

Dictamen nº: **85/20**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **27.02.20**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 27 de febrero de 2020, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña. y Dña. (en adelante “*las reclamantes*”), en relación con el fallecimiento de su padre D. (en adelante “*el paciente*”), que atribuyen a la deficiente administración de heparina en el Hospital de la Cruz Roja San José y Santa Adela, de Madrid.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El día 27 de junio de 2018 las reclamantes citadas en el encabezamiento presentaron en una oficina del Servicio de Correos, una reclamación de responsabilidad patrimonial por el fallecimiento de su padre el 18 de octubre de 2017 y que atribuyen, a la insuficiente administración de dosis de heparina, en el Hospital de la Cruz Roja San José y Santa Adela (HCR). Dicho escrito tuvo entrada en el registro del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) el 29 de junio de 2018.

Según exponen en su reclamación, el paciente ingresó en el citado hospital para la intervención quirúrgica de artroplastia total de rodilla

izquierda, que fue realizada el 16 de mayo de 2017 (las reclamantes señalan erróneamente el año 2018). Refieren que tras la operación se le administró heparina durante 13 días.

Indican que con posterioridad, el 28 de junio de 2018 (sic) su padre acudió a Urgencias del Hospital Universitario Infanta Sofía (HUIS) por sospecha de neumonía. Tras permanecer en Urgencias varios días se procedió a realizar un angio-TC el 4 de julio de 2017 con el resultado de *“hallazgos compatibles con tromboembolismo pulmonar agudo bilateral con signos de sobrecarga cardiaca derecha e hipertensión pulmonar (...)”*.

Las reclamantes refieren que estando su padre en casa el 12 de octubre de 2017 a las 19 horas, presenta alteración en el lenguaje y debilidad en las extremidades, por lo que llamaron al SUMMA 112 que le trasladó al Hospital Universitario Puerta de Hierro, de Majadahonda. Prosiguen su relato indicando que una vez allí, se decide el traslado al Hospital Universitario La Paz (HULP) para ser tratado del ictus.

Finalmente, señalan que su padre falleció el día 18 de octubre de 2017 en el HULP, y consideran que se debió a *“la mala actuación llevada a cabo por parte del equipo del Hospital de la Cruz Roja (...) ya que sólo se le administró heparina durante 13 días, periodo insuficiente, que dio lugar a una embolia pulmonar, y posterior infarto cerebral (ictus)”*.

Consideran que se les debe indemnizar, tanto el daño material como moral con una indemnización según la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, que cuantifican en 20.000 € por la muerte y 400 € en concepto de perjuicio patrimonial sin necesidad de justificación, es decir, 20.400 € en total.

Acompañan a su escrito, documentación médica de los diferentes hospitales en que fue tratado el paciente (folios 1 a 105 del expediente).

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

1.- El paciente de 84 años de edad en el momento de los hechos, contaba con antecedentes de hipertensión arterial, miocardiopatía hipertensiva, extrasistolia frecuente, obesidad, asma bronquial extrínseca, rinoconjuntivitis, cifoescoliosis importante, hipertrofia benigna de próstata, glaucoma, osteoartrosis, vértigo periférico, ferritemia no filiada, trombocitosis no filiada y deterioro cognitivo leve.

Se programa la intervención quirúrgica de artroplastia total de rodilla izquierda en el HCR para el 16 de mayo de 2017, firmando previamente el 7 de abril, diversos consentimientos informados (folios 334 y ss.) tanto para la anestesia como para la implantación de prótesis en la rodilla.

El postoperatorio inmediato transcurrió con normalidad, administrando Enoxaparina desde el día de la intervención, iniciando rehabilitación y deambulación asistida el 19 de mayo. Ese mismo día, pasa a la unidad de media estancia a cargo de Geriátria para recuperación funcional, la evolución es favorable, encontrándose clínica y hemodinámicamente estable; continua con la rehabilitación y control clínico en la Unidad de Ortogeriatría y desde el 22 de mayo utiliza medias elásticas. Se le da el alta, el 26 de mayo, en ese momento deambulaba de forma independiente con dos bastones y subía y bajaba escaleras; se le recomienda estimular la deambulación y continuar con la rehabilitación (que dice realizará de forma privada). Se le pauta: *“Bemiparina, una inyección al día hasta el 31 de mayo incluido”*.

2.- El 28 de junio de 2017, acude a Urgencias del HUIS, por disnea de diez días de evolución acompañada de tos y expectoración verdosa, sin fiebre ni otra sintomatología. Tensión arterial: 160/86. Buen estado general. Auscultación cardíaca: rítmica y sin soplos. (...) Con juicio

diagnóstico de NAC (neumonía adquirida en la comunidad), hipoxemia secundaria, se inicia tratamiento con urbasón y antibióticos orales. Los días siguientes en Urgencias, permanece estable, refería menos disnea y la saturación sin oxígeno era 92%, pero presentaba empeoramiento gasométrico. Se le ingresa en planta el 1 de julio.

Al ingreso en el Servicio de Neumología de este HUIS, se recogía la intervención de prótesis de rodilla hacía 6 semanas y la interrupción de la profilaxis hacía más de 15 días. Refería dificultad para llevar a cabo la rehabilitación mecánica de la rodilla por la disnea la semana previa al ingreso. EEII no edemas, ni signos de tromboembolismo. Importante disnea (...)

Se solicitó un TC con protocolo de tromboembolismo, que se realiza el 4 de julio, encontrando *“hallazgos compatibles con TEP agudo bilateral con signos de sobrecarga carga derecha e hipertensión pulmonar, neumotorax parcial izquierdo con derrame pleural asociado en mínima cuantía, atelectasia completa de LII con probables secreciones mucosas”*. Iniciado tratamiento con enoxaparina se aumenta la dosis ante los hallazgos del TAC.

El 6 de julio se suspende la administración de heparina por realización de broncoscopia para solventar la atelectasia, aspirando tapón mucoso. Consultando con hematología, para valorar la anticoagulación con *sintrón* en vistas a posible alta. Tras la realización de la broncoscopia se sustituye la enoxaparina por tinzaparina 18.000 UI cada 24 horas. El 10 de julio de 2017 es dado de alta, continuando con revisiones en Hematología para pauta de anticoagulación oral.

3.- Meses después, el 12 de octubre 2017 a las 19 horas, estando el paciente en su domicilio y presenciado por sus familiares, presenta debilidad en las extremidades derechas y asimetría facial, por lo que avisan al SUMMA, que tras una valoración *in situ*, lo trasladan al HUPH.

Ingresa en este hospital, a las 21:27 horas (código ictus extrahospitalario), con debilidad EEDD y alteración del lenguaje. Diagnosticado de Ictus isquémico agudo en territorio de la ACM izquierda y pequeño hematoma (...) en ganglios basales (...) emergencia hipertensiva. Se adopta actitud de control de la tensión y se decide su traslado al hospital de referencia, HULP.

Trasladado a dicho hospital el mismo día 12 de octubre, folios 203 y 204 del expediente, durante su estancia presenta deterioro del estado general con fiebre y roncus bilaterales instaurando tratamiento antibiótico. Clínicamente presentaba bajo nivel de conciencia y no emitía lenguaje. Hipotonía de extremidades derechas, con tono conservado en extremidades izquierdas.

Dado el mal estado del paciente y el mal pronóstico a corto plazo, de mutuo acuerdo con la familia, se retira antibiótico y se coloca infusor de cloruro mórfico, Buscapina y Midazolan. El paciente fallece finalmente el 18 de octubre de 2017. Diagnóstico principal: *“Infarto cerebral en territorio de la ACM-I con transformación hemorrágica PH1.* Diagnósticos secundarios: *Infección respiratoria de probable etiología broncoaspirativa”.*

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del paciente del Hospital Universitario Infanta Sofía (folios 108 a 202), Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda (folios 203 y ss), del Hospital Universitario La Paz (folios 218 y ss.), y del Hospital Central de la Cruz Roja (folios 315 y ss.).

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81.1 LPAC, se ha unido al expediente el informe de fecha 25 de julio de 2018, del SUMMA 112 que atendió al paciente en el domicilio y le trasladó al HUPH el 12 de octubre de 2017; consta de informe de facultativo y de enfermería (folios 380 y ss.). En dicho informe se señala como juicio clínico “*sospecha de déficit neurológico por ACV (sin especificar, ISQUEMICO O HEMORRAGICO)*”.

Consta emitido el informe del servicio afectado del HCR que es al que se reprocha la asistencia prestada al paciente, firmado el 23 de julio de 2018 (folios 376 y ss.) del que destacamos como dato que “*en respuesta a la cuestión acerca del tiempo durante el que se mantuvo el tratamiento profiláctico con heparina de bajo peso molecular, desde la cirugía del día 16 de mayo hasta el 31 de mayo de 2017 (15 días)*”.

Indica que con el envejecimiento, de forma paralela al riesgo aumentado de eventos tromboembólicos, existe un incremento del riesgo de sangrado. En este caso concreto, “*debido a la fragilidad clínica del paciente, junto al hecho de la buena evolución funcional, deambulando de forma independiente al alta, se decide un tiempo de duración de profilaxis antitrombótica con heparina de bajo peso molecular de 15 días*”, de acuerdo con las Recomendaciones propuestas en Guías de Práctica Clínica y Consensos sobre la profilaxis de enfermedad tromboembólica en cirugía programada de prótesis de rodilla que cita: *Prevention of venous thromboembolism in adult orthopedic surgical patients*.

Con respecto al ictus manifiesta que “*se trata de una afectación embólica o aterotrombótica a nivel arterial. Junto con la edad, la hipertensión arterial es un claro factor de riesgo para desarrollo de aterosclerosis a nivel de sistema carotideo, y un aumento importante de la misma en el contexto de un ictus isquémico favorece una transformación hemorrágica del mismo*”

Con fecha 23 de octubre de 2018 emite informe la Inspección Sanitaria (folios 389 a 396) que señala entre los antecedentes del paciente antes de la intervención de artroplastia: *“miocardiopatía hipertensiva, extrasistolia frecuente, asma bronquial extrínseca, rinoconjuntivitis, obesidad patológica, cifoescoliosis importante, hipertrofia benigna de próstata, glaucoma, osteoartrosis, vértigo periférico, ferritemia no filiada, trombocitosis no filiada, deterioro cognitivo leve”*. Efectúa las consideraciones médicas pertinentes, indicando que la artroplastia total de rodilla es la intervención quirúrgica que consiste en el reemplazo de la articulación de la rodilla por una prótesis y sus posibles complicaciones, entre otras tromboembólicas; lo que señalan las guías médicas en cuanto a la administración de la heparina *“Sobre la duración de la trombopprofilaxis existen recomendaciones fuertes para administrarla los 14 primeros días y recomendaciones más débiles hasta los 35 días”*.

La Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología ha elaborado un documento de consenso con recomendaciones clínicas dirigidas a especialistas y orientadas a reducir la variabilidad de la práctica clínica en el tratamiento de la profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa (ETV) en la cirugía protésica de cadera y rodilla. Indica significativamente que *“el traumatólogo se encuentra en la difícil tesitura de elegir un protocolo de profilaxis ETV, que equilibre el riesgo tromboembólico con el riesgo de sangrado”*.

A continuación, define qué se entiende por ictus isquémicos que se deben a una falta de aporte de sangre al encéfalo, y realiza el juicio clínico en el caso que nos ocupa, *“la edad del paciente, la hipertensión arterial, la cardiopatía hipertensiva, las taquicardias auriculares que padecía son factores de riesgo para el desarrollo del ictus, por la producción de una embolia arterial o por el desarrollo de aterosclerosis, sin relación con el tromboembolismo pulmonar”*.

Llegando a la conclusión de que: *“la asistencia sanitaria dispensada por los servicios de traumatología y geriatría del Hospital de la Cruz Roja, se considera adecuada”*.

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes, se ha evacuado el oportuno trámite de audiencia. Las reclamantes efectuaron alegaciones el 17 de julio de 2019 abundando en la duración escasa de la administración de la heparina y señalando que el informe de la inspección *“es una opinión subjetiva de un profesional con una tendencia a un determinado tratamiento”*.

Finalmente, el viceconsejero de Sanidad ha formulado propuesta de resolución el 25 de noviembre de 2019, desestimatoria de la reclamación patrimonial, al considerar que no se ha acreditado que la asistencia sanitaria dispensada haya sido incorrecta o inadecuada a la *lex artis*.

CUARTO.- El consejero de Sanidad formula preceptiva consulta con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 3 de diciembre de 2019. Ha correspondido su estudio, por reparto de asuntos, y registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 574/19, a la letrada vocal Dña. Silvia Pérez Blanco que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 27 de febrero de 2020.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación en soporte CD, adecuadamente numerada y foliada, que se considera suficiente.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 € y a solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, se regula en la LPAC.

Las reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), como hijas de la persona que recibió la asistencia sanitaria que consideran incorrecta y cuyo fallecimiento les ocasionó un indudable daño moral.

No obstante, se observa que no se ha acreditado debidamente la relación de parentesco que ligaba a las reclamantes con el fallecido, ni tampoco el instructor del procedimiento le ha requerido para ello. Hecha la anterior puntualización y como quiera que la Administración ha entrado a conocer el fondo del asunto sin reparar en la deficiencia advertida, esta Comisión a pesar de considerar que existe un defecto de falta de acreditación de la legitimación activa de las reclamantes, examinará la concurrencia de los demás presupuestos de la responsabilidad patrimonial sin perjuicio de recordar a la Administración la necesidad de que la legitimación activa se acredite en forma adecuada

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

Por último, y en lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 LPAC el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas. En el presente caso, ocurrido el fallecimiento del paciente el día 18 de octubre de 2017, cabe entender presentada en plazo la reclamación formulada el 27 de junio de 2018.

Respecto a la tramitación del procedimiento se ha cumplimentado lo establecido en la LPAC. En este sentido se ha solicitado el informe del servicio al que se imputa la producción del daño al amparo del artículo 81 de la LPAC y de la Inspección Sanitaria y se ha admitido la prueba documental aportada. Asimismo, se ha evacuado el trámite de audiencia de acuerdo con el artículo 82 de la citada norma legal y se ha dictado propuesta de resolución desestimatoria al considerar correcta la asistencia sanitaria prestada.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

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 LPAC y 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) los siguientes:

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.

CUARTA.- En el ámbito sanitario, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada “*lex artis*” se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Así, el Tribunal Supremo, en doctrina reiterada, por todas, la STS de 19 de mayo de 2015, recurso 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 (...)".

Todo lo anterior resulta relevante por cuanto el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial no convierte a la Administración en una aseguradora universal de cualquier daño que sufran los particulares, sino que únicamente debe responder de aquéllos que los administrados no tengan el deber jurídico de soportar y sean causados por infracción de la llamada *lex artis*.

QUINTA.- Del breve resumen de los presupuestos de la responsabilidad patrimonial incluidos en las consideraciones jurídicas anteriores, se deduce que no cabe plantearse una posible responsabilidad de la Administración sin la existencia de un daño real y efectivo a quien solicita ser indemnizado. En dicho sentido recuerda la Sentencia de 6 de octubre de 2017 del Tribunal Superior de Justicia de Madrid recurso 32/2017, con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo, que *“(...) la existencia de un daño real y efectivo, no traducible en meras especulaciones o expectativas, constituye el núcleo esencial de la responsabilidad patrimonial traducible en una indemnización económica individualizada, de tal manera que resulte lesionado el ámbito patrimonial del interesado que es quién a su vez ha de soportar la carga de la prueba de la realidad del daño efectivamente causado”*.

En este caso no cabe duda a tenor del expediente examinado que el daño es el fallecimiento del padre de las reclamantes que constituye un *“daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto”* (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004 –recurso 7013/2000- y en similar sentido la Sentencia de 25 de julio de 2003 –recurso 1267/1999-) y que

jurisprudencia consolidada ha admitido como supuesto de lesión indemnizable (Sentencias del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 1993 -recurso 395/1993-, 19 de noviembre de 1994 -recurso 12968/1991- y 28 de febrero de 1995 - recurso 1902/1991-), aunque de difícil valoración económica.

La existencia de un daño, sin embargo, no es suficiente para declarar la responsabilidad, por lo que ha de analizarse si concurren los demás requisitos necesarios para apreciarla, en el caso concreto, la relación de causalidad entre el fallecimiento del paciente a consecuencia de un ictus y la asistencia sanitaria recibida meses antes en el Hospital de la Cruz Roja tras la implantación de prótesis y la administración de la heparina que las reclamantes entienden insuficiente.

Para determinar la supuesta infracción de la *lex artis* debemos partir de la regla general de que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación, de conformidad con el artículo 217 de la Ley 1/2000 de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. En este sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 20 de septiembre de 2016 (recurso 60/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

También habrá de tener en cuenta que para evaluar la corrección de una concreta práctica médica hay que estar a la situación y síntomas del momento en que se realiza. Esta obligación de medios debe entenderse ceñida al contexto del momento y las circunstancias en que se efectúa la asistencia, es decir, a los síntomas que presenta cada paciente y a las probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología. Al respecto, la Sentencia del Tribunal Supremo de 16 de marzo de 2016 (recurso de casación 2228/2014) destaca: “Así es, la asistencia sanitaria es una obligación de medios y no de resultados, de modo que no puede apreciarse

responsabilidad cuando se han empleado las técnicas y los instrumentos de que se dispone. Y es precisamente lo acaecido en este caso, en el que se han ido poniendo los medios adecuados, realizando pruebas diagnósticas, acordes con lo que sugerían, desde el punto de vista médico, las diferentes dolencias del recurrente”.

Además, procede tener presente que la asistencia médica ha de atender a las circunstancias de la asistencia y a los síntomas del enfermo, mediante un juicio *ex ante* y no *ex post*, puesto que, de lo contrario, estaríamos contraviniendo la prohibición de regreso. No puede admitirse juzgar la asistencia sanitaria partiendo del resultado final del fallecimiento. Así lo ha manifestado el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en Sentencia de 28 de marzo de 2016 (recurso 45/2014): *“No es correcto realizar una interpretación de lo acontecido conociendo el resultado final. La calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio “ex post”, sino por un juicio “ex ante”, es decir, si con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la diagnosis o tratamiento puede considerarse que tal decisión es adecuada a la clínica que presenta el paciente”.*

Hechas las anteriores consideraciones procede analizar el reproche de las reclamantes que según refieren es *“el hecho claro de que a D. solo se administró heparina durante 13 días, periodo insuficiente, que dio lugar a una embolia pulmonar, y posterior infarto cerebral (ictus). Por tanto, el paciente fallecido no recibió un tratamiento adecuado”.* Esta alegación es más una conjetura, pues no se acompaña de sustrato probatorio alguno, ya que no se ha aportado al procedimiento ninguna prueba (v.gr. informe pericial de especialista) que sirva para apoyar este reproche que dirige solo contra la asistencia recibida en el HCR.

Frente a ello, si examinamos la historia clínica vemos cómo está debidamente justificada y anotada toda la medicación que por su avanzada edad (84 años) y antecedentes era necesaria. Así, tras la

intervención de prótesis figura el detallado listado de medicación, dosis y demás circunstancias anotado por el personal de enfermería del HCR, (folios 344 a 360) que nos permite valorar que el paciente estaba adecuadamente controlado y atendido en este aspecto. En igual sentido la orden médica que figura en los folios 374 y ss.

En cuanto a la heparina, tanto el informe del servicio afectado como el de la Inspección señalan que se le administró 15 días *“desde la cirugía del día 16 de mayo hasta el 31 de mayo de 2017”*, y no solo 13 días, como dicen las reclamantes. Y ello figura debidamente constatado porque aunque se le dio de alta el 26 de mayo, figura como *“Tratamiento: Bemiparina, una inyección al día hasta el 31 de mayo incluido”*.

Realizada esta precisión, la Inspección refiere en cuanto al trombo embolismo pulmonar (TEP), que el paciente lo sufrió a los 40 días de la intervención y que es uno de los riesgos descritos de estas intervenciones. Por ello, estaba informado, ya que había firmado un documento de Consentimiento Informado en el que constaba expresamente *“el riesgo de formación de trombos en la pierna, y que en ocasiones podía complicarse con la aparición de un TEP”*. Para evitar este riesgo, señala que *“se había realizado profilaxis farmacológica con heparina de bajo peso molecular desde el día de la intervención, prolongándose durante los 15 días posteriores”* y que éstos son los fármacos que generan más confianza.

Respecto a la duración del tratamiento farmacológico el inspector manifiesta en su informe que existen discrepancias: *“hay recomendaciones fuertes para administrarlo 10-14 días, existiendo un consenso amplio en afirmar que es apropiado prolongar la profilaxis farmacológica hasta los 28-35 días”*. Ahora bien, precisa que en la profilaxis farmacológica es necesario equilibrar el riesgo tromboembólico con el riesgo de sangrado. Por ello, y para el caso concreto del paciente con sus antecedentes y edad, afirma en una de sus conclusiones *“que no*

puede considerarse que la administración de la profilaxis farmacológica con HPBM durante 16 días esté en desacuerdo con las recomendaciones de la práctica clínica”.

Por último, señala que el ictus que sufrió, a los cinco meses de la intervención, pudo ser de causa tromboembólica o aterotrombótica, y que *“tenía factores de riesgo para su producción”*. Con el dato de que cuando sufrió el ictus se mantenía la anticoagulación oral pautada desde el TEP.

Por tanto, el tiempo de administración de la heparina fue el correcto y el ictus que le ocasionó la muerte no se debió a esta causa, considerando además, los factores de riesgo que lo pudieron propiciar.

En consecuencia, y siguiendo el criterio de la Inspección Médica, se considera que la asistencia dispensada en el HCR no fue contraria a la *lex artis*. A esta conclusión debemos atenernos pues su valoración, como hemos dicho reiteradamente, responde a criterios de objetividad, imparcialidad y rigor científicos como ha resaltado el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en varias sentencias (por ejemplo, Sentencia de 3 de marzo de 2017 (núm. rec. 538/2013), Sentencia de 25 de enero de 2018 (recurso 1/2016), o la Sentencia de 26 de julio de 2018 (recurso 768/2016).

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación presentada al no haberse acreditado la existencia de *mala praxis* en la atención dispensada a la madre del reclamante.

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

Madrid, a 27 de febrero de 2020

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 85/20

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid