecho de haber ingresado con un shock séptico con fallo multiorgánico, haber desarrollado Síndrome de Distress Respiratorio del Adulto, haber requerido intubación y ventilación mecánica por un tiempo prolongado, sedación, relajación, antibioterapia desde el momento del ingreso, inmunodepresión, traslados extra-UCI e instrumentación de vías respiratorias”.*

De acuerdo con el informe de la Inspección:

*“Mientras el paciente estuvo ingresado en el Hospital Infanta Leonor presentó según los resultados de los cultivos de muestra respiratoria (<100.000ufc/ml) una colonización por Stenotrophomonas maltophilia. No se puede hablar de neumonía nosocomial según los criterios revisados, hasta el día 23/02/2016, momento en que se aísla en los cultivos de muestra respiratoria más de 100.000 ufc/ml de Stenotrophomonas maltophilia, tras inicio de fiebre, leucocitosis y empeoramiento respiratorio, sin desarrollo de shock séptico. De nuevo comenzó con fiebre, empeoramiento radiológico y desarrollo de shock séptico, con necesidad de*



*noradrenalina, aislándose en BAS >100.000 ufc/ml de Pseudomona aeruginosa el 18/03/2017, es decir tuvo un nuevo episodio de neumonía según los criterios revisados”.*

El médico inspector ha examinado las medidas adoptadas por los Servicios de Medicina Preventiva adoptados por el Hospital Universitario Infanta Leonor y el Hospital Universitario La Paz en relación con el paciente y concluye que *“en las Unidades de Cuidados Intensivos de ambos hospitales se llevan a cabo todas las medidas preventivas para evitar la Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (NAV) según la normal práctica clínica”.*

Finalmente, en relación con la alegación de los reclamantes relativa a la causa de la necrosis de las cuatro extremidades pone de manifiesto la situación de shock séptico con la que ingresó el paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos y cómo la alteración en la perfusión se había puesto de manifiesto en el Servicio de Urgencias: *«cianosis acra, mala perfusión periférica”, “cianosis y frialdad acras”, continuando los días posteriores durante el ingreso en UCI».*

Según pone de manifiesto el médico inspector, en la sepsis existe una alteración en la microcirculación que altera la liberación de oxígeno a los tejidos lo que conlleva una isquemia de los mismos, por lo que *“la necrosis de las extremidades se produjo en el contexto de la propia sepsis y no por una sobreinfección. No se puede descartar que el uso de drogas vasoactivas hubiera podido contribuir a agravar las lesiones isquémicas, sin embargo la situación clínica del paciente hizo necesario el uso de esta medicación, que en dichas situaciones no es sustituible por ninguna otra”.*

El informe de la Inspección concluye que todo el tratamiento y soporte en relación con la sepsis y shock séptico padecido por el reclamante se ha realizado de acuerdo con la normal práctica clínica.

Por tanto, las alegaciones de los reclamantes sobre la mala praxis resultan desvirtuadas por el informe de Inspección que concluye que la asistencia sanitaria prestada al paciente por el Centro de Salud Ensanche de Vallecas, el Hospital Universitario Infanta Leonor y el Hospital Universitario La Paz fue correcta. Conclusión a la debemos atenernos dado que el informe de la Inspección Sanitaria obedece a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 22 de junio de 2017 (recurso 1405/2012):

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

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

## **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado mala praxis en la asistencia sanitaria prestada a la reclamante.

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 19 de abril de 2018

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 178/18

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid