

Dictamen n°: **364/13**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **11.09.13**

**DICTAMEN** de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad en su sesión de 11 de septiembre de 2013, 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 J.M.F.C., y M.P.F.G., M.J.F.G., J.M.F.G. y M.O.F.G. (en adelante “*los reclamantes*”), sobre daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, M.G.A. (en adelante, “*la paciente*”), como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada por parte del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Con fecha 11 de septiembre de 2012, los reclamantes presentaron escrito solicitando la declaración de la existencia de responsabilidad patrimonial de la Comunidad de Madrid, en relación con los daños y perjuicios ocasionados como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada a la paciente por parte del Hospital Clínico San Carlos (HCSC).

En su escrito, los reclamantes manifiestan que la paciente contaba con antecedentes por hipertensión arterial en tratamiento, siendo

independiente para el desarrollo de las actividades de su vida diaria, sin deterioro cognitivo funcional.

El 24 de julio de 2011 fue atendida por el SUMMA 112 por dolor opresivo, sudoración y disnea, de 48 horas de evolución, síncope de escasos minutos de duración e hipotensión severa. En ECG realizada en el lugar, el resultado era sugerente de isquemia extensa. Precisó fluidoterapia y soporte con sodio para remontar presión arterial, se inició doble tratamiento antiagregante y se trasladó al HCSC con preaviso de shock cardiogénico.

Durante su traslado al centro, presentó fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida que revirtió con amiodarona intravenosa, dándose aviso a hemodinámica para CNR emergente.

Continúan relatando que la paciente ingresó de urgencia en el HCSC, ese mismo día, como consecuencia de un infarto agudo de miocardio, siendo atendida desde entonces por la Unidad Coronaria de la UCI, así como en planta de Cardiología tres días más tarde.

Ante la estabilidad de su estado, la paciente fue trasladada a la Unidad de Cuidados Paliativos el 22 de agosto.

El 23 de agosto se le suministró 1 mg de cloruro mórfico ya que comenzó a presentar disnea, respondiendo al tratamiento.

Ante la mejoría de su estado, el 30 de agosto, se informa a los familiares que la paciente sería trasladada a una unidad intermedia en el transcurso de la semana siguiente.

Relatan que, a raíz del retraso en la realización de una radiografía que se demoró durante una hora, la paciente se sintió muy incómoda, con sed, y nerviosa. Desde ese momento, indican, comenzó a presentar signos de

disnea, por lo que requirió oxigenoterapia y la administración de 1 mg de cloruro mórfico los días 6 y 7 de septiembre.

El 8 de septiembre se decidió retirar la medicación oral para su administración vía intravenosa. Esa misma tarde, le fueron administrados 5 mg de cloruro mórfico, más 5 mg de Midazolan, mediante goteo automático, pasando a 10 mg de cloruro mórfico en 48 horas.

Indican los reclamantes que no entendían por qué se empezaron a administrar esas cantidades de cloruro mórfico de forma tan repentina sin haberles informado.

A continuación, la reclamación contiene un relato de hechos desde el día 22 de agosto hasta el 13 de septiembre con referencias horarias y redactado en primera persona. En el citado relato se recogen datos médicos sin respaldo documental así como conversaciones con el personal sanitario. Relatan, que el día 12 de septiembre solicitan información a la doctora que atendía a la paciente sobre la medicación administrada y, en concreto, la razón de incrementar las dosis de Midazolam de 0 (sic) a 5 mgr y de cloruro mórfico de 5 a 10 mgr en menos de 48 horas. Según indican, se les contestó que era una “*dosis infantil*” repartida en 24 horas y que si no estaban conformes pidiesen el traslado a otra planta.

El citado relato se interrumpe el día 13 de septiembre a las 17.50 horas limitándose a añadir que, hasta que falleció el día 16 de septiembre, la paciente ya no se movió ni parecía estar consciente.

Según los reclamantes, en un primer parte de defunción, se hacía constar como causa de fallecimiento un cáncer de sigma. Ante su disconformidad, dado que el ingreso de la paciente fue debido a un infarto agudo de miocardio, se accedió a cambiar el referido parte.

Consideran los reclamantes que el fallecimiento de la paciente es consecuencia de una clara negligencia por parte de la Unidad de Cuidados

Paliativos del HCSC, ya que la paciente no se encontraba en una situación de tal gravedad que requiriese la administración de 10 mg de cloruro mórfico, que fue la que precipitó su fallecimiento.

Consideran, igualmente, que ha existido una vulneración de la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente en cuanto al derecho a la información, no existiendo consentimiento informado expreso y escrito de la sedación terminal que le fue administrada.

Solicitan por todo lo expuesto, una indemnización por importe de treinta mil euros (30.000 €).

Aportan con la reclamación diversos informes médicos y un informe pericial emitido por un doctor en medicina y cirugía y especialista en medicina legal y forense.

**SEGUNDO.-** En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo ha puesto de manifiesto los siguientes hechos:

La paciente, de 88 años de edad en el momento de los hechos, es atendida por el SUMMA 112 el 24 de julio de 2011 por dolor torácico de 48 horas de evolución, opresivo, sudoración fría y disnea. Realizan ECG en la que se observa descenso generalizado del ST con ascenso en AVR, sugerente de isquemia extensa, procediendo a la estabilización de la paciente y su traslado al HCSC durante el cual presenta racha de fibrilación auricular con RV rápida que revierte con amiodarona.

Ingresa en la Unidad Coronaria del HCSC, por infarto agudo de miocardio anteroseptal con shock cardiogénico asociado (folios 101).

Se lleva a cabo cateterismo que objetiva enfermedad severa de tronco coronario izquierdo. Se realizó angioplastia e implante stent farmacoactivo.

El 25 de julio se hace constar el “*mal aspecto general (subjetivo)*”. Se repite electrocardiograma y se administra sulfato de magnesio (mg) intravenoso. Se establece una actitud expectante y se anota el mal pronóstico de la paciente por la edad, infarto agudo de miocardio extenso y Killip IV al ingreso, en ese momento en Killip III (folio 113).

Permaneció en la Unidad Coronaria hasta el día 27 de julio, periodo durante el cual mejoró progresivamente respecto a los signos de insuficiencia cardiaca congestiva, decidiéndose su traslado a planta.

El 28 de julio la paciente sufre disnea intensa que comenzó en la mañana, progresando hasta hacerse de alta intensidad en la tarde. A la exploración, la paciente se encuentra disneica (intensa), taquipneica, sin dolor torácico, sudorosa, y mala perfusión distal. Precisa diurético, bomba de inotrópico positivo y ventilación mecánica, consiguiéndose mejoría clínica.

Reingresa en la Unidad de Coronarias donde se recoge como juicio clínico el de infarto agudo de miocardio Killip IV, enfermedad severa del tronco de la coronaria izquierda (TCI) y edema agudo de pulmón en probable relación de disminución de dosis diurética e insuficiencia mitral isquémica). Se comenta con la familia el mal pronóstico y gravedad de la paciente. Los familiares piden que se avise al Capellán si empeora (folios 145-146).

A lo largo de los días siguientes continua recibiendo tratamiento y el 1 de agosto a las 23.00 horas presenta taquipnea y desaturación con signos de insuficiencia cardiaca aguda/edema agudo de pulmón. Se instaaura tratamiento con oxigenoterapia, cloruro mórfico, NTG iv y furosemida iv (folio 184).

Se anota en la historia que la paciente se encuentra estable dentro de la gravedad y que la familia es informada explicándoles la gravedad de la situación (folio 198).

El 3 de agosto, la paciente sufre un episodio de rectorragia franca con hipotensión y episodio sincopal secundario. Tras la realización de pruebas diagnósticas, se decide su ingreso en la Unidad Coronaria.

Se realiza colonoscopia de urgencia en la que se aprecian restos hemáticos hasta ciego y lesión de aspecto neoplásico a nivel del sigma. Se realiza, igualmente, gastroscopia, sin apreciarse signos de sangrado siendo, al parecer, el intestino delgado el causante del sangrado, en relación con la antiagregación que la paciente precisa tras implante de stent.

La paciente presenta un empeoramiento progresivo de su estado general, con disminución del nivel de conciencia, HTA, mala perfusión periférica e imposibilidad de extracción de analítica venosa a pesar de varios intentos. Presentaba además fracaso renal agudo con oliguria.

Dada la situación clínica de la paciente que en la historia se califica como “*infausta*” se informa a los familiares (3 de agosto). Al día siguiente se les vuelve a explicar el mal pronóstico y que no se adoptarán medidas agresivas (folio 227).

El día 5 el servicio de Cardiología anota que la paciente se encuentra estable pero con pronóstico sombrío, anotando que “*los familiares conocen la situación y se les ha explicado cuidadosamente la situación y que no es subsidiaria de manejos agresivos*” (folio 232).

El 8 de agosto consta en la historia que “*se habla (nuevamente) con la familia, se les explica la situación actual, el pronóstico y la posibilidad de complicarse rápidamente y que, en tal caso, se adoptarían medidas conservativas, sobre todo para evitar sintomatologías. En caso contrario*

*se intentarán medidas médicas para tratar la situación actual. Sigue sin ser susceptible de medidas agresivas”.*

Al día siguiente se vuelve a hablar con la familia *“En conjunto sobre la gravedad y el pronóstico a corto plazo. Se ajusta el tratamiento para confort de la paciente en unidosis”.*

El día 10 se informa de nuevo a los familiares así como el día 11 al presentar disnea que precisó rescate con cloruro mórfico (folio 234).

El día 12 se anota que la familia presenta un importante nivel de ansiedad y requieren información médica exhaustiva. Se anota que se les explica el mal pronóstico de la paciente que presenta un cuadro que compromete su vida sin poderse adoptar medidas que lo solventen y que no se realizarán transfusiones sanguíneas. Si la paciente se inestabiliza se adoptarán medidas de confort (folio 235).

Se habla con la familia los días 16, 17 *“situación crítica”* (folio 236), 18 y 19 (folio 237).

El 22 se habla de nuevo con la familia y se anota que está pendiente de traslado a la Unidad de Cuidados Paliativos, ingresando en la misma el 23 de agosto.

Se anota en la historia clínica del día 23 que se expone a la familia la situación, *“(…) refieren saberlo pero preguntan por qué se han suspendido sueros, cloruro potásico, etc., tras explicarles quedan más tranquilos. De acuerdo con traslado”* (folio 255).

El 24 de agosto presenta disnea. Se pauta 1 mg de cloruro mórfico. Se hace constar en la historia que la hija parece inquieta ante la administración de ese fármaco. Se anota que se explica que se pretende con ello evitar a la paciente la sensación de asfixia y el sufrimiento, *“(…) lo entiende, refiere que ya se lo administraron en cardiología y que*

*resolvió el síntoma pero que se dormía mucho, le digo que voy a administrar una dosis más baja y queda más tranquila” (folio 256).*

Al día siguiente se encuentra mejor y refiere mejoría de la disnea tras la administración de cloruro mórfico.

El día 26, la hija de la paciente pregunta si se le va a hacer una nueva radiografía y una transfusión. Se le explica que la situación de mejoría y la realización de una radiografía cuatro días antes hace innecesaria una radiografía y que no presentando sangrados no procede hacer transfusión. Se anota que lo entiende (folio 258).

El día 29 se comenta a la familia (hija) que si continúa estable se trasladará a otro centro. Se da información sobre los mismos (folio 260).

El 6 de septiembre, presenta cuadro de ansiedad, disnea, tiraje costal ligero y episodio de desaturación, que mejora tras la administración de 1 mg de cloruro mórfico y oxigenoterapia (folio 263).

Durante la noche del 7 de septiembre presenta varios episodios de desaturación e inquietud que mejoraron tras la administración de cloruro mórfico. Se anota que la psicóloga refiere que la paciente le ha indicado que desea que “(...) “esto” acabara ya porque ni mejora ni empeora. La familia está constantemente encima de la paciente preguntándole, forzándole la ingesta, etc.” (folio 265).

El 8 de septiembre, ante el empeoramiento de la sintomatología respiratoria, se decide tratamiento con perfusión continua para evitar la aparición de crisis de disnea. Se incrementa la administración de cloruro mórfico a 10 mg/24 horas. Se hace constar en la historia que la familia achaca la aparición de prurito a la morfina y que cuestionan el tratamiento con “preguntas agresivas”. Se les explica que se pretende con ello evitar la disnea y mejorar la situación de la paciente. Reconocen que eso es así pero añaden quejas sobre la realización de una radiografía que consideran



innecesaria y que algunas enfermeras *“les han dicho cosas”*. Se les indica que si no están de acuerdo con el tratamiento soliciten el traslado a otro servicio lo que es rechazado por la familia que, según consta en la historia *“(…) me responden que no es el caso, que se le administren a su madre los tratamientos que yo considere pues soy el médico. Les informo nuevamente que el objetivo es que su madre no sufra, no tenga dolor, disnea, agitación u otros síntomas que le produzcan disconfort y que aunque la familia opine lo contrario se realizarán los tratamientos conser (ilegible) necesarios para que la paciente no sufra. Aclaro que en ningún momento incluido el actual se ha sedado a la paciente y que la astenia es causada por la evolución de la pluripatología que presenta”* (folio 269).

Se anota que enfermería deje de dar información la cual es tergiversada por la familia y que remitan a los familiares a los médicos.

El 13 de septiembre se informa a una de las hijas de la situación de la paciente. Al mostrar sorpresa ante la situación se informa a la otra hija que reconoce que estaban esperando esto desde el 4 de agosto.

El 14 de septiembre se explica la situación al hijo de la paciente que parece entender el pronóstico pero una de las hijas critica la dieta pautada a la paciente. Se le explica el riesgo de otro tipo de dietas y se cambia a dieta blanda advirtiéndole a la familia que deberá asumir los riesgos que de ello se deriven. La hija niega el bajo nivel de conciencia valorado por la doctora y la existencia de episodios de agitación apreciados por la enfermería. Se hace constar que la familia (hijas) es conflictiva y que la paciente presenta inquietud cuando la acompañan.

El 15 de septiembre la hija vuelve a preguntar por qué no se le baja la dosis de cloruro mórfico. Se le explica que con esas dosis la paciente no presenta crisis de disnea por lo que al no presentar signos de toxicidad la médico no considera ético bajarlo. La situación de inconsciencia de la

paciente deriva de su situación clínica global y de la astenia intensa que presenta desde que ingresó en el servicio (folio 274).

El 16 de septiembre, la paciente presenta bajo nivel de consciencia con quejido ante estímulos dolorosos, tranquila, trabajo respiratorio moderado, en anuria las últimas 24 horas. Finalmente, la paciente fallece ese mismo día a las 11:05 horas.

**TERCERO.-** A causa de la referida reclamación se ha instruido un procedimiento de responsabilidad patrimonial de conformidad con lo dispuesto en el artículo 142 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC), y 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 (en adelante, RPRP).

Se ha incorporado al expediente informe emitido por la Unidad Coronaria del HCSC, de 21 de septiembre de 2012, en el que relata la asistencia prestada por la citada Unidad, pese a la cual y ante el mal pronóstico se decidió el traslado a paliativos informando a la familia de la situación.

Consta, igualmente, informe emitido por la Unidad de Cuidados Paliativos Agudos, de 16 de octubre de 2012, en el que tras exponer la asistencia que prestó a la paciente, contesta a la argumentación recogida en el escrito de reclamación.

En concreto, respecto a la falta de información a la familia sobre las dosis de cloruro mórfico, destaca que:

*“En todo momento fueron empleadas dosis bajas de cloruro mórfico. La justificación del tratamiento y la información a la familia queda reflejado en el apartado del día 8/9/11 (pág 4-*

*Doc 1). Aclarar que el cloruro mórfico, al igual que la mayoría de los fármacos, se aumenta de forma gradual según la aparición de los síntomas, sólo se administra 'si precisa' ante una crisis. Cuando el síntoma es continuo se deja administración continua y la buena práctica clínica en Cuidados Paliativos consiste en que el total de dosis extras necesarias para el control de los síntomas debe sumarse a la dosis basal recibida en 24 h, de este modo se evita o minimiza en la medida de lo posible la aparición de crisis y por lo tanto el sufrimiento del paciente. Este es el procedimiento empleado en el caso que nos ocupa”.*

En cuanto a la afirmación de los reclamantes de que las dosis de cloruro mórfico aceleraron el fallecimiento de la paciente, el informe recoge que:

*“Las dosis bajas empleadas en esta paciente no sólo no precipitaron su fallecimiento sino que mejoraron su precaria función respiratoria con mejoría del cuadro clínico tras su administración, controlándole un síntoma causante de gran distress y sufrimiento, mejorando su calidad de vida y sin el más mínimo signo de toxicidad. Con las medidas terapéuticas adoptadas, además de no precipitar su fallecimiento ya que es trasladada a la UCPA con el pronóstico de éxitus inminente, alcanzándose una supervivencia de 25 días con la sintomatología controlada.*

*Sorprende que la familia hable de precipitar el fallecimiento cuando el día 13/09/2011 una de las hijas expresa que ‘están esperando este momento desde el 4 de agosto’.”*

El informe del Servicio analiza también lo recogido en el dictamen pericial forense. En lo relativo al incumplimiento del deber de informar (documento de consentimiento informado), considera que:

*“En repetidos apartados de los documentos aportados, extraídos de la historia clínica, se expone la información dada día a día a la familia en la UCPA y la confirmación por parte de la misma de conocer todo el proceso y el desenlace inmediato.*

*Diariamente sin excepción, en la UCPA se ha informado a los familiares acompañantes de la situación clínica, cambios, pronóstico y tratamiento. Es el procedimiento habitual. De hecho, en varias ocasiones ha sido necesario repetir la misma información hasta 2 y 3 veces en la mañana por la gran demanda de la familia.*

A la afirmación del forense respecto a que la administración de cloruro mórfico a dosis elevadas supone una sedación terminal en paciente que no presentaba situación basal que hiciera imprescindible dicho tratamiento, lo cual adelantó el fallecimiento, responde que:

*“En todo momento fueron empleadas dosis bajas de cloruro mórfico ni siquiera, a pesar de que la paciente presentó en los últimos días crisis de disnea, fue necesario llegar al uso de dosis establecidas como medias, ya que dosis bajas mantuvieron el síntoma controlado hasta el fallecimiento, sin presentar, además, NINGÚN síntoma ni signo de toxicidad opiácea.*

*Considero que no debemos entrar a justificar la mención de ‘sedación paliativa’ ya que:*

*- En ningún momento, durante su estancia en la planta de Cuidados Paliativos, la paciente fue sedada, ni siquiera se planteó esta opción terapéutica dado que el síntoma principal que presentaba era la disnea, y respondía adecuadamente al tratamiento con dosis bajas de morfina.*

- *El procedimiento de la sedación sólo se realiza en aquellas situaciones en que la disnea es refractaria al tratamiento con cloruro mórfico, situación que no se produjo en este caso.*

- *El tratamiento de la disnea, no sólo en la enfermedad terminal, es con dosis bajas de cloruro mórfico. Dosis que habitualmente no provocan sedación, hecho demostrado en la evolución clínica de la paciente, pero que aún produciéndola, se trataría de un síntoma indeseable en el contexto del tratamiento adecuado de la disnea, nunca de una sedación terminal.*

- *Las principales indicaciones de la morfina son el tratamiento del dolor y de la disnea, en esta última porque disminuye la sensación subjetiva del paciente de dificultad respiratoria. No es un fármaco indicado en la sedación si el paciente no lo recibía previamente por alguno de los motivos descritos.”*

A la afirmación contenida en el dictamen respecto a que la paciente no estaba en una situación tan grave como para haberle suministrado un tratamiento paliativo como es los 10 mg de cloruro mórfico que le condujo a la muerte, además de administrarle midazolam como sedante’

*“Queda ampliamente descrita la situación clínica de la paciente, la indicación de los tratamientos prescritos, todos según Lex artis ad hoc, no existiendo NINGUNA relación causal, como puede deducirse del evolutivo, entre la actuación y el resultado, sino una mejoría del cuadro clínico de la paciente con disminución de su sufrimiento, como se describe en la bibliografía (1, 2).”*

Por último, cuando el informe pericial reprocha que no hubiera consentimiento informado sobre la sedación de la paciente, el informe del Servicio destaca que en ningún momento la paciente fue sedada, y que ni siquiera se planteó esta opción terapéutica dado que el síntoma principal

que presentaba era la disnea, y respondía adecuadamente al tratamiento con dosis bajas de morfina.

Por su parte, la Inspección Médica emite informe, no fechado, en el que, tras hacer una exposición de hechos, recoge las siguientes conclusiones:

*“PRIMERA: La paciente (...), de 88 años de edad, sufrió un IAM Killip IV, siendo la mortalidad esperada para este proceso de un 82%*

*SEGUNDA: Según los parámetros marcados por el Plan Estratégico de cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid, el punto de inflexión a partir del cual el enfermo precisa atención específica de Cuidados Paliativos fue acorde con el momento en el que la paciente fue ingresada en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Clínico San Carlos. Teniendo presente que el ingreso en este tipo de Unidades NO es la única alternativa que oferta la Comunidad de Madrid para esta situación clínica.*

*TERCERA: El punto de inflexión para que se den las INDICACIONES DE LA SEDACIÓN EN LA FASE DE AGONÍA, es decir pasar de sedación paliativa a la erróneamente denominada sedación terminal, no se produjo.*

*CUARTA: Según los datos de la bibliografía referenciada no se practicó sedación en fase de agonía a ‘a vista de las DOSIS FARMACOLÓGICAS utilizadas tanto de Cloruro Mórfico como de Midazolam, sí se practicó sedación paliativa para tratar síntomas refractarios, disnea y agitación.*

*QUINTA: No se ha encontrado Consentimiento Escrito firmado por la familia en relación a los cuidados paliativos, ni ningún documento firmado acreditando que la paciente o sus*

*familiares comprendieron el significado de las explicaciones facilitadas por los facultativos.*

*SEXTA: Existen numerosos registros de que se facilitó información a la familia de la paciente sobre pronóstico, evolución y tratamiento por parte de los facultativos. Existen registros en los que los facultativos consignan que la familia comprendía sus explicaciones.*

*SÉPTIMA: Según el Comité de Ética la Sociedad Española de Cuidados Paliativos no se recomienda el uso de un documento específico, ni hacer firmar al paciente o a la familia. El hecho de que se registre en la historia clínica es requisito suficiente y necesario. Son puntuales las situaciones que requieren Consentimiento Informado por escrito en Cuidados Paliativos e incluyen aquellas que, por el tipo de actuación, puedan suponer riesgos para el paciente”.*

Consta notificada por los servicios postales, en fecha 13 de junio de 2013, conforme a las exigencias del artículo 59 de la LRJ-PAC, la apertura del trámite de audiencia a los reclamantes que, con fecha 4 de julio, presentaron escrito de alegaciones en el que insistían en que el tratamiento que se le administró a la paciente precipitó su fallecimiento.

Formalizado el trámite de audiencia, la viceconsejera de Asistencia Sanitaria formuló propuesta de resolución, de 10 de julio de 2013, en el sentido de desestimar la reclamación patrimonial.

**CUARTO.-** El consejero de Sanidad, mediante Orden de 17 de julio de 2013 que ha tenido entrada en el registro del Consejo Consultivo el 24 de julio siguiente solicita la emisión del preceptivo dictamen, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección II, presidida por la Excm. Sra. Dña. Rosario Laina Valenciano, que firmó la



oportuna propuesta de dictamen, deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en su sesión de 11 de septiembre de 2013.

La solicitud del dictamen fue acompañada de la documentación que, numerada y foliada, se consideró suficiente.

A la vista de estos antecedentes, formulamos las siguientes

### **CONSIDERACIONES DE DERECHO**

**PRIMERA.-** El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 13.1.f) 1º de su Ley Reguladora, 6/2007, de 21 de diciembre (LCC), y a solicitud de un órgano legitimado para ello, según el artículo 14.1 de la LCC.

**SEGUNDA.-** Los reclamantes están legitimados activamente para formular la reclamación de daños por responsabilidad patrimonial en nombre propio, al amparo del artículo 139 de la LRJ-PAC.

Reclaman como consecuencia de los daños morales que afirman haber padecido a raíz del fallecimiento de su madre y esposa y por la deficiente información que recibieron en el periodo en el que la paciente estuvo ingresada en la Unidad de Cuidados Paliativos. Acreditan el parentesco mediante fotocopias del Libro de Familia, actuando uno de los reclamantes representado por otro, aportando al efecto poder notarial.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid al formar parte el Hospital Clínico San Carlos de los servicios públicos sanitarios.



Por lo que respecta al plazo para reclamar, el artículo 142.5 de la LRJ-PAC establece que prescribe al año de producirse el hecho lesivo y en el caso de daños físicos o psíquicos desde la curación o la determinación de las secuelas.

En este caso, el fallecimiento se produjo el 16 de septiembre de 2011 y la reclamación se interpuso el 11 de septiembre de 2012, por tanto dentro del plazo legal.

Los procedimientos de responsabilidad patrimonial han de tramitarse de acuerdo con lo dispuesto en el RPRP.

A estos efectos ha emitido informe la Unidad de Cuidados Paliativos en cuanto servicio al que se imputa la causación del daño conforme establece el artículo 10 del RPRP y se ha concedido trámite de audiencia a los reclamantes conforme los artículos 84 de la LRJ-PAC y 11 del RPRP.

Igualmente se han recabado informes del Servicio de Cardiología y de la Inspección Médica y se ha admitido el informe pericial aportado por los reclamantes.

**TERCERA.-** Entrando ya a analizar el fondo de la pretensión que formulan los reclamantes, debemos partir de la consideración de que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración, que tiene su fundamento en el artículo 106.2 de la Constitución, y su desarrollo en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC, supone la concurrencia de los siguientes requisitos, según una constante y reiterada jurisprudencia, de la que puede destacarse la sentencia del Tribunal Supremo de 15 de marzo de 2011 (recurso 3261/2009):

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 representante 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 representante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta.

Igualmente, recoge dicha sentencia que:

*“La jurisprudencia de esta Sala (por todas la STS de 1 de julio de 2009, recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) insiste en que “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 el presente caso, el escrito de reclamación efectúa dos reproches que considera que causaron un daño moral a los reclamantes.

En primer lugar una inadecuada administración de cloruro mórfico a la paciente en dosis que aceleraron su fallecimiento y, en segundo lugar, que recibieron una insuficiente información al respecto.

Ha de examinarse en primer lugar el reproche más grave como es el que la administración de cloruro mórfico se realizó en unas dosis contrarias a la *lex artis* que aceleraron la muerte de la paciente.

Los reclamantes se apoyan para esa afirmación, a los efectos del artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, en el informe pericial que

acompañan suscrito por un médico especialista en medicina legal y forense.

Este Consejo viene destacando (vid. Dictamen 63/13, de 27 de febrero) que, la valoración de la prueba pericial conforme a las reglas de la sana crítica, tal y como dispone el artículo 348 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, exige apreciar (habida cuenta del carácter técnico de esos informes) la coherencia interna en la argumentación de los mismos así como el grado de certeza al que llegue el perito en sus conclusiones, de tal forma que el informe logre la convicción del órgano que ha de resolver en cuanto a la realidad de los hechos.

En este sentido, el dictamen pericial pese a la rotundidad de sus conclusiones adolece de una serie de defectos que no permiten llegar con un mínimo de seguridad a la conclusión de que se ha vulnerado la *lex artis*.

En primer lugar, expone que los hechos de los que parte han sido obtenidos de la reclamación formulada por la familia así como del informe del SUMMA 112 y de “informes” del Hospital San Carlos que no concreta.

A continuación, considera que ha existido una “sedación paliativa” y acaba considerando que “una administración sc única de ½ amp de morfina (...) podemos deducir que no se trata de una sedación, sino de eutanasia activa; las diapositivas (sic) siguientes muestran las diferencias entre ambas” (folio 70).

A tal efecto recoge una serie de diferencias entre sedación y eutanasia y unos “aspectos generales” sobre la “escalera de sedación paliativa/terminal” para concluir que “el medicamento de elección es el midazolam seguido por otros fármacos ya detallados anteriormente, sin

*embargo en el caso de la morfina su indicación no es la sedación, como puede claramente leerse en la diapositiva anterior a estas líneas”.*

Concluye (folio 71) afirmando que:

*“no existe en el historial clínico, ninguna evidencia de consentimiento informado en el que conste que se ha explicado a la familia la naturaleza del cuadro y las posibilidades de recuperación de la paciente” y que “la administración de cloruro mórfico en dosis elevadas, supone una sedación terminal en paciente que no presentaba situación basal que hiciera imprescindible dicho tratamiento, lo que adelantó su fallecimiento”.*

Ahora bien, lo cierto es que en ningún momento el citado informe explica en qué se basa para considerar que hubo una sedación terminal, no tiene en cuenta la existencia de episodios de disnea de la paciente ni si esos episodios hacían precisa la administración de cloruro mórfico.

El informe afirma que las dosis fueron excesivas pero no recoge cuales serían, a su juicio, las dosis adecuadas y la afirmación de que esas dosis “adelantaron” su fallecimiento no tiene respaldo científico alguno, chocando además con lo indicado por el Servicio de Cardiología cuando remitieron a la paciente a Paliativos y calificaron su pronóstico con términos como “sombrio”, “ominoso” o “infausto”.

Mucho más razonable y coherente resulta el informe de la Inspección Médica que, partiendo de la totalidad de la historia clínica y apoyándose en diversos protocolos médicos sobre la administración de morfina en la disnea aguda, considera que las dosis administradas a la paciente fueron acordes con el tratamiento de la disnea y su estado de agitación.

Igualmente, se niega que las dosis fueran elevadas en el informe de la Unidad de Paliativos aseverando que, en ningún momento, existió

sedación de la paciente que no llegó a presentar signos de toxicidad opiácea.

Así pues, ante las deficiencias argumentativas del informe pericial aportado por la actora y las explicaciones razonadas de los informes de la Unidad de Paliativos y de la Inspección sanitaria, no puede sino concluirse que las dosis administradas a la paciente de cloruro mórfico eran pertinentes (para tratar la disnea) y adecuadas en las cantidades administradas sin que exista dato alguno para deducir que las mismas aceleraron y, mucho menos, produjeron el fallecimiento de la paciente, cuyo estado era crítico dada su edad y la gravedad del infarto que había padecido.

En este sentido la actuación de los servicios sanitarios ha de considerarse ajustada a la *lex artis*, debiendo recordarse que los pacientes no tienen derecho a decidir en qué dosis se administran los medicamentos ni las técnicas médicas concretas que han de ser aplicadas. Al respecto, la sentencia del Tribunal Supremo de 2 de enero de 2012 (recurso 6710/2010) considera que una cosa es la información al paciente y otra entrar en las concretas técnicas médicas.

Por tanto, en este aspecto, no puede considerarse vulnerada la *lex artis* sin que quepa establecer conexión causal alguna entre el fallecimiento de la paciente y la administración de cloruro mórfico.

**QUINTA.-** El segundo reproche que se efectúa en la reclamación es la existencia de una información deficiente que el informe pericial que se acompaña concreta en la ausencia de consentimiento escrito.

La normativa aplicable en materia de información al paciente y sus familiares aparece recogida en la actualidad en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

El artículo 4.1 de la citada Ley establece que:

*“Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias”.*

A su vez el artículo 5.2 recoge que los destinatarios de la información serán el paciente y las personas vinculadas a él, por vínculos familiares o de hecho, *“(...) en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita”.*

La Ley parte del principio general de la información verbal y solo establece la necesidad de consentimiento escrito en los supuestos del artículo 8.2: *“intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente”.*

Consta en la historia clínica que se facilitó a los familiares información constante, en muchas ocasiones de forma diaria. Figura igualmente que, cuando manifestaron sus dudas sobre la administración de cloruro mórfico, recibieron información específica al respecto que solventó, al menos momentáneamente, sus dudas y, cuando reiteran éstas, se les ofrece la posibilidad de cambio de médico, opción que los familiares expresamente rechazan, como de hecho recogen en su escrito de reclamación. Es decir, se les ofreció interrumpir el tratamiento y que asumiera otro facultativo la asistencia a la paciente, opción que rehusaron

indicando a la médico que les informaba que adoptase las medidas que considerase conveniente.

La Ley de Autonomía al Paciente recoge el derecho a la información y el derecho a decidir si se recibe o no la asistencia que proponen los servicios sanitarios pero no recoge ningún derecho de los pacientes a impartir instrucciones al personal sanitario sobre cómo quieren recibir esa asistencia (técnicas quirúrgicas a emplear, dosis de medicamentos, etc.) máxime cuando, como ocurre en este caso, los servicios sanitarios consideran que seguir una actuación distinta a la que consideran correcta supondría una vulneración de la *lex artis*.

Por tanto, hubo una información constante, aspecto que los propios reclamantes reconocen en su relato de hechos por más que lo acompañen de consideraciones subjetivas que no afectan al hecho incontrovertido de que la información se produjo y en un grado suficientemente extenso.

A ello hay que añadir el que, siendo la información verbal con constancia en la historia clínica la regla general, las excepciones a la misma, han de ser interpretadas restrictivamente.

Así pues, nos encontramos ante un tratamiento con cloruro mórfico cuya oportunidad y dosis se consideran conformes con la *lex artis* y del cual no existe ningún dato objetivo que permita entender que perjudicó el precario estado de salud de la paciente, de tal forma que no exigiría la prestación por escrito del consentimiento sino únicamente una información verbal con reflejo en la historia clínica, cuya existencia es admitida por los reclamantes y de la que queda un exhaustivo registro en la historia. Por ello, ha de entenderse cumplido con creces lo exigido en la Ley 41/2002.

Por todo lo expuesto, el Consejo Consultivo formula la siguiente

## CONCLUSIÓN

Procede desestimar la presente reclamación al ajustarse la actuación de los servicios sanitarios a lo dispuesto en la *lex artis*.

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, 11 de septiembre de 2013

