

Dictamen nº: **48/14**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **29.01.14**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 29 de enero 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 A.G.C., C.R.B., A.G.R. y C.F.D., sobre responsabilidad patrimonial de la Administración por el fallecimiento de su hija, hermana y pareja, respectivamente, D.G.D., que atribuyen a la deficiente asistencia sanitaria dispensada por el Servicio de Neumología del Hospital Universitario La Princesa.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 19 de noviembre de 2012, los interesados, presentan a través del Servicio de Correos una reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por el fallecimiento de su familiar aquejada de fibrosis quística y que atribuyen a un supuesto contagio de gripe A durante su ingreso en la planta de Neumología del Hospital Universitario La Princesa.

Destacan los reclamantes que ya la propia paciente presentó una reclamación el 23 de noviembre de 2011 en el Servicio de Atención del Hospital Universitario La Princesa con motivo de lo que, a su juicio, fue un alta precipitada en el tratamiento de rehabilitación respiratoria para su patología de fibrosis quística.

Destacan que la paciente tuvo que acudir el 21 de diciembre de 2011 al servicio de Urgencias de dicho Hospital por molestias faríngeas, amigdalitis y fiebre realizándose una espirometría cuyo resultado dio lugar a su ingreso en Neumología.

Si bien experimentó los días siguientes una mejoría, el 30 de diciembre empeoró, siendo diagnosticada de gripe A el día 1 de enero de 2012. Destaca la reclamación que, desde su ingreso, la paciente estaba aislada pero solo *“aislamiento de contacto”* en tanto que en la misma planta había ingresado otro paciente con gripe A.

El tratamiento pautado (atrovent y ventolín) no mejoró su estado y el día 13 de enero empeoró por lo que se realizó por primera vez una gasometría cuyo resultado dio lugar a que se solicitase valoración por Medicina Intensiva que, tras otra gasometría, acordó su ingreso en la UCI.

En dicha unidad fue tratada con Oseltamivir (Tamiflú) experimentando una clara mejoría por lo que el día 19 de enero recibió el alta de dicha Unidad.

Trasladada de nuevo a Neumología experimentó una evolución tórpida que exigió un nuevo ingreso en la UCI el 2 de febrero.

Ante su grave estado fue trasladada al Hospital Universitario Puerta de Hierro para valorar un posible trasplante de pulmón si bien su estado se agravó hasta que falleció el 19 de febrero.

Consideran que la asistencia prestada no fue la correcta criticando especialmente:

- Que no se mantuviera a la paciente en estado de aislamiento absoluto.
- Que se ingresase a un paciente con gripe A en la misma planta.

- Que no se aplique tratamiento contra la gripe A hasta que no ingresó en la UCI.
- Que no se mantuviese a la paciente en la UCI hasta su completo restablecimiento.

Requieren expresamente que se incorpore al expediente el listado de pacientes con gripe A ingresados en planta en esas fechas.

Solicitan una indemnización de 334.000 euros para cubrir los daños morales causados por el fallecimiento de su hija, hermana y futura esposa.

A la reclamación acompañan una copia del escrito presentado por la paciente, una carta del presidente de una asociación de enfermos con fibrosis quística al gerente del Hospital, diversos documentos médicos y fotocopia del Libro de Familia.

SEGUNDO.- La historia clínica y demás documentos médicos, obrantes en el expediente, ponen de manifiesto los siguientes hechos que resultan relevantes para la emisión del presente dictamen:

La paciente, nacida en 1977, presentaba desde la infancia fibrosis quística (folio 83) con afectación pulmonar moderada a severa e infecciones resistentes a meticilina desde agosto de 2005; insuficiencia pancreática; síndrome de obstrucción de intestino distal); neumotórax iatrogénico osteopenia; diabetes por fibrosis quística; quistes tiroideos en estudio; frotis sugestivo de bocio coloide con áreas de marcada hiperplasia folicular y periocoronaritis de repetición.

Acude a Urgencias por dolor torácico el 19 de octubre de 2011, ingresa a cargo de Neumología con *“aislamiento cutáneo por portador de SARM”* (folio 1399). El día 24 inicia fisioterapia respiratoria en el Servicio de Rehabilitación y Medicina Física.

La paciente presentaba, además de los antecedentes ya conocidos: afectación pulmonar grave, dolor torácico en relación con derrame pleural derecho, atelectasia en lóbulo medio y alteración ventilatoria obstructiva grave. Tras la mejoría del cuadro clínico es dada de alta el 2 de noviembre, se recomienda continuar el tratamiento rehabilitador de forma ambulatoria y ejercicios domiciliarios y, dada la evolución desfavorable que está padeciendo, se mantiene la baja laboral (folio 1332).

Inicia tratamiento ambulatorio, de forma preferente, el 10 de noviembre de 2011.

El día 21 de diciembre de 2011 ingresa en el Servicio de Neumología del Hospital Universitario La Princesa por presentar un cuadro de una semana de evolución que comienza con amigdalitis aguda y posterior incremento de la tos y de la expectoración, presenta aumento de disnea.

Se realiza una espirometría, mostrando una pérdida de función pulmonar de un 11% respecto al valor previo, un mes antes.

El ingreso se realiza con aislamiento cutáneo, según el protocolo habitual realizado en el hospital, ya que la vía aérea de la paciente estaba colonizada de forma crónica por *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SARM) y, de forma intermitente, por *pseudomonas aeruginosa* resistente a Imipenem.

Constan en el expediente las medidas para prevención de la transmisión de las bacterias detalladas (inicio aislamiento 29 de diciembre de 2011) y para la prevención de la transmisión de la gripe en pacientes hospitalizados (inicio aislamiento 3 de enero de 2012) del Servicio de Medicina Preventiva (folios 2021, 2023, 2815 y 2817).

Se solicitan diversas pruebas diagnósticas e interconsulta con otros servicios y se instaura tratamiento para mejorar la función respiratoria, antibioterapia y el resto de la medicación habitual.

La evolución desde el 22 al 28 de diciembre fue lenta pero progresiva.

En la tarde del 31 presenta nuevo pico febril de 38ºC.

El día 1 de enero de 2012 es valorada por el neumólogo de guardia por presentar fiebre alta y mialgia. Se toma una muestra para virus de exudado nasal. Se refuerza el tratamiento sintomático (folio 2032).

El 2 de enero mejora de los síntomas de picor faríngeo y mialgias pero persiste el dolor de características pleuríticas en el hemicárdia derecho a pesar de los tratamientos analgésicos y antiinflamatorios. El dolor, aunque es ayudada por los fisioterapeutas, le impide realizar de forma adecuada la fisioterapia respiratoria. Se recibe diagnóstico de gripe A no H1N1, se añade, por el Servicio de Medicina Preventiva, aislamiento respiratorio (3 de enero) al aislamiento cutáneo según protocolo (folio 2035).

En los días siguientes se incrementa el dolor costal, tiene más secreciones y algún pico de fiebre.

El 4 de enero de 2012, avisan al neumólogo de guardia por la presencia de expectoración marronacea-verdosa con algo de sangre (folio 2036) por lo que se toman muestras.

El día 6 presenta esputos hemoptoicos que se relacionan con una mayor intensidad. Se indica reposo relativo y no realizar fisioterapia hasta que no desaparezcan los esputos hemoptoicos.

Al día siguiente, 7 de enero, con el fin de eliminar las secreciones que va acumulando y descartada la presencia de expectoración hemoptoica, se

indica reiniciar, con vigilancia, la fisioterapia si bien los esputos reaparecen al día siguiente.

El 9 de enero se encuentra mal, con mucho dolor en el costado derecho y mucha dificultad para expectorar. Ante el deterioro clínico se realiza cambio antibiótico.

El 10 de enero continúa mal, le resulta imposible eliminar las secreciones, se solicita gasometría para el día siguiente.

El 11 de enero se encuentra algo mejor pero sigue con la dificultad para expectorar, la auscultación pulmonar evidencia muchas secreciones. Se extraen serologías para protocolo de trasplante pulmonar, el cual se valorará tras controlar la infección.

Al día siguiente, 12 de enero, se recibe positividad de aspergillus fumigatus, se añade tratamiento antifúngico y se refuerza la terapia antipseudomónica, ante la mala respuesta a los antibióticos ya pautados.

El día 14 de enero es valorada de madrugada por el neumólogo de guardia, la paciente sigue disneica, cansada y presenta dificultad respiratoria. Es trasladada a la UCI a las 17:00 horas, iniciándose ventilación mecánica no invasiva, se añade antiviral y se mantienen los antibióticos prescritos, con alguna sustitución por hepatotoxicidad. Durante su ingreso en la UCI es valorada conjuntamente por el Servicio de Neumología y el equipo de la UCI.

Tras mejorar clínicamente, se decide alta y traslado a la Unidad de Monitorización Respiratoria. Desde el 20 de enero presenta episodios de fiebre, recibe tratamiento antibiótico combinado y presenta hemoptisis por lo que el 28 de enero se realiza embolización de la arteria bronquial común y reembolización a las 24 horas.

Persisten los esputos hemoptoicos y el empeoramiento respiratorio, necesitando ventilación mecánica no invasiva y reingreso en la UCI el 2 de febrero, donde permanece hasta el día 6 siguiente. Ante la gravedad del cuadro se traslada al Hospital Puerta de Hierro Majadahonda para estudio de trasplante pulmonar (folio 37).

Desde su ingreso en dicho Hospital presenta una situación respiratoria inestable, continuamente disnea. Se realizaron varias sesiones de ventilación mecánica no invasiva que se alterna con gafas nasales. Se mantuvo la pauta de corticoesteroides.

El día 13 se detecta la presencia de SARM por lo que se adoptan medidas preventivas (folio 55).

La paciente presenta un deterioro importante en la oxigenación. El 16 de febrero precisó intubación orotraqueal que no presentó incidencias si bien precisó perfusión de relajante muscular.

La familia es informada de la situación crítica (folio 61).

El 19 de febrero presenta fracaso ventilatorio pese a las medidas extremas y fallece.

TERCERO.- A raíz de la formulación del escrito de reclamación se ha instruido el correspondiente procedimiento de responsabilidad patrimonial y se han solicitado los informes que se consideraron pertinentes, de los que se destacan los siguientes particulares.

Se han incorporado al expediente, además de la historia clínica de la paciente, los informes de los Servicios de Rehabilitación y Medicina Física y Neumología del Hospital Universitario La Princesa.

El informe del Servicio de Neumología, con fecha 21 de diciembre de 2012 realiza un completo relato de la asistencia prestada a la paciente.

Indica que, cuando el día 2 de enero se recibe el diagnóstico de gripe A no H1N1, se añadió aislamiento respiratorio según el protocolo. Destaca que el contagio pudo deberse bien a visitas bien al personal hospitalario ya que en esos días comenzaban a ingresar pacientes afectos de gripe a los que se les aplicaban las correspondientes medidas de aislamiento.

Añade que el traslado a la UCI el día 14 de enero se acordó informando a la familia del alto riesgo de fallecimiento si se precisase intubación con ventilación masiva.

Tras la mejoría se pasó a la paciente a la Unidad de Monitorización Respiratoria manteniendo contactos con el Hospital Puerta de Hierro para valorar un posible trasplante.

Respecto a los concretos reproches efectuados en la reclamación se expone que los pacientes con gripe A que ingresan en el Hospital son sometidos a aislamiento conforme el protocolo elaborado por el Servicio de Medicina Preventiva. En el caso de la paciente, la sintomatología de la gripe se solapó con su patología de base a lo que se añade que el aislamiento al que estaba sometida hacía más difícil que se contagiase, máxime cuando había sido vacunada mes y medio antes.

En lo relativo al tratamiento con Oseltamivir aporta un estudio médico en el que se concluye en la no eficacia de ese antiviral en los pacientes con fibrosis quística.

Considera que, estabilizada la situación, el traslado de la UCI a la Unidad de Monitorización Respiratoria fue correcto al disponer en esa Unidad de los monitores cardiorespiratorios y ventiladores de presión precisos para el tratamiento de la paciente, además de permitir un mayor grado de acompañamiento familiar y disminuir el riesgo de infecciones cruzadas.

Destaca que los requisitos para un trasplante de pulmón en un paciente con fibrosis quística están bien establecidos en el correspondiente protocolo y que, cuando se cumplieron, no se pudo llevar a cabo en tanto que permanecía una situación de sepsis.

Concluye el informe que en todo momento se actuó conforme a la *lex artis*, recibiendo la paciente la debida asistencia médica.

Aporta copias de la Guía de Aislamientos Hospitalarios del Hospital Universitario La Princesa, informe semanal de gripe de la semana 49 del año 2012, copia del citado trabajo científico y copia del capítulo sobre trasplante pulmonar del “*Tratado sobre Fibrosis Quística*” editado por la Sociedad Española de Fibrosis Quística, la Sociedad de Neumología Pediátrica (Asociación Española de Pediatría) y la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica.

El informe del Servicio de Rehabilitación destaca que la rehabilitación ambulatoria, tras el alta del 2 de noviembre, comenzó el 10 de dicho mes, dentro del tratamiento preferente que tienen los pacientes con fibrosis quística al formar parte dicho Servicio de la Unidad de Referencia de fibrosis quística del Hospital Universitario de La Princesa.

Emite informe la Inspección Médica el 3 de mayo de 2013 considerando que, a la vista de lo actuado, la asistencia prestada a la paciente no fue incorrecta en ninguno de sus aspectos.

Destaca que el tratamiento rehabilitador ambulatorio se inició en un corto plazo por lo que no tiene efectos un supuesto retraso en una paciente de tan larga evolución.

En cuanto al aislamiento considera que las decisiones adoptadas se ajustaron a los protocolos establecidos en relación a la transmisión de enfermedades infecciosas ya que “*El motivo de los aislamientos en*

centros sanitarios tiene como fin que el paciente infectado no transmita a los otros enfermos la enfermedad y así evitar el posible contagio a los sanos, solo estaría indicado el aislamiento preventivo en aquellos pacientes con déficit inmunitarios graves, no siendo este el caso”.

Considera que el tratamiento farmacológico fue el adecuado sin que el Oseltamivir sea el tratamiento de elección aun cuando se aplicó en la UCI ante la gravedad del estado de la paciente.

Pone de manifiesto que la estancia en la UCI de la paciente viene determinada por dos conceptos básicos:

“Es una unidad que funciona como intermedia, ya que presta servicios a pacientes que proceden y/o son dados de alta a los servicios clínicos finales, generalmente médicos o quirúrgicos.

Es una unidad para atender pacientes, que siendo susceptibles de recuperación, requieran soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de al menos dos órganos o sistemas.

El fin de las estancias en estas unidades especializadas es el cuidado del paciente en estado crítico y no hasta su completo restablecimiento”.

Afirma que las condiciones para la inclusión como subsidiaria de trasplante pulmonar no se dieron hasta el último ingreso hospitalario de la paciente.

Por escrito de 25 de julio de 2013, se remite a los interesados el expediente administrativo y se les notifica la apertura del trámite de audiencia.

En el plazo establecido presentan escrito de alegaciones en las que muestran su desacuerdo con el informe de la Inspección Médica, insistiendo en que el inicio de la rehabilitación ambulatoria fue tardío

(ocho días), que no se siguió correctamente el protocolo de aislamiento respiratorio que entienden preciso para “*pacientes con patologías pulmonares graves*”, que no entienden la razón por la que se administró Oseltamivir en la UCI y que el alta prematura en dicha Unidad, agravó el estado de la paciente.

Afirma no entender la argumentación de la Inspección sobre la necesidad de trasplante.

Critica el que no se haya aportado “*la lista de pacientes que estuvieron ingresados en planta durante las fechas de ingreso de [la paciente]*”.

Concluye afirmando que la paciente estuvo ingresada cuarenta y tres días, “*tiempo suficiente para que los facultativos comprobaran que no eran capaces de remontarla*”.

El 13 de diciembre de 2013 la secretaria general del Servicio Madrileño de Salud (por delegación de firma de la viceconsejera de Asistencia Sanitaria en virtud de Resolución 26/2010, de 28 de julio) elevó propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial al entender que se actuó conforme la *lex artis ad hoc*.

CUARTO.- Por el consejero de Sanidad, mediante escrito de 20 de diciembre de 2013, registrado de entrada el día 27 del mismo mes y que ha recibido el número de expediente 680/13, se formula preceptiva consulta a este Consejo Consultivo por trámite ordinario, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección VII, presidida por la Excma. Sra. Dña. María José Campos Bucé, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo en su sesión de 29 de enero 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.- 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), por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 14.1 LCC.

SEGUNDA.- En cuanto a la legitimación activa de los reclamantes ha de distinguirse entre los familiares de la reclamante (padres y hermano) cuya legitimación deriva de dichos vínculos familiares que han quedado acreditados mediante copia del Libro de Familia y respecto de los cuales es indudable que han experimentado un daño moral como consecuencia del fallecimiento de su familiar y el tercer reclamante que alega ser “pareja” (folio 1) de la reclamante teniendo prevista la celebración de matrimonio con la paciente para el mes de junio de 2012 (folio 5).

La legitimación de las personas conanáloga relación de afectividad al vínculo matrimonial ha sido admitida por la doctrina y la jurisprudencia si bien condicionando su admisión a que se acredite cumplidamente, así se recoge en nuestro Dictamen 765/11, de 28 de diciembre y en la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 24 de octubre de 2012 (recurso 472/2010).

En el caso que nos ocupa el citado reclamante alega ser novio de la fallecida pero no aporta dato alguno que permita comprobar que, en efecto, existía una situación análoga al matrimonio, sin que por parte del instructor se haya exigido dicha acreditación. Por ello hubiera debido requerirse dicha prueba.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, titular del centro sanitario a cuyo funcionamiento se vincula la generación del daño.

Por lo que se refiere al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, a tenor del artículo 142.5 LRJ-PAC, que se contarán, en caso de daños de carácter físico o psíquico, desde que el hecho aconteció, o desde la curación o determinación del alcance de las secuelas.

En este caso, el fallecimiento de la familiar de los reclamantes se produjo el 19 de febrero de 2012 y la reclamación se interpuso el 19 de noviembre de dicho año por lo que está comprendida en el plazo legal.

El órgano peticionario del dictamen ha seguido los trámites previstos en las leyes y reglamentos aplicables, en particular en el Título X de la LRJ-PAC desarrollado por el Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (RPRP).

A tal fin se ha recabado informe de los servicios de Neumología y Rehabilitación a los cuales se imputa la producción del daño tal como exige el artículo 10.1 del RPRP y se ha otorgado el trámite de audiencia contemplado en los artículos 84 de la LRJ-PAC y 11 del RPRP.

Hubiera sido deseable, no obstante, haber solicitado informe al Servicio de Medicina Intensiva si bien, al responder al Servicio de Neumología al

reproche de los reclamantes relativo a un alta prematura de la UCI, no es precisa la retroacción del procedimiento.

Se ha solicitado igualmente informe de la Inspección Sanitaria.

Por los reclamantes se ha solicitado la aportación de los datos de los pacientes ingresados en el Hospital en dichas fechas aquejados de gripe A. Dejando a un lado que tal petición, tal como se ha efectuado, chocaría con la normativa sobre protección de datos, el instructor debería haberse pronunciado expresamente sobre dicha prueba conforme exige el artículo 9 del RPRP si bien este Consejo considera que la misma era, además, innecesaria porque el propio Hospital reconoce que en dichas fechas había enfermos ingresados aquejados de gripe.

TERCERA.- 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 LRJP-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 económico 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 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.- A la hora de determinar si concurren los citados requisitos ha de partirse del principio general de la carga de la prueba que establece que la misma corresponde a los reclamantes sin perjuicio de la posibilidad de moderar esa obligación en función de la mayor facilidad de prueba que en estos casos ostenta la Administración sanitaria.

En concreto, en los supuestos de infecciones nosocomiales la jurisprudencia viene declarando que corresponde a la Administración la prueba de que adoptó las medidas profilácticas para evitar la infección - sentencias del Tribunal Supremo de 28 de mayo de 2013 (recurso para la unificación de doctrina 660/2013) y del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 25 de marzo de 2013 (recurso 1734/2009)-.

En este caso, el Servicio de Neumología ha justificado las medidas adoptadas en función de lo establecido en los protocolos de actuación establecidos por el Servicio de Medicina Preventiva, explicando la situación de aislamiento cutáneo de la paciente y, posteriormente, al detectarse que padecía gripe A, el aislamiento respiratorio, destacando, además, que la paciente se había vacunado contra la gripe lo cual hacía mucho más improbable su contagio.

Por todo ello, aun cuando el contagio se produjera en el Hospital y por tanto fuera una infección nosocomial, no por ello sería un daño antijurídico, como recoge la sentencia del Tribunal Supremo anteriormente citada y la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 12 de febrero de 2013 (recurso 1243/2009).

A estos efectos ha de destacarse que, frente a las explicaciones tanto del Servicio de Neumología como de la Inspección Sanitaria, los reclamantes no solo no aportan prueba alguna sino que en el trámite de audiencia realizan afirmación carentes de base científica alguna como el que todas las patologías pulmonares graves requieren aislamiento respiratorio.

QUINTA.- En cuanto a los demás reproches efectuados (no realización de trasplante de pulmón, alta prematura de la UCI, ausencia de tratamiento con Oseltamivir y retraso en la realización de fisioterapia ambulatoria) ha quedado acreditado, conforme a las explicaciones contenidas en los informes de los Servicios de Neumología y Rehabilitación, corroboradas por el informe de la Inspección, que fueron correctas y ajustadas a la *lex artis*.

El trasplante de pulmón requería una serie de requisitos que solo se cumplieron en el último ingreso hospitalario, si bien la presencia de infección impidió que se llevase a cabo. Igualmente se ha acreditado que la administración de Oseltamivir en pacientes con fibrosis quística no es recomendable si bien en el ingreso en la UCI se administró dada la gravedad de la paciente.

No parece que un supuesto “*retraso*” de 10 días en el inicio de rehabilitación ambulatoria pudiera ser la causante de la mala evolución posterior de una paciente con una enfermedad congénita diagnosticada a los pocos meses de nacer y con treinta y cinco años de evolución.

En cuanto al alta prematura en la UCI, no solo no se ha aportado prueba alguna al respecto sino que los informes coinciden en que la asistencia en dicha Unidad es necesaria únicamente ante situaciones críticas por lo que una vez estabilizados los pacientes corresponde su tratamiento a los demás servicios sanitarios. Destaca al respecto el informe del Servicio de Neumología que, una vez estabilizada la paciente en la UCI, fue trasladada a la Unidad de Monitorización donde disponían de los medios necesarios para su tratamiento.

Frente a ello los reclamantes se limitan a afirmar en el trámite de audiencia que “*no entienden*” las explicaciones contenidas en los informes de Neumología y de la Inspección y que el tiempo durante el que la paciente estuvo ingresada era “*suficiente*” para comprobar que no podían “*remontarla*”.

Ha de recordarse que es constante la jurisprudencia que recuerda que la medicina curativa es una mera obligación de medios. El examen de la historia clínica permite comprobar que la actuación médica para tratar de lograr que la paciente remontase su comprometida situación fue exhaustiva sin que, por desgracia, tuviese éxito, por lo que no cabe derivar responsabilidad alguna de la misma.

Por todo lo expuesto, el Consejo Consultivo formula la siguiente,

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la presente reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado la existencia de infracción de 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 3.5 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, 29 de enero de 2014

