

Dictamen nº: **182/14**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **30.04.14**

**DICTAMEN** de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 30 de abril de 2014, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1 de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, en el asunto promovido por M.C.R.L., C.C.R. y F.J.C.R., sobre responsabilidad patrimonial por el fallecimiento de su cónyuge y padre respectivamente, A.C.G., que atribuyen a la asistencia sanitaria dispensada por parte del Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés, que consideran inadecuada por el retraso asistencial que llevó a un empeoramiento progresivo y la adquisición de una infección nosocomial.

## **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Mediante escrito presentado en el registro del Servicio Madrileño de Salud el día 24 de julio de 2012, los interesados, bajo dirección letrada, cursan reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por la que consideran deficiente asistencia sanitaria dispensada por parte de los servicios de Urgencias, Medicina Interna y Medicina Intensiva del Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés a su familiar y atribuyen su fallecimiento al retraso asistencial que conllevó un empeoramiento progresivo, además de sufrir el contagio de una infección bacteriana típicamente hospitalaria.

Indican que el paciente padecía una enfermedad coronaria cuya evolución se llevaba a cabo en el Hospital 12 de Octubre de Madrid y refieren que el día 6 de enero de 2012 precisó asistencia urgente domiciliaria por presentar una rectorragia acompañada de una sensación de astenia de varios días de evolución. Se decidió el traslado del paciente al Hospital Severo Ochoa de Leganés, quedando ingresado en el Servicio de Urgencias, a pesar de que los familiares insistían en que fuera llevado al Hospital 12 de Octubre, donde se encontraba su historial clínico. Hacen notar que el centro de Leganés no dispone de Cirugía Cardiaca.

El enfermo estuvo ingresado hasta el 10 de enero, fecha en la que fue trasladado a la planta de Medicina Interna, pero el progresivo deterioro respiratorio llevó a su traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos, donde ingresó con sospecha de encefalopatía posanóxica y donde permaneció ingresado hasta el día 28 de enero, fecha en la que falleció como consecuencia de un severo proceso séptico, hipoxia y encefalopatía posanóxica: *enterococo faecium, stafilococo y acinetobacter baumani*.

Finalmente, reprochan a la Administración:

- 1) La falta de vigilancia en planta y Urgencias, lo que conllevó al empeoramiento progresivo del paciente ante la desidia de los servicios sanitarios.
- 2) Aviso y traslado tardío a la UCI. Prueba de ello es que el paciente entró en parada cardiorrespiratoria en el momento de la llegada de los intensivistas. Desde varias horas antes el paciente había estado avisando de su malestar sin que se tomaran medidas y sin que fuera mínimamente atendido por ningún facultativo, permitiendo su evolución hacia la parada y posterior encefalopatía posanóxica, absolutamente previsible y evitable.

- 3) El paciente falleció por un cuadro clínico (shock séptico, hipoxia y encefalopatía posanóxica) distinto al que motivó su ingreso (problema digestivo y cardíaco). La hipoxia por retraso asistencial determinó su evolución posterior.
- 4) Tanto el *enterococo faecium* como en *acinetobacter baumann* son bacterias típicamente hospitalarias y fueron adquiridas por el paciente en el Hospital Severo Ochoa de Leganés.
- 5) Las medidas de asepsia fueron inexistentes. El manejo de la infección fue inadecuado. Atribuyen la infección adquirida durante la estancia en la UCI a las “*múltiples deficiencias en las medidas de asepsia*” por la ausencia de control y medidas de protección de las personas que acuden a visitar a los ingresados.
- 6) La ausencia de medidas de aislamiento.

Solicitan en concepto de indemnización y de acuerdo con la Resolución de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones de 24 de enero de 2012, la cantidad de 163.472 euros, de los cuales 111.458,83 euros corresponderían al cónyuge, 18.576 euros a cada uno de los dos hijos y en relación con el 10% del factor de corrección, por estar la víctima en edad laboral, los 14.861 euros restantes.

Adjuntan diversos informes médicos, a efecto de notificaciones designan un despacho de abogados y al haber “*tenido conocimiento de otros tres fallecimientos de pacientes en este Centro Hospitalario a causa de un posible brote de acinetobacter en las mismas fechas. Solicitamos se investigue adecuadamente esto y se solicite toda la información necesaria*

**SEGUNDO.-** De la documentación clínica que obra en el expediente se desprende lo siguiente:

El paciente, de 62 años de edad, en seguimiento por el Servicio de Cardiología del Hospital Universitario 12 de Octubre, contaba como antecedentes familiares importantes: hermano trasplantado, padres fallecidos por cardiopatía isquémica; y como antecedentes personales: hipertensión arterial severa, diabetes mellitus 2 desde 1983 en tratamiento con antidiabéticos orales e insulina y control deficitario de la glucemia, obesidad, ex bebedor desde hace 12 años, fumador de 10 cigarrillos diarios, diagnosticado de síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) en tratamiento con angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) sobre territorio femoral y eje ilíaco.

Los antecedentes cardiológicos importantes que presentaba comenzaron en 1993, cuando por una enfermedad coronaria se realiza ACTP con balón. En 2006 por angina estable, se practica una coronariografía que muestra una enfermedad severa de arteria coronaria circunfleja (CX) y diagonal, que se revascularizó mediante stents fármaco-activos. En enero de 2011 presentó un edema agudo de pulmón, con crisis hipertensiva en relación con una prueba de esfuerzo, presentando infarto sin onda Q (parte inicial del complejo QRS del electrocardiograma) y signos de insuficiencia cardiaca congestiva (ICC), objetivándose en dicho ingreso la presencia de una estenosis aórtica severa, con una disfunción ventricular moderada. Se realizó cirugía valvular el 25 de enero de 2011, colocándose prótesis valvular aórtica mecánica. Presentó complicaciones de sobrecarga hídrica, neumotórax derecho y fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida, que requirió tratamiento con amiodarona. En posteriores controles se objetivó hipertiroidismo atribuible a la amiodarona, motivo por el cual recibió tratamiento con esteroides y antitiroideo de síntesis, siendo controlado últimamente con dronedarona. Desde entonces presenta varios episodios de entrada en fibrilación auricular (FA) con respuesta ventricular rápida, que motivó acudir a los Servicios de Urgencia. Posible infarto

lacunar, presentando parestesias faciales, sintomático a raíz de la cirugía cardiaca, siendo seguido en la consulta externa de Neurología.

El día 6 de enero de 2012, a las 2:58 horas ingresa en Urgencias del Hospital Severo Ochoa de Leganés, por un cuadro de astenia de dos meses de evolución que se había agudizado en los últimos cuatro días, apareciendo empeoramiento de su disnea, que se hizo de mínimos esfuerzos desde hace una semana, con diarrea líquida que esa noche, tras dolor abdominal tipo cólico presenta episodio de rectorragia que no se repitió posteriormente (folio 374).

Se realiza exploración física, analítica con gasometría arterial y pruebas cruzadas, radiografía de tórax y electrocardiograma, presenta un nivel de anticoagulación de 6,6 y una HB de 8,5 gra./dl, precisando dos concentrados de hematíes y ante la aparición de fiebre e infiltrados pulmonares, fue etiquetado de cierto componente de insuficiencia cardiaca y neumonía en el lóbulo superior izquierdo lo que motivó que se iniciara un tratamiento antibiótico de amplio espectro.

Con el juicio clínico de anemia normocrómica, infección respiratoria sin condensación y el resto de los diagnósticos referidos en los antecedentes personales, los facultativos consideran necesario un estudio de anemia (folio 379).

Durante la mañana del 6 de enero se encuentra normotenso, afebril y asintomático. No realiza deposiciones y se pauta tratamiento antibiótico. Por la tarde se mantiene normotenso, afebril, con buena saturación de oxígeno y sin signos de sangrado, consciente y orientado. Por la noche presenta hipertensión arterial, sin dolor abdominal ni signos de sangrado.

El día 7 de enero pasa a la Unidad de Corta Estancia (UCE) con el juicio clínico de anemia, infección respiratoria y rectorragia.

El día 8 a primera hora, presenta ligero trabajo respiratorio. Glucemia basal en rango, se pone tratamiento y se retira oxigenoterapia, pero la saturación de oxígeno es justa por lo que se pone nuevamente oxígeno. Por la tarde la saturación es del 96%. Por la noche tiene buena saturación.

El día 9 de enero continúa con buena saturación de oxígeno, las constantes mantenidas y 37,1°C a primera hora de la noche que baja espontáneamente. Buena saturación con gafas nasales. Cefalea que cede con paracetamol vía oral.

El día 10, a las 7:00 horas comienza con tiritona y 37,8°C, se administra paracetamol intravenoso, poco después comienza con disnea y trabajo respiratorio, saturación del 88/89%. Se extrae analítica completa con gasometría arterial basal. Se pauta tratamiento, la saturación es del 95/96%. Disminuye la febrícula con el paracetamol, mejora el cuadro de disnea, la saturación es del 92%, sigue el tratamiento al que se añade antibioterapia. Se decide subir a planta, donde ingresa a las 12:15 h. por neumonía (folio 416).

A las 21:00 horas del 10 de enero llama a la enfermera porque la saturación de oxígeno es del 84%, se avisa a medicina intensiva por desaturación severa e insuficiencia respiratoria, con desaturación arterial y signos de edema agudo de pulmón, presentando hipotensión, taquipnea, aumento del trabajo respiratorio, y sudoración. Fue valorado por el Servicio de Medicina Intensiva, que decidió su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), de camino a la cual sufre una parada cardiorrespiratoria, por disociación electromecánica, en probable relación con la hipoxia, lo que obligó a intubar e iniciar maniobras de resucitación cardiopulmonar avanzada (RCP) durante 10 minutos, precisando una infusión de adrenalina y atropina. A partir de ese momento el paciente entra y sale de fibrilación auricular (FA) con respuesta ventricular no controlada, con

repercusión hemodinámica que precisa varias cardioversiones eléctricas, la mayor parte de ellas infructuosas.

Al ingreso en UCI los diagnósticos son: edema agudo de pulmón en paciente con cardiopatía, insuficiencia renal aguda, y shock séptico de probable origen respiratorio (folio 139).

Por los antecedentes de toxicidad por amiodarona, se inició tratamiento con propafenona y digoxina, consiguiéndose frenar el nodo V, estando posteriormente básicamente en ritmo sinusal con complejo QRS estrecho y con múltiples episodios de extrasistolia supraventricular y ventricular, a veces politópicas y en parejas. Ingresa con fiebre elevada y se decide monitorización hemodinámica mediante catéter flotante en arteria pulmonar, que objetivó en el momento de su instauración una situación de shock cardiogénico (índice cardíaco 1,8, PCP presión capilar pulmonar 33) iniciándose tratamiento con dobutamina, a la que posteriormente se asoció noradrenalina una vez remontado el gasto.

Ante la persistencia de la fiebre y la leucocitosis, sin un foco claro salvo el respiratorio, se modificó la terapia antibiótica ampliando el espectro y permaneció afebril durante los primeros días, consiguiéndose una situación hiperdinámica, con gastos cardíacos que llegaron hasta 9,5 y consiguiéndose descenso de la presión capilar pulmonar con terapia diurética y vasodilatadora. A pesar de la resucitación, el paciente desarrolló un fracaso renal progresivo, con cifras de creatinina de hasta 4 mg/dl, que con furosemida y adecuada precarga se consiguió pasar a fase poliúrica, normalizándose los parámetros de la función renal.

Precisó sedación para adaptación a la ventilación mecánica y se realizan varias ventanas de sedación, sin conseguir un nivel de conciencia adecuado, siendo la mejor situación obtenida de 7 puntos en la escala de Glasgow (apertura ocular, respuesta en extensión y nula respuesta verbal), con un mal pronóstico neurológico.

El tratamiento combinado con propafenona y digoxina que había conseguido controlar la arritmia fue preciso suspenderlo ya que el día 18 de enero de 2012 presentó un episodio súbito de fibrilación ventricular, que precisó 2 choques eléctricos de 200 julios, saliendo en ritmo sinusal, por lo que una vez comprobada la existencia de una situación eutiroidea (hormona tiroestimulante de 0,3, T4 0,89) y tras mantener tratamiento esteroideo, se decidió tratamiento con amiodarona controlando los efectos adversos de dicha droga con terapia esteroidea y si precisara, asociando antitiroideos de síntesis.

En una ecocardiografía de control, y tras 6 hemocultivos negativos, una PCR de 13 y sin signos sistémicos de infección, se muestra una imagen subvalvular que aconsejaba la realización de ecografía transesofágica que una vez realizada descartó la existencia de vegetaciones.

Ante las malas perspectivas neurológicas que iban a requerir soporte respiratorio prolongado se realizó traqueotomía percutánea sin incidencias, y cuando la situación respiratoria mejoró se inició destete; el paciente sufrió un severo proceso séptico (cultivándose *Enterococo Faecium* y *Acinetobacter Baumanii* en hemocultivos) que provocó una situación de shock séptico refractario falleciendo en asistolia a las 18:30 horas del día 28 de enero de 2012.

**TERCERO.-** Por los hechos que anteceden se ha incoado el correspondiente expediente por responsabilidad patrimonial de la Administración de conformidad con lo dispuesto en los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC) y en el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo por el que se aprueba el Reglamento de Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (RPRP).

Mediante escrito de 3 de septiembre de 2012, se requiere a los interesados la documentación que acredite el parentesco entre el fallecido y los reclamantes. En cumplimiento de lo anterior presentan copia del Libro de Familia.

Se ha incorporado al expediente la historia clínica y documentos médicos del paciente, incluidos los informes del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario 12 de Octubre, y de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 10 RPRP, se han recabado los informes de los servicios del Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés, supuestamente causantes del daño.

El jefe de la Unidad de Urgencias Generales, con fecha 19 de septiembre de 2012 informa que:

*“- El paciente fue atendido en el servicio de urgencias el 6 de Enero de 2012. En primer lugar se realizaron anamnesis y exploración física exhaustivas, donde se puso en valor todos los antecedentes personales e informes previos del paciente, y se incluyeron en los antecedentes personales de la historia clínica y formaron parte posterior del juicio clínico, como se objetiva en la historia del paciente. Por tanto, es falso que no fueran valorados los informes previos del H 12 de Octubre.*

*- Tras la realización de analítica sanguínea completa y estudio radiológico, se estableció el juicio clínico (síndrome anémico, episodio de sangrado digestivo bajo, infección respiratoria), se procedió a iniciar tratamiento (transfusión de hematíes y antibioterapia), tras lo cual el paciente experimentó mejoría progresiva, como consta tanto en las hojas de evolución médica como de enfermería. Además, se inició el estudio de su síndrome anémico y el estudio microbiológico de su cuadro infeccioso, se siguió de forma atenta y estrecha la evolución y se informó puntualmente al paciente y sus familiares, como consta*

*todo ello de forma detallada en las hojas de evolución del Sº de Urgencias. Por tanto, es también falso que el paciente estuviera abandonado durante su estancia en Urgencias.*

*- El paciente presentó un pico febril con incremento de su disnea de base a las 07:00 h del día 10 de Enero. Como también consta de forma pormenorizada tanto en las gráficas de enfermería como en las hojas de evolución médica, el personal de enfermería avisó al médico de guardia del servicio, que tras interrogar al paciente y realizar exploración física exhaustiva, indicó realización de gasometría arterial, analítica sanguínea completa, RX de tórax y nuevos cultivos para contribuir a la filiación del cuadro infeccioso. Tras instaurar oxigenoterapia y broncodilatadores, mejoran las constantes vitales y es nuevamente evaluado por los médicos del Sº de Urgencias: refiere mejoría subjetiva muy relevante y presenta normalidad en las constantes vitales y en el estado de oxigenación (saturación de O2 del 97%). Se realiza nuevo interrogatorio de las causas y exploración completas, y se ponen en valor los resultados de análisis y radiografías realizados y se completa el juicio clínico. Como puede comprobarse en las hojas de evolución, el paciente fue atendido en múltiples ocasiones y queda constancia escrita de ello, por parte de diferentes profesionales. Por tanto, la afirmación de que no fue interrogado por ningún médico, dado lo exhaustivo del escrito, no es falso sino que constituye una mentira.*

*- Tras la mejoría y normalización de las constantes, y con el paciente eupneico, consciente y sin sintomatología cardinal grave, ingresa en planta de Medicina Interna a las 12:15 h del día 10 de Enero de 2012.*

*- Respecto a las normas de asepsia, se siguieron escrupulosamente las generales del centro (periodicidad de limpieza por turno, esterilidad*

*de todos los procedimientos invasivos, incluida la extracción de analítica). Se pautó antibioterapia de espectro adecuado a la edad y enfermedades del paciente, en espera de los resultados de los estudios microbiológicos según los protocolos vigentes en el centro (neumonías en urgencias) y a las guías de práctica clínica vigentes (Documento de consenso de la Sociedades españolas de Microbiología, patología respiratoria, enfermedades infecciosas, medicina de urgencias y de quimioterapia) inicialmente con levofloxacino, y ante la aparición del pico febril y dada la localización pulmonar inicial, se añadió clindamicina. Los controles de bioseguridad del Sº de urgencias son los propios de todos los servicios similares de la Comunidad de Madrid, y son indicados; realizados y puestos en valor por el Sº de Medicina Preventiva.*

*- Como puede comprobarse en la historia clínica, son falsas todas las acusaciones vertidas contra el Sº de urgencias, (probablemente constituyan una mentira deliberada y fácilmente evidenciable), tanto sobre la falta de valoración de sus informes previos, como del abandono del paciente y de la falta de atención ante su empeoramiento. Por el contrario, en la parte correspondiente al Sº de Urgencias (figura al final del dossier Hº Clínica, no ha sido aparentemente revisado por los denunciantes) se puede comprobar una atención estrecha y constante, de la cual se deja constancia por escrito y que demuestra el interés por el paciente y profesionalidad del personal del servicio.*

*Por todo lo anterior se concluye que no sólo no ha habido mala praxis, sino que la atención recibida por el paciente ha sido de la más alta calidad, y por tanto no existe ninguna responsabilidad patrimonial por la actuación del personal del servicio de urgencias ni procede a compensación económica alguna”.*

Del informe del jefe de Servicio de Medicina Interna, de 20 de septiembre de 2012, cabe destacar que:

*“- Durante su estancia en Planta de M. Interna (9 horas), el paciente recibió el tratamiento médico adecuado, con broncodilatadores, esteroides, oxígeno y antibióticos de amplio espectro, así como su medicación cardiológica, insulina y heparina profiláctica.*

*- A su llegada a Planta mantenía constantes vitales normales; presentando un empeoramiento brusco, con insuficiencia cardiorrespiratoria aguda (secundaria a su infección respiratoria y su patología cardíaca previa), posiblemente con edema agudo de pulmón, que motivó su rápido traslado a UCI”.*

También se ha incorporado el informe del jefe de Sección de Medicina Intensiva que con fecha 27 de septiembre de 2012, tras rebatir los argumentos aducidos por los interesados en su reclamación, expone los antecedentes clínicos más relevantes del paciente, sus incidencias asistenciales y los factores contribuyentes a la evolución de su cuadro, formulando, con independencia de las consideraciones jurídicas que correspondan y desde el punto de vista de la atención dispensada, las siguientes conclusiones:

*“1. El dilatado tiempo de evolución del empeoramiento clínico del paciente previo a su ingreso en el Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés (establecido en la Historia Clínica entre varios días y más de un mes) le habrían permitido consultar en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Doce de Octubre, tal y como había hecho en otras ocasiones anteriores. Al recurrir a los Servicios de Urgencias Extrahospitalarias de la Comunidad de Madrid - SUMMA 112- resultaba obligado su traslado al Hospital de Referencia correspondiente al Área Sanitaria.*

2. *Aun comprendiendo el deseo, tanto del paciente como de sus familiares, de retrasar la consulta en Urgencias teniendo en cuenta las fechas en las que se produjo el empeoramiento clínico (Navidades de 2011), probablemente tal demora condicionó un mayor deterioro de la situación que pudo haber influido en la evolución ulterior. Igualmente pudo ser un factor determinante en la situación de saturación del Servicio de Urgencias referida en el escrito de alegaciones, así como del retraso en su ingreso en Planta.*
3. *El empeoramiento clínico del paciente guarda una estrecha relación con el episodio de bacteriemia y síndrome febril (probablemente secundario a infección respiratoria) que condicionó la reaparición de taquiarritmias (previamente ya documentadas) y subsecuente Edema Agudo de Pulmón, responsable de los episodios de Insuficiencia Respiratoria Aguda grave, de desarrollo súbito, que finalmente fueron responsables de la Parada Cardiorrespiratoria ocurrida al ingreso en UCI.*
4. *La puntuación alcanzada por el paciente en las distintas escalas de gravedad/pronóstico durante las primeras 24 horas de ingreso en UCI (APACHE II: 42 puntos; SAPS II: 74 puntos y MPM IIo: 0.91) auguraban ya un mal pronóstico en el momento de su ingreso (probabilidad estimada de supervivencia <10%). ANEXO I.*
5. *La decisión de permitir el acceso a los familiares a la UCI sin elementos de protección (batas, calzas, etc.) se adoptó en 2006, después de considerar los resultados de múltiples estudios publicados en años precedentes que demostraron que dicha medida no condicionaba un incremento en la tasa de infecciones de los pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Críticos. Desde su implantación los datos de seguimiento obtenidos en nuestra Unidad (controles periódicos*

establecidos por el Servicio de Medicina Preventiva) corroboran los entonces publicados. *ANEXO II.*

6. Los propios controles internos establecidos en la UCI, manteniendo un exhaustivo procesamiento de muestras para su estudio microbiológico, favorecen el establecimiento de tratamientos antibióticos correctamente dirigidos (según los resultados del antibiograma), así como el establecimiento automático de rigurosas medidas preventivas -aislamiento- en el caso de detección de gérmenes multirresistentes (más exigentes que las habitualmente recomendadas), tal y como sucedió en el caso que nos ocupa. *ANEXO III.*

7. En el mismo sentido hay que considerar la participación de nuestra Unidad en el Registro Nacional ENVIN-HELICS (Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva), en cuyo informe correspondiente al año 2011 queda patente el preocupante incremento de los patógenos resistentes (entre los que se incluyen el *Acinetobacter Baumanii* y el *Enterococcus Faecium*) en el conjunto de las UCIs Españolas (de forma similar a lo sucedido en las Europeas y de EE.UU.). En dicho informe se puede constatar igualmente el incremento de riesgo existente para la adquisición de infecciones hospitalarias derivado de determinadas condiciones clínicas y los necesarios procedimientos terapéuticos utilizados (coma persistente, catéteres venosos centrales, catéteres arteriales, técnicas de depuración extrarrenal, ventilación mecánica prolongada, nutrición artificial. . .). *ANEXO IV.*

8. Entre las múltiples incidencias evolutivas registradas durante su estancia en la UCI hay que destacar la recurrencia de arritmias múltiples, incluyendo un episodio de fibrilación ventricular, recuperado, el 19/01/2012. *ANEXO V*

9. Por último, resulta sorprendente que durante los 22 días de estancia en el Hospital (y tres diferentes Servicios) no coincidieran con nadie -al parecer- entre todo el personal que se dirigiera a los familiares con educación, amabilidad e incluso cercanía ante la difícil situación que estaban atravesando (consultar *ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN*)”.

Completan el informe los anexos a los que se hace referencia en el escrito y que incluyen el Resultado de Muestreos Ambientales en el Hospital Severo Ochoa de Leganés de 2011 y el Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva.

El informe de la Inspección Sanitaria de 8 de octubre de 2012, tras analizar y exponer detalladamente las actuaciones llevadas a cabo durante el tiempo que el paciente permaneció ingresado y del estudio, análisis y comprobados documentalmente los hechos, concluye:

“1. El paciente ingresó en el Servicio de Urgencias del Hospital Severo Ochoa con una sintomatología que no solo llevó al personal sanitario, facultativos, enfermeros, auxiliares, etc, a dejarlo ingresado, sino que se realizó un exhaustivo estudio de su Historia Clínica (H. 12 de Octubre), instaurándose desde el primer momento y sin dilación el tratamiento adecuado; en primer lugar al del motivo del ingreso urgente y al de su patología de base muy grave.

2. Podemos concluir que no hubo abandono ni desasistencia por parte de los facultativos en el Servicio de Urgencias ni cuando, una vez estabilizado, subió a planta. Según consta en las hojas de evolución, el paciente estuvo asistido todo el tiempo, como se comprueba también por los cambios y ajustes en el tratamiento (que no pueden modificar el personal de enfermería sin orden de un facultativo).

3. La reclamación indica que el «paciente se estaba ahogando y no acudía nadie», no obstante, se diagnosticó de tal modo que se avisó a UCI donde estuvo ingresado tras la PCR que surgió. Una PCR como hemos visto no tiene pródromos evidentes, dados los antecedentes del paciente, aunque no podía preverse, tampoco es infrecuente.

4. El reclamante también alude a la «higiene deficiente que pudo causar infección al paciente». Entre las actuaciones realizadas por el Inspector que suscribe, está el haberse personado en el Hospital, comprobando que se rige por el protocolo, que también adjunta en informe el Jefe del Servicio de UCI.

Por otra parte las infecciones oportunistas nosocomiales afectan a pacientes con graves patologías como el caso que nos ocupa. Tampoco hemos podido detectar que otros pacientes hubieran tenido infecciones de Enterococo Faecium ni otras durante las fechas en que estuvo ingresado [el paciente].

Por todo cuanto hemos estudiado, estimo que no solo se han empleado todos los medios existenciales (sic) con gran celo profesional, sino con exquisito interés utilizándose todos los medios técnicos y humanos para la mejoría del paciente que finalmente falleció sin que se pudiera evitar. Por tanto entendemos que la asistencia se ajusta a «*Lex Artis ad Hoc*».

También se ha incorporado, el informe médico pericial de orientación elaborado por un licenciado en Medicina y Cirugía y Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, a solicitud de la aseguradora del Servicio Madrileño de Salud, con el fin de valorar si la asistencia prestada al paciente en relación con el diagnóstico y tratamiento de una infección respiratoria en el Hospital Severo Ochoa fue acorde con la *lex artis ad hoc* y cuyas conclusiones evidencian que el 6 de enero de 2012, el paciente fue

atendido y diagnosticado en el Servicio de Urgencias del Hospital Severo Ochoa de Leganés de una neumonía, donde:

*“(...) Recibió las atenciones y tratamientos adecuados en base a su diagnóstico y patologías previas y el día 10 de Enero presentó un empeoramiento brusco de su estado, que motivó su ingreso en UCI tras sufrir un paro cardíaco (...) Durante su estancia en UCI presentó diversas complicaciones derivadas de la gravedad de su estado, entre las cuales se demostró una infección por gérmenes nosocomiales (...) A pesar de aplicar los medios diagnósticos, terapéuticos y preventivos para tratar el cuadro, el paciente fallece el día 27 de Enero de 2012 debido a un shock séptico refractario”.*

La conclusión final considera que la atención prestada al paciente fue correcta y ajustada a la *lex artis ad hoc*.

En cumplimiento del procedimiento legalmente establecido, fue conferido trámite de audiencia con remisión del expediente a los interesados, por correo, con acuse de recibo el día 13 de noviembre de 2013, que quedó incorporado al expediente.

No consta la presentación de alegaciones ni el aporte de nuevos documentos por parte de los reclamantes.

El 5 de marzo de 2014 se elevó por la secretaria general del Servicio Madrileño de Salud (por delegación de firma del viceconsejero de Asistencia Sanitaria en virtud de Resolución 26/2010, de 28 de julio) propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por los interesados, al quedar acreditada la adecuación de la *lex artis* prestada y no observarse relación de causalidad entre la actuación sanitaria y el daño aducido por los reclamantes, ni la necesaria antijuricidad de éste.

**CUARTO.-** Por el consejero de Sanidad, mediante escrito de 18 de marzo de 2014, registrado de entrada el día 24 del mismo mes y número de expediente 137/14, se formula preceptiva consulta a este Consejo Consultivo por trámite ordinario, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección V, presidida por el Excmo. Sr. D. Ismael Bardisa Jordá que firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo en su sesión de 30 de abril de 2014.

El escrito solicitando el dictamen fue acompañado de la documentación, en soporte CD, que se consideró suficiente y de la que se ha dejado constancia en los anteriores antecedentes de hecho.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes,

## CONSIDERACIONES DE DERECHO

**PRIMERA.-** La solicitud de dictamen a este Consejo Consultivo resulta preceptiva, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 13.1.f).1º de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, reguladora del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid (en adelante LCC), por ser superior a quince mil euros la cuantía de la indemnización, y se efectúa por el consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 14.1 de la citada Ley. Siendo preceptivo el dictamen, no tiene, sin embargo, carácter vinculante (artículo 3.3 LCC).

El presente dictamen ha sido evacuado dentro del plazo ordinario establecido en el artículo 16.1 LCC.

**SEGUNDA.-** Como resulta de los antecedentes, el procedimiento de responsabilidad patrimonial se inició a instancia de interesado, y su

tramitación se encuentra regulada en los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común, desarrollados en el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial.

Poseen los reclamantes legitimación activa para reclamar los daños morales derivados del fallecimiento de su cónyuge y padre, respectivamente, relación de parentesco que ha sido acreditada en el expediente con la aportación de copia del Libro de Familia.

La indemnización que, en su caso, correspondería lo sería por daños morales, que tiene su sustrato en las relaciones afectivas, familiares, u otras semejantes. Así la sentencia del Tribunal Supremo de 4 de noviembre de 1999, señala que *“aquella persona ligada a la víctima por vínculos próximos de familia, afectos, relaciones de convivencia real, dependencia económica u otras situaciones de recíproca asistencia y amparo que determinen real y efectivamente perjuicios derivados directamente de la muerte producida”*.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, titular del servicio a cuyo funcionamiento se vincula el daño al encontrarse el Hospital Universitario Severo Ochoa integrado en la red pública sanitaria de la Comunidad de Madrid.

Al pretender el resarcimiento del daño el día 24 de julio de 2012 habiéndose producido el fallecimiento del paciente el 28 de enero de ese mismo año, se encuentra dentro del plazo legalmente establecido, puesto que el artículo 142.5 de la LRJ-PAC dispone que *“el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños de*

*carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o determinación del alcance de las secuelas”.*

El procedimiento se ha instruido cumpliendo los trámites preceptivos previstos. Especialmente, se ha recabado informe de los servicios cuyo funcionamiento supuestamente han ocasionado el daño y se ha evacuado el trámite de audiencia exigidos en los artículos 9, 10 y 11 del RPRP, respectivamente, y en los artículos 82 y 84 LRJ-PAC.

**TERCERA.-** La responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas viene establecida, con el máximo rango normativo, por el artículo 106.2 de nuestra Constitución, a cuyo tenor: *“los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. La regulación legal de esta responsabilidad está contenida en la actualidad en la LRJ-PAC y en el reglamento de desarrollo anteriormente mencionado, disposiciones que en definitiva vienen a reproducir la normativa prevista en los artículos 121 y 122 de la Ley de Expropiación Forzosa de 16 de diciembre de 1954, y el artículo 40 de la Ley de Régimen Jurídico de la Administración del Estado de 26 de julio de 1957. El artículo 139 de la citada LRJ-PAC dispone, en sus apartados 1 y 2, lo siguiente:

*“1.- Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos.*

*2.- En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.*

Como señala la doctrina del Tribunal Supremo, que plantea el estado de la cuestión en responsabilidad patrimonial de la Administración en materia de asistencia sanitaria -Sentencias de 26 de junio (recurso 6/4429/04), 29 de abril (recurso 6/4791/06) y 15 de enero (recurso 6/8803/03) de 2008- para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado 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) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

**CUARTA.**- En el caso que nos ocupa está acreditado el fallecimiento de una persona, mediante informe médico, que provoca un *“daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto”* (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004 -recurso 7013/2000- y en similar sentido la Sentencia de 25 de julio de 2003 -recurso 1267/1999-) y que jurisprudencia consolidada ha admitido como supuesto de lesión indemnizable (Sentencias del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 1993 -recurso 395/1993-, 19 de noviembre de 1994 -recurso 12968/1991- y 28 de febrero de 1995 -recurso 1902/1991-), aunque de difícil valoración económica.

Sentado lo anterior es obligado determinar si la asistencia sanitaria dispensada se ajustó a los parámetros de la *lex artis*, lo que enerva la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, porque de acuerdo con una larga y consolidada jurisprudencia que se reitera en la citada Sentencia del Tribunal Supremo de 26 de junio de 2008,

*“a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente”, o lo que es lo mismo, la Administración sanitaria no puede constituirse en aseguradora universal y por tanto no cabe apreciar una responsabilidad basada en la exclusiva producción de un resultado dañoso”.*

Por otra parte, no cabe olvidar que en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración la carga de la prueba de los presupuestos que hacen nacer la responsabilidad indemnizatoria, salvo circunstancias concretas que no vienen al caso, recae en quien la reclama (Sentencias del Tribunal Supremo de 25 de julio de 2003 -recurso 1267/1999-, 30 de septiembre de 2003 -recurso 732/1999- y 11 de noviembre de 2004 -recurso 4067/2000- entre otras).

Sin embargo, en el caso que nos ocupa la adecuación a la *lex artis* que de los informes obrantes en el expediente se infiere no ha sido contradicha por los reclamantes con medios probatorios, que no aportan ninguna prueba de la vulneración de las buenas prácticas médicas por la actuación sanitaria de la que pudieran derivarse resultados indemnizatorios para la Administración, más allá de sus alegaciones que no hacen prueba de lo cuestionado.

Por el contrario, todos los informes obrantes en el expediente ponen de manifiesto que la asistencia prestada al familiar de los reclamantes fue adecuada y conforme con la *lex artis*. Los informes del jefe de Servicio de Medicina Interna, del jefe de Sección de Medicina Intensiva, así como el

de la Inspección y el pericial evacuado a instancias de la compañía aseguradora coinciden en tomar como punto de partida el que las graves patologías previas del paciente, unido a aquéllas por las que consultó conllevan un elevado riesgo de mortalidad.

Acerca de la alegada necesidad de que el paciente fuera trasladado al Hospital Universitario 12 de Octubre, en el que era seguido de su patología coronaria, en lugar de al Hospital Severo Ochoa, el jefe de sección de Medicina Intensiva explica que los equipos de urgencia extrahospitalaria deben derivar a los pacientes al hospital de referencia, salvo que desde el inicio se evidencie que precisan tratamientos no disponibles en dicho Hospital, supuesto que no concurre en el que nos ocupa. Sobre este extremo la Inspección, haciendo suyas las consideraciones del jefe de Sección de Medicina Intensiva, indica que:

*“el dilatado tiempo de evolución del estado clínico del paciente previo a su ingreso en el H. Severo Ochoa (se observa en la H<sup>a</sup> Clínica, entre varios días a un mes) le habría permitido acudir al S. Urgencias del H. 12 de Octubre, tal y como había hecho en otras ocasiones. Al recurrir al SUMMA 112 resultaba obligado su traslado al Hospital de referencia de su Área Sanitaria (H. Severo Ochoa en Leganés)”.*

Por otra parte, la historia clínica del paciente desmiente la alegación referente a que no se valoraron los antecedentes del paciente por los que estaban en seguimiento en el Hospital Universitario 12 de Octubre, por cuanto que en los diversos informes se hace constar tanto los antecedentes personales como los familiares del paciente y precisamente, en función de ellos, se adoptaron algunas decisiones médicas, circunstancia que queda corroborada por los informes de los servicios intervinientes.

Analizando la estancia del paciente en los diversos servicios en los que fue atendido cabe indicar lo siguiente. En clara discrepancia con las

alegaciones de los reclamantes, los médicos informantes consideran que durante la estancia del paciente en el servicio de Urgencias, los tratamientos y cuidados dispensados fueron correctos y adecuados. Por su parte, la historia clínica advera que se hizo un estricto seguimiento del paciente. A su ingreso se le realizó exploración física, analítica, tacto rectal y radiografía de tórax, llegándose al diagnóstico de anemia e infección respiratoria, pautándose transfusión sanguínea y antibiótico de amplio espectro, e iniciándose un estudio de la anemia.

A primera hora de la mañana del día 10 de enero sufre un repentino empeoramiento, con un pico febril y aumento de la disnea, por lo que se avisa a la médica de guardia que realiza una exploración física, e indica la realización de analítica, gasometría radiografía de tórax y nuevos cultivos, instaurando oxigenoterapia y broncodilatadores con los que mejoraron las constantes vitales y los niveles de oxigenación del paciente.

En atención a estas consideraciones, la Inspección concluye que no hubo abandono ni desasistencia por parte de los facultativos del Servicio de Urgencias ni cuando, una vez estabilizado, subió a planta. El paciente estuvo asistido todo el tiempo, como lo demuestran los cambios y ajustes del tratamiento.

Durante su corta estancia en la planta de Medicina Interna recibió tratamiento con broncodilatadores, oxígeno y antibióticos de amplio espectro y ante el empeoramiento brusco se decide su traslado a la UCI, durante el cual sufre una parada cardiorrespiratoria de la que se le consigue recuperar. En relación a la parada cardiorrespiratoria, la Inspección explica que las patologías que padecía el enfermo favorecían su producción, pero descarta que pudiera ser prevista porque fue de instauración súbita al no presentar pródomos. En todo caso, se resolvió de modo eficaz, a criterio de la Inspección, gracias a una actuación precoz.

En cuanto a la asistencia en la UCI, a la vista de los informes existentes, ha de concluirse que fue, asimismo, correcta, instaurándose los tratamientos acordes con las patologías que se fueron presentando. Específicamente la Inspección descarta que hubiera habido retraso en el traslado del paciente a la UCI, a pesar de lo afirmado por los reclamantes.

Respecto a la aducida ausencia de medidas de asepsia en esta unidad, que posibilitó la infección del paciente, ha recibido cumplida respuesta en el informe del jefe de Sección de Medicina Intensiva, de la que se hace eco también la Inspección. En ambos se indica que la decisión de permitir el acceso de los visitantes a la UCI sin elementos de protección, tales como batas, calzas, etc, se adoptó en 2006 después de comprobar en diversos estudios que dicha medida no incrementaba la tasa de infecciones de los pacientes, conclusión que ha quedado corroborada con posterioridad a la implantación de esta medida.

En los supuestos de contracción de infecciones nosocomiales en intervenciones quirúrgicas, este Consejo Consultivo viene exigiendo, en razón del principio de facilidad de la prueba, una explicación razonable de la Administración sobre las medidas adoptadas para prevenir la infección. En tales casos, recogíamos la exigencia de que fuera la propia Administración la que demostrara la sujeción de la actuación de sus facultativos a la *lex artis* mediante la aplicación de la profilaxis antibiótica correspondiente al tipo de cirugía realizado. Dicha acreditación sirve para establecer, en tales casos, la línea de separación entre la consideración de la infección como un riesgo inherente al ingreso hospitalario o la imputación del daño a la Administración (en dicho sentido, entre otros, nuestros dictámenes 221 y 224 de 2011).

Sin embargo, en el caso examinado no se está ante una intervención quirúrgica, sino frente a una simple estancia de un paciente en el ámbito hospitalario. No tiene sentido afirmar, por consiguiente, la necesidad de

adoptar las medidas de profilaxis propias del paso de los pacientes por el quirófano. Antes bien, en el reclamante concurre una situación de riesgo de contraer infecciones nosocomiales por concurrir la circunstancia de ser un paciente con importantes patologías de base. Ello determina una evidente debilitación del sistema inmunológico, que le hace proclive a resultar infectado sin necesidad de mala práctica o déficit profiláctico en la actuación sanitaria, en cuanto, como también se ha dicho en numerosas ocasiones, la posibilidad de una infección nosocomial constituye un riesgo inherente a la asistencia hospitalaria. En dicho sentido inciden tanto el informe de la Inspección Médica, al señalar que las infecciones nosocomiales afectan a pacientes con graves patologías, como el del jefe de Sección de Medicina Intensiva, en el que se alude al Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial en Servicios de Medicina Intensiva, cuyo informe del año 2011, que se adjunta al informe, permite constatar el incremento del riesgo de padecer una infección hospitalaria, derivado de determinadas condiciones clínicas y los procedimientos terapéuticos empleados (coma persistente, catéteres venosos centrales, catéteres arteriales, técnicas de depuración extrarrenal, ventilación mecánica prolongada, nutrición artificial, etc), algunos de los cuales concurren en el caso que nos ocupa.

Entre las actuaciones realizadas por la Inspección en el curso de este procedimiento está el haberse personado en el hospital, comprobando que se respetan los protocolos en materia de higiene y sin que se haya detectado, contrariamente a lo sostenido por los interesados, que otros pacientes hubieran tenido infecciones por *enterococcus faecium*.

Por otra parte, se han incorporado al expediente los resultados de los muestreos ambientales realizados por el Servicio de Medicina Preventiva en la UCI el 27 de diciembre de 2011 y el 29 de febrero de 2012, es decir, pocas fechas anteriores y posteriores a la estancia del paciente en la citada Unidad, siendo dichos resultados correctos (folios 567 a 572).

Además, durante la estancia del paciente en la UCI se efectuaron al enfermo numerosos controles para detectar posibles infecciones y atajarlas de modo efectivo, como figura en la historia clínica. Así, los días 10, 11, 14, 16, 17, 24, 25, 26 y 27 se le realizaron pruebas microbiológicas de sangre, orina y broncoaspirado (folios 574 a 586), lo que permitió ajustar el tratamiento antibiótico en función de las bacterias que iban apareciendo en los cultivos.

En mérito a quanto antecede, el Consejo Consultivo formula la siguiente

## CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración, ya que la atención sanitaria prestada fue conforme a la *lex artis ad hoc*.

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 este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3.7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 30 de abril de 2014