

Dictamen nº: **205/20**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **09.06.20**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 9 de junio de 2020, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en relación con la reclamación formulada por un abogado en nombre y representación de Dña. (en adelante, “*la reclamante*”) por los daños y perjuicios que atribuye a la deficiente asistencia sanitaria prestada a su madre a causa de una errónea administración de la dosis de medicación por parte de un facultativo del Equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD).

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El día 4 de septiembre de 2018, la persona citada en el encabezamiento del presente dictamen, presenta un escrito de reclamación por responsabilidad patrimonial como consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria prestada a su madre por un facultativo del ESAD el día 5 de marzo de 2018.

En dicho escrito refiere que su madre, de 87 años de edad en el momento de los hechos y con antecedentes de hipertensión pulmonar y Rendhu Osler (enfermedad genética) desde el año 2012, ingresó el 2 de

febrero de 2018 en el Hospital Universitario Gregorio Marañón por disnea y permaneció ingresada en dicho centro hospitalario hasta el 1 de marzo 2018.

Explica que durante su estancia hospitalaria le ajustaron la medicación y le pusieron un infusor en el brazo para facilitar la toma de la misma, y que dicho infusor debía ser cambiado cada seis días y las revisiones de la paciente se realizarían en su domicilio –indicando que vivía en el domicilio de su hija que controlaba su salud- por parte de los médicos del ESAD que serían los encargados de cambiar los infusores.

Señala que el médico del ESAD se personó en el domicilio de la paciente el 6 marzo 2018, para la correspondiente revisión y cambio del infusor, y al terminar la revisión el facultativo comentó a los familiares que le había subido la medicación, sin dar explicación alguna del motivo ni reflejar la causa en el informe del tratamiento a domicilio.

Refiere que tras la subida de medicación la paciente comenzó con somnolencia, con dificultad para hablar, intentó levantarse pero carecía de fuerza y que la reclamante extrañada por la sintomatología de su madre, revisó el informe que dejó el facultativo del ESAD y comprobó que le había subido la medicación de forma exagerada.

Efectúa la siguiente comparativa respecto del cambio de medicación:

- 1 de marzo de 2018, dosis del infusor alta Hospital Universitario Gregorio Marañón:

Morfina al 1% 3mg / 24 horas

Midazolam 2mg / 24 horas

Haloperidol 1mg / 24 horas

- El 6 de marzo de 2018, pautada por el facultativo del ESAD domicilio de la paciente:

Morfina al 2% 18mg / 24 horas

Midazolam 15mg / 24 horas

Haloperidol 7.5mg / 24 horas

La reclamante explica que llamó al 061 y a la llegada del SUMMA le explicó lo sucedido, sugiriendo a los facultativos que podría tratarse de una sobredosis de la medicación, y que el facultativo del SUMMA intentó hablar con el medico de paliativos, pero no le localizó y decidió retirar el infusor a la paciente y trasladarle a las Urgencias hospitalarias del Gregorio Marañón, donde exploraron a la paciente y observaron una disminución del nivel de conciencia con respuesta parcial a estímulos.

Añade que efectivamente, “como todo hacía indicar”, se produjo una sobredosis de medicación que no estaba justificada en el informe del tratamiento a domicilio y los facultativos indicaron a la familia que era necesario iniciar un tratamiento para revertir la sobredosis de la medicación y estabilizar a la paciente que tras la administración de flumazenilo de 1 mg IV recuperó parcialmente el nivel de conciencia reingresando en paliativos para ajustar el tratamiento.

A continuación, efectúa una descripción de la estancia de la paciente en paliativos, en los siguientes términos:

- El 7 de marzo de 2018, precisó de rescate de cloruro mórfico debido al dolor.

- El 11 de marzo de 2018, tuvo agitación por la noche y precisó midazolam. Por la mañana debido a la somnolencia precisó flumacenilo.

- El 12 de marzo de 2018 precisó de nuevo midazolam nocturna por agitación. Por la mañana tras la exploración estaba nerviosa, con taquipnea, no respondía con coherencia, asustada, adormecida, problemas en la ingesta, estreñimiento de tres días. Tras informar a los familiares del empeoramiento de la paciente le pusieron morfina y midazolam.

- El 13 de marzo de 2018 a pesar de iniciar la perfusión de morfina y midazolam empeoró la situación clínica, presentó desasosiego y gesto de angustia cuando despertó, taquipnea y cianosis labial y distal, con ingurgitación, yugular importante, periodos de somnolencia, no responde verbalmente, está confusa, desconectada y con miedo, apenas bebe y no come, siendo necesario un nuevo rescate de morfina.

- Los facultativos explicaron a los familiares de la paciente que era necesario subir la dosis de sedo-analgesia para que no sufriera y finalmente la paciente falleció la mañana del 15 de marzo de 2018.

Explica que desde el periodo en el que la paciente permaneció ingresada hasta su óbito, jamás consiguió remontar el importante deterioro sufrido por la sobredosis de medicación, añadiendo que empezó con deterioro cognitivo durante el ingreso.

Finalmente señala que se trataba de una “*anciana frágil*”, concepto que se caracteriza por una disminución de las reservas fisiológicas de múltiples sistemas corporales lo que sitúa a estas personas en una posición de mayor vulnerabilidad ante perturbaciones externas, y resulta en una mayor probabilidad para presentar episodios adversos

de salud (hospitalización, institucionalización, muerte, caídas) y pérdida de función, discapacidad o dependencia.

Afirma que, dadas las circunstancias, el aumento de las dosis del infusor puso en marcha una cascada de complicaciones que finalmente condujeron a su fallecimiento.

Cuantifica el importe de la reclamación en la cifra de 60.000 euros.

Adjunta al escrito de reclamación la certificación literal de fallecimiento, el libro de familia, y diversa documentación médica.

SEGUNDO.- Del estudio del expediente remitido resultan los siguientes datos relevantes para la emisión del presente Dictamen:

La paciente, de 87 años de edad en el momento de los hechos, con antecedentes de enfermedad de Rendu-Osler, que le ocasiona hipertensión pulmonar (HTP) severa, más insuficiencia válvula pulmonar y tricúspide moderada, recibe asistencia sanitaria en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón hasta que, con fecha 29 de enero de 2018, es derivada al ESAD Sureste por su médico de cabecera.

En el documento de derivación se refleja, además de los diagnósticos referidos, el hecho de que la paciente tuvo un ingreso reciente por insuficiencia cardiaca congestiva en relación con fibrilación auricular del que fue dada de alta el 26 de enero.

Una semana después la paciente es trasladada, por el SUMMA, al Hospital General Universitario Gregorio Marañón por cuadro de empeoramiento de su disnea, asociada a tos con expectoración blanquecina, e intensa ortopnea. Refiere dolor centrotorácico asociado a la inspiración y la tos. No se determina desencadenante actual,

siendo progresión de su enfermedad. Con el diagnóstico de *“Insuficiencia cardiaca muy avanzada secundaria a HTP severa”* queda ingresada en la Unidad de Cuidados Paliativos.

En planta la paciente se encuentra consciente y orientada pero somnolienta, caquética. Precisa perfusión de dosis bajas de morfina y haloperidol para su control.

Se le realiza radiografía de tórax siendo informada: *“Derrame pleural bilateral. Signos radiológicos de EPOC de tipo enfisematoso Aumento de calibre de las arterias pulmonares compatible con HTP precapilar. Cardiomegalia global. Calcificación del anillo mitral. Dilatación y ateromatosis de aorta torácica”*.

La evolución del cuadro clínico fue lenta pero favorable. Presenta dolor sacro por UPP (úlceras por presión) grado 3-4 que precisó curas diarias. Se da de alta el 1 de marzo de 2018 tras instruir a su hija de la vía subcutánea.

En el informe de alta se señala como diagnóstico principal *“Insuficiencia cardiaca en fase terminal, con HTP severa”*. Se señala como tratamiento: *“(…) Morfina 1%amp 1ml (MORFINA) 18 mg +MIDAZOLONA 15 mg/3ml MP (MIDAZOLAM) 12 mg+ HALOPERIDOL 5mg/ml amp (HALOPERIDOL) 6MG Tº. de perfusión: 5 días en infusor sc (subcutánea) continua en 24h (...).”*

Se prescribe, además, entre otros fármacos: midazolan 3 mg sc cada 8 horas si agitación, morfina: Oramorph 1 ml (2mg) o 2 ml (4mg) hasta cada 4 horas si disnea oral o dolor.

Consta en la historia clínica el *“Informe Enfermería Continuidad Cuidados”* en el que queda anotado a mano: *“(…) portadora de infusión subcutánea continua con duración para seis días con la pauta diaria que le va a estar pasando de: Mórfico 3mg/24H. Midazolam 2 mg/24H y*

Haloperidol 1 mg/24 (cada día le va a pasar esta dosis)." Dicho informe no está firmado y es entregado a los familiares.

La paciente es dada de alta a domicilio tras instruir a su hija en los cuidados de la vía subcutánea, por deseo de la paciente y la familia. Queda con infusor subcutáneo continuo para seis días con supervisión posterior de ESAD en domicilio. Por tal motivo el 5 de marzo de 2018 el médico de ESAD acude al domicilio de la paciente, y refleja en su informe: *"(...) Valorada la paciente, mediante lectura del informe de alta médica y anamnesis realizada a través de la hija dado que la paciente conectaba con dificultad (...) Desde el alta ha estado estable. Aunque en las últimas 24 horas la hija refiere que ha tenido agitación, sobre todo nocturna. Ayer le puso Midazolam por la noche, tardó en dormirse y ahora la ve con sopor. La paciente impresiona de mayor debilidad que en visita anterior. Ctr (consciente) pero menos conectada. Camina con andador y supervisada. Expl: Rítmica, soplo sistólico. AP disminución de mv generalizada (poco inspirada) (...) comuniqué a la hija el plan terapéutico consistente en mantener la infusión continúa con el siguiente razonamiento: mantener invariable la dosis de morfina cargada en el infusor dado que la disnea estaba controlada y hacer una ligera subida de la dosis de Midazolam y de haloperidol buscando contener mejor la agitación (...)".*

En la historia clínica de Atención Primaria consta: *"(...) mantenemos infusor con medicación del alta con leves ajustes de dosis: CL mórfico 18mg/día; Midazolam 15 mg/día; Haloperidol 7,5mg/día (infusor 7 días). Dejamos rescates de 3 mg de MF si dolor o disnea. Midazolam nocturno 1cc y Haloperidol 2,5mg si agitación."*

El 5 de marzo de 2018 a las 13.33 h, la familia avisa al SUMMA 112 anotándose como motivo de consulta: *"(...) en seguimiento por ESAD, hoy subida de infusor: mórfico de 3 mg/día a 18 mg/día, Midazolam de 2 mg a 15 mg. Haloperidol de 1 mg a 7,5mg. Tras lo cual*

presenta somnolencia y desaturación 93% (...). En observaciones de Enfermería se anota: *“(...) nos avisan por cuadro de decaimiento, le notan más dormida desde esta mañana que le han subido la dosis de medicación del infusor, tto paliativo, se monitoriza ekg, se toman ctes. Tras valoración médica se suspende infusor y se retira el mismo dejando vía subcutánea, se deriva a hospital para valoración y reajuste tto paliativo (...)”*

En el Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón se administra 0,5 ampolla de Flumazenilo de 1 mg iv con aumento de nivel de conciencia, apertura ocular y habla fluida. Se pauta sueroterapia y la paciente pasa la noche sin incidencias. Por la mañana la paciente que ha recuperado nivel de consciencia, con sensación de disnea. Sat O2 87% con GN. Se administran 3 mg de mórfico por disnea.

A la mañana siguiente la paciente es atendida por la Unidad de Paliativos encontrándola dormida reingresándola en la Unidad de Cuidados Paliativos (UCPA). En ese momento la paciente esta alerta orientada. Precisa rescate de mórfico 1 mg y Midazolam 3 mg por inquietud/desasosiego/dolor que es efectivo. Presenta úlcera grado III en sacro.

El 7 de marzo se administra rescate analgésico. Necesitando de madrugada rescate de cl. Mórfico por dolor. Eupneica en reposo manteniendo saturación en torno a 93-94%.

El 11 de marzo de 2018 se agita por la noche y precisa Midazolan, por la mañana somnolencia excesiva y se administra Flumacenilo con buena respuesta.

El 12 de marzo de 2018 volvió a precisar una dosis de Midazolam nocturna por agitación. Al día siguiente la situación de la paciente empeora, está confusa, nerviosa y somnolienta. Se habla con familiares

y se les informa que la situación clínica ha empeorado, con sufrimiento y que se prescribe perfusión suave de morfina y midazolam.

El 13 de marzo de 2018 se produce un nuevo empeoramiento de la situación clínica. La paciente vuelve a presentar un estado de desasosiego y gesto de angustia cuando se despierta, más taquipnea y cianosis labial y distal, con ingurgitación yugular importante. La situación clínica va empeorando. Fallece el 15 de marzo de 2018.

TERCERO.- A raíz de la formulación del escrito de reclamación, se ha instruido el procedimiento de responsabilidad patrimonial conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Por medio de oficio de fecha 18 de septiembre de 2018, la jefa del Servicio de Responsabilidad Patrimonial del SERMAS requiere a la reclamante al objeto de que comparezca en la sede del SERMAS para llevar a cabo el apoderamiento *apud acta* en la fecha y lugar que a tal efecto se indica, constando la comparecencia de la interesada en cumplimiento del requerimiento efectuado.

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la madre de la reclamante.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC se ha recabado el informe del facultativo del ESAD que atendió a la madre de la reclamante en su domicilio el día 5 de marzo de 2018 así como el informe de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

El informe del facultativo del ESAD comienza refiriéndose a las dos ocasiones en las que asistió a la madre de la reclamante en su

domicilio, concretamente los días 30 de enero y 5 de marzo de 2018, aclarando que en la hoja de información para el domicilio existe un error figurando el día 6 de marzo como fecha de esta última visita.

A continuación describe la asistencia prestada el día 30 de enero de 2018 y la evolución posterior de la paciente con ingreso hospitalario desde el día 2 de febrero hasta el día 1 de marzo de 2018, fecha en que recibe el alta constando como diagnóstico principal el de *“insuficiencia cardiaca en fase terminal, con HTP severa”* y como *“Evolución y comentarios”* el hecho de que los profesionales de la Unidad de Cuidados Paliativos han sopesado el *“traslado a UMLE – Unidad de media larga estancia- de paliativos para continuar cuidados (...)”*.

Considera que todo ello corrobora que se trata de una paciente que padece una enfermedad crónica avanzada en situación final de la vida, subsidiaria de asistencia paliativa, situación clínica con implicaciones asistenciales y pronósticas que van más allá de la mera consideración de anciano frágil como es designada en la reclamación, remitiéndose a la definición que la propia OMS hace de los Cuidados Paliativos en la Guía de Práctica Clínica de Cuidados Paliativos del Ministerio de Sanidad que adjunta como Anexo I del informe.

En cuanto a los hechos objeto de reclamación, refiere que el día 2 de marzo de 2018 *“recibieron”* informe de alta para dar continuidad a la asistencia en domicilio, que no hubo contacto telefónico ni advertencia escrita de ningún aspecto particular de interés a tener en cuenta en relación con el plan terapéutico a seguir ni la frecuencia de cambio del infusor ni las dosis. Precisa que el informe que se les remitió incorpora exclusivamente la información correspondiente al informe médico, pero no incorpora la información del informe de enfermería bajo el epígrafe *“Valoración de enfermería”* ni se anexa este en ningún modo.

Indica que ese mismo día, 2 de marzo, a la recepción del informe, personal de enfermería del ESAD contacta con la hija de la paciente,

quien comunica que correspondería realizar el cambio del infusor el día 5 de marzo por lo que dan cita para ese día.

Describe la visita efectuada, realizada por él acompañado de la enfermera titular del ESAD, la valoración de la paciente mediante lectura del informe de alta médica y anamnesis realizada a través de la hija dado que la paciente conectaba con dificultad con el explorador a efectos de comunicación verbal, y exploración- apreciándose que *“Desde el alta ha estado estable. Aunque en las últimas 24 horas la hija refiere que ha tenido agitación, sobre todo nocturna. Ayer le puso midazolam por la noche, tardó en dormirse y ahora la ve con sopor. La paciente impresiona de mayor debilidad que en visita anterior. Cte (consciente) pero menos conectada, Camina con andador y supervisada. Expl: AC. Rítmica, soplo sistólico. AP disminución de mv generalizada (poco inspirada)”*.

Explica que ante la situación sopesó retirar la infusión continua de medicación cambiando a manejar mediante inyección subcutánea en bolos a demanda según síntomas, pero finalmente desestimó la idea al considerar que resultaría más complicado el manejo para la familia y más estresante para la cuidadora.

Continúa señalando que tras establecer y comunicar a la reclamante el plan terapéutico procedió al cálculo de la dosis de medicación a cargar en el infusor e insiste en que utilizó como fuente de información el informe médico del alta del día 1 de marzo por no disponer del informe de enfermería de continuidad de cuidados.

Reproduce literalmente el párrafo del informe de alta en el que se describe la carga previa y la forma en que él interpretó las dosis para cada uno de los fármacos afirmando que las mismas se encuentran dentro del rango de dosis de inicio, es decir, se trataba de dosis bajas de cada una de las medicaciones en el contexto clínico de los cuidados

paliativos; que existía coherencia interna entre las dosis de rescate pautadas en el hospital y las dosis diarias inferidas para cada uno de los fármacos, valorando los síntomas de inquietud y agitación de la paciente y reiterando que no disponía del informe de enfermería.

Precisa que la decisión expresada en la historia clínica de AP Madrid sobre la dosis de medicación se tomó con *“pleno convencimiento de que las dosis de carga halladas correspondían a la carga real del infusor”*.

Refiere que el 6 de marzo de 2018 a primera hora de la mañana se revisó la historia clínica con objeto de actualizar la información, comprobando que tras llamada de la cuidadora de la paciente a 061-PAL 24, refiriendo disminución del nivel de conciencia; la paciente había sido valorada por un médico y, con la sospecha de neurotoxicidad inducida por fármacos, derivada a Urgencias del Hospital Universitario Gregorio Marañón.

Señala que en ese momento se revisó el informe de alta con la conclusión de que se había producido un error de interpretación de la expresión *“Tº. de perfusión: 5 días en infusor sc Continua en 24 horas”*.

Indica que se reflejó lo ocurrido en la historia de AP Madrid en los siguientes términos: *“05/03/2018 Profesional (...) ESAD: tras ver lo anotado por PAL24 revisamos la historia. Ayer se produjo un error (mio) en el cálculo de la dosis al interpretar las dosis del infusor descritas en el informe como DOSIS DIARIA tratándose de dosis total para 5 días. Llamo a la UCP y advierto del error para que puedan seguir la pista en urgencias de la paciente y no tenga más consecuencias el malentendido. La médico de la UCP me informa, tras ver a la paciente en urgencias, que está fuera de peligro y que va a quedar ingresada a su cargo.”* (Folio 82 del expediente administrativo).

Prosigue refiriéndose a los datos clínicos del informe de *exitus* precisando que, a la luz de este informe, es a partir del 12 de marzo cuando comienza una evolución desfavorable de la paciente tras haber permanecido estable los días anteriores.

Añade que el día 7 de marzo de 2018 se procedió a declarar el error en el sistema de declaración de errores de medicación (CISEM) del SERMAS, que dice adjuntar como ANEXO V -no consta en el expediente remitido a esta Comisión-, con el objetivo de contribuir a evitar que errores similares se cometan en otros pacientes ante el uso de expresiones confusas en la descripción de la medicación y precisa que la declaración de error de medicación quedó registrada en CISEM con el nº 22433.

Añade que a la luz de lo expuesto en la declaración de error de medicación el departamento de Seguridad de medicamentos de la Comunidad de Madrid emitió una Comunicación de incidencias a los profesionales sanitarios. Incidencia: 5/2018; Fecha comunicación; abril de 2018 que identifica como ANEXO VI pero que no consta en la documentación remitida a esta Comisión- en la que según indica se recomienda que:

- *“La expresión de las dosis de los medicamentos para administrar mediante infusor, deben figurar siempre de manera que no induzca a error al destinatario (...)*
- *“Las dosis deben indicar expresamente los mg día de cada medicamento y la duración (días) del infusor así como las dosis de rescate oportunas para cada medicamento”.*

Señala que, además, se organizó una reunión de la Unidad de Farmacia con el servicio de origen del informe de alta para estandarizar en el futuro la descripción de las dosis de infusión subcutánea,

remitiéndose al epígrafe “*Resumen de Medidas Correctoras*” en el documento “*Error de Medicación nº 22433*” del Anexo V que tampoco consta en el expediente remitido.

El informe de la Unidad de Cuidados Paliativos describe la asistencia prestada a la paciente desde el día 2 de febrero de 2018. Precisa que el día 5 de marzo de 2018 reingresó en Urgencias por somnolencia probablemente secundaria al aumento de la medicación del infusor que le hizo el ESAD tras valorarla en su visita domiciliaria. Indica que al llegar a Urgencias la paciente estaba eupneica, somnolienta, consciente, Glasgow 9, TAS 93, afebril, fc 104, SAT o2 con gafas nasales a tres litros: 955. Indica que se administró media ampolla de flumacenil y la paciente se despertó y no se objetivó ninguna otra sintomatología asociada a la medicación sedante que se había aumentado en el infusor por parte del ESAD “*(ni depresión respiratoria, ni disminución de nivel de conciencia, vómitos, etc)*”. Explica que pasó la noche en Urgencias estable, sin desaturarse y sin precisar más flumacenil, ni perfusión continua de este antídoto de benzodiacepinas como explica que es habitual necesitar en la sobredosis por midazolam, y tampoco precisó naloxona como antídoto que se utiliza en la sobredosificación opioide en ningún momento.

Refiere que a las 8,30h fueron a valorarla tras ser avisados telefónicamente a primera hora por su médico del ESAD, interesándose por el estado de la paciente y pidiéndoles que acudieran con prontitud a verla y que a su llegada la paciente estaba tranquila y dormida, acababan de administrarle 3 mg de morfina por disnea y agitación quedándose cómoda; hablaron con su hija y estuvo de acuerdo en reingresarla a cargo de cuidados paliativos para ver evolución.

Continúa refiriéndose a la evolución de la paciente que se mantuvo estable hasta el día 11 de marzo con evolución desfavorable hasta su fallecimiento el día 15 de marzo de 2018.

Desde el punto de vista clínico consideran que la madre de la reclamante era una paciente muy enferma, que padecía insuficiencia cardiaca en estadio avanzado, cumplía criterios de terminalidad no oncológica debido a su patología cardiaca y una hipertensión pulmonar severa, siendo su enfermedad progresiva, incurable y causa de graves síntomas para la paciente, afectando de forma importante a su calidad de vida.

Explica que se trataba de una paciente con fragilidad muy severa en el contexto de situación de final de vida, con múltiples síntomas que precisaban alivio y con necesidades paliativas, condicionada sobre todo por su enfermedad cardiaca terminal.

Afirma que su fallecimiento fue consecuencia de la evolución de su enfermedad cardiaca que condicionó un fallo multiorgánico (cardiaco, respiratorio y renal con delirium terminal).

Finalmente, el informe de la Inspección considera que se trata de una paciente con fragilidad muy severa en el contexto de situación de final de vida y que su fallecimiento fue consecuencia de la evolución de su enfermedad cardíaca que condicionó un fallo multiorgánico sin que influyese en el mismo el aumento de medicación del infusor que se produjo el 5 de marzo de 2018.

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes y de la historia clínica, se evacua el oportuno trámite de audiencia a la reclamante que en uso del citado trámite formuló escrito de alegaciones por medio del cual se ratifica en su escrito inicial; afirma que el facultativo del ESAD sí disponía del informe de enfermería que recogía la pauta diaria de morfina e incide en el reconocimiento por parte de la Inspección del error cometido por el médico en la interpretación de la posología de medicación que debía contener el infusor. Finalmente reitera que la madre de la reclamante era una anciana frágil en la que

el aumento de la dosis del infusor cinco veces superior a la pauta
puso en marcha una cascada de complicaciones que pese a su ingreso
hospitalario finalmente condujeron a su fallecimiento.

Finalmente, la viceconsejera de Asistencia Sanitaria formula
propuesta de resolución de 21 de enero de 2020 en el sentido de
desestimar la reclamación patrimonial al considerar que no se ha
demostrado el nexo causal entre la asistencia sanitaria y el daño en
virtud del cual se reclama.

CUARTO.- Por escrito del consejero de Sanidad con registro de
entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 9 de marzo de 2020 se
formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido su estudio, por reparto de asuntos, a la letrada
vocal Dña. Laura Cebrián Herranz, que formuló y firmó la oportuna
propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta
Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 9 de junio de 2020.

La solicitud del dictamen fue acompañada de la documentación
que se consideró suficiente.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen
preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, por ser
la reclamación de responsabilidad patrimonial superior a 15.000 euros
y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3
del Reglamento de Organización y funcionamiento de la Comisión

Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

El presente dictamen se emite en plazo teniendo en cuenta lo dispuesto en la disposición adicional tercera del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 derogada con efectos 1 de junio de 2020 por el Real Decreto 537/2020, de 22 de mayo, por el que se prorroga el estado de alarma declarado por el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada, según consta en los antecedentes, ha de ajustarse a lo dispuesto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo del artículo 4 de la LPAC en relación con el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) y, por tanto, para reclamar los daños que les ha producido de un modo personal el fallecimiento de su familiar directo. Consta el apoderamiento conferido *apud acta* al letrado firmante de la reclamación.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por un facultativo dependiente de su red pública asistencial.

En cuanto al plazo, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, a tenor del artículo 67.1 de la LPAC, tienen un plazo de

prescripción de un año desde la producción del hecho que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo, que se contará, en el caso de daños de carácter físico o psíquico, desde la curación o la fecha de determinación del alcance de las secuelas.

En el caso sometido a dictamen, la asistencia sanitaria reprochada tuvo lugar el día 5 de marzo de 2018 y el fallecimiento de la madre de la reclamante se produjo el día 15 de marzo de 2018. De esta forma, la reclamación presentada el 4 de septiembre de 2018 debe considerarse formulada dentro del plazo legalmente establecido.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se han solicitado los informes preceptivos previstos en el artículo 81 LPAC.

También consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria, y se ha incorporado al procedimiento la historia clínica.

Después de la incorporación al procedimiento de los anteriores informes se ha dado audiencia a las reclamantes, que no ha efectuado alegaciones. Por último, se ha formulado la oportuna propuesta de resolución.

TERCERA.- 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 la actualidad tanto en la LPAC como en la LRJSP, exige, según una constante y reiterada jurisprudencia, una serie de requisitos, destacando la sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2014 (recurso 4160/2011) que, conforme el artículo 32 de la LRJSP, es necesario que concurra:

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 cabalmente causado por su propia conducta.

Ha destacado esa misma Sala (por todas, en Sentencia de 16 de marzo de 2016, RC 3033/2014), que es el concepto de lesión el que ha permitido configurar la institución de la responsabilidad patrimonial con las notas características de directa y objetiva, dando plena armonía a una institución como garantía de los derechos de los ciudadanos a no verse perjudicados de manera particular en la prestación de los servicios públicos que benefician a la colectividad, y que ese concepto de lesión se ha delimitado con la idea de constituir un daño antijurídico:

“(...) lo relevante es que la antijuridicidad del daño es que no se imputa a la legalidad o no de la actividad administrativa -que es indiferente que sea lícita o no en cuanto que la genera también el funcionamiento anormal de los servicios- o a la misma actuación de quien lo produce, que remitiría el debate a la culpabilidad del agente que excluiría la naturaleza objetiva; sino a la ausencia de obligación de soportarlo por los ciudadanos que lo sufren. Con ello se configura la institución desde un punto de vista negativo, porque

es el derecho del ciudadano el que marca el ámbito de la pretensión indemnizatoria, en cuanto que sólo si existe una obligación de soportar el daño podrá excluirse el derecho de resarcimiento que la institución de la responsabilidad comporta (...). Interesa destacar que esa exigencia de la necesidad de soportar el daño puede venir justificada en relaciones de la más variada naturaleza, sobre la base de que exista un título, una relación o exigencia jurídica que le impone a un determinado lesionado el deber de soportar el daño”.

En concreto, cuando se trata de daños derivados de la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público porque el criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios.

Así, el Tribunal Supremo, en doctrina reiterada en numerosas ocasiones (por todas, la STS de 19 de mayo de 2015, RC 4397/2010) ha señalado que “(...) *no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”.*

CUARTA.- En el caso de la reclamante, el perjuicio viene dado por la innegable quiebra moral que produce el fallecimiento de un ser querido.

Probada la realidad del daño, resulta necesario examinar si existe la pretendida relación de causalidad entre este y la asistencia sanitaria prestada.

En el presente supuesto, la propia Administración Sanitaria reconoce que se ha producido un error en el tratamiento pautado a la paciente pues, en palabras de la Inspección médica *“Lo que es cierto es que se produjo un error por parte del Dr. (...) en interpretar la posología de cada medicación que debía contener el infusor interpretando la cantidad que se señala en el informe de alta como dosis diaria cuando habría que haber interpretado como dosis total para los 5 días”*.

Tal error es reconocido por el facultativo del ESAD que atendió a la paciente en los términos expuestos en su informe, y ello con independencia de que dispusiera del informe de enfermería como alega la reclamante, si bien sobre este aspecto conviene precisar que en la historia clínica de Atención Primaria consta anotado el día 2 de marzo de 2018 *“TF ESAD: mandan informe de alta paciente con infusor de 5 días”*, sin referencia alguna al citado informe de enfermería.

No obstante, tras dicha actuación errónea, los informes referidos y la propia historia clínica de Atención Primaria no objetivan la existencia de daños o secuelas para la paciente derivadas de la sobredosificación, y así afirma la Inspección que:

“No obstante, hay que puntualizar al respecto que aunque hubo un error de interpretación y se consideró como dosis diarias, estas se encuentran dentro del rango que señala la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. “Guía de Cuidados Paliativos”. En dicho

documento la dosis de inicio expresado en dosis para 24 horas por vía subcutánea equivaldría: Morfina en la disnea 10-30mg/24H; Haloperidol en agitación 5-15mg/24horas; Midazolam en ansiedad 12 mg/24H.

A las pocas horas, la paciente reingresa en urgencias por somnolencia probablemente secundaria al aumento de la medicación del infusor. En el Servicio de Urgencias se le administra 0,5 mg de flumacénilo (antídoto específico de las benzodiazepinas) y la paciente despertó y no se objetivó ninguna otra sintomatología asociada a la medicación sedante. No hubo que alcanzar dosis máximas indicadas para intoxicación por benzodiazepinas, ni hubo recaída posterior durante su estancia en el Servicio de Urgencias. La evolución desfavorable de la paciente no guardó ninguna relación con el hecho descrito del aumento de la medicación del infusor. La paciente se mantuvo estable hasta el 11 de marzo cuando comenzó con agitación, confusión, alternando con momentos de somnolencia (...) Evolucionó desfavorablemente, con aumento de su disnea, cianosis, ingurgitación yugular, taquipnea y angustia vital, más dolor por UPP, por lo que de acuerdo con sus hijos se aumentó la perfusión de Morfina y Midazolam. El 15 marzo la paciente fallece con sedación paliativa para alivio de disnea y agitación”.

En definitiva, sin perjuicio del error del facultativo del ESAD, plenamente acreditado, resultan a nuestro juicio determinante el hecho de que la dosis erróneamente administrada se encuentre dentro del rango que señala la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. “Guía de Cuidados Paliativos”, tal y como indica el facultativo del ESAD en su informe y ratifica la Inspección Sanitaria.

De otro lado, tanto el informe de la Unidad de Cuidados Paliativos como la Inspección afirman que la intoxicación que sufrió la paciente

se resolvió en el Servicio de Urgencias en las horas siguientes a su ingreso, permaneciendo estable durante los seis días siguientes, lo que permite afirmar que no supuso un agravamiento en el estado de salud que influyera en su fallecimiento. En este sentido, el día 7 de marzo, consta anotado en la historia clínica que *“se inicia morfina oral para la disnea de cara a una posible vuelta a casa. Al día siguiente logra caminar unos pasos con andador y acompañante, la UPP está muy grande, le duele, parece el limitante principal de la vuelta a casa”*.

En dichos términos se pronuncia la Inspección cuando concluye que su fallecimiento fue consecuencia de la evolución de su enfermedad cardíaca que condicionó un fallo multiorgánico (cardíaco, respiratorio y renal con delirium terminal) sin que influyese en el mismo el aumento de medicación del infusor que se produjo el 5 de marzo de 2018.

Conclusión a la que debemos atenernos dado que el informe de la Inspección Sanitaria obedece a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 13 de septiembre de 2018 (recurso nº 309/2016):

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

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la presente reclamación al no haber quedado acreditada la relación de causalidad entre la actuación sanitaria y el daño en virtud del cual se efectúa la reclamación.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 9 de junio de 2020

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 205/20

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid