

Dictamen nº: **245/21**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **25.05.21**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 25 de mayo de 2021, 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 D. ...., Dña. ...., Dña. ...., y Dña. .... (en adelante, “*los reclamantes*”), por los daños y perjuicios sufridos debidos a la asistencia sanitaria dispensada a su familiar- en adelante “*el paciente*”- en el Hospital General de Villalba –HGV-.

#### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito de reclamación formulado por las personas citadas en el encabezamiento de este dictamen, presentado el 11 de noviembre de 2019 en el registro general del Ayuntamiento de Collado Villalba.

En su escrito refieren que su familiar (abuelo, padre y marido de los reclamantes, respectivamente), en tratamiento crónico establecido por su especialista en Cardiología con digoxina, bisoprolol y simtrom, por flutter auricular anticoagulado (FLA) asociado a disfunción severa ventricular (DSVI) y de ramipril por hipertensión arterial esencial (HTA),

ingresó el día 8 de noviembre de 2018 en el Servicio de Urgencias del HGV a causa de un cuadro gastrointestinal, donde fue diagnosticado de hipocalcemia e hipomagnesemia severa, infección urinaria a hipocoagulabilidad en relación con Sintrom.

Refieren que, como consecuencia de aquel diagnóstico “*y con buen criterio*”, se ordenó el ingreso en planta de hospitalización de Medicina Interna para el tratamiento del desequilibrio hidroelectrolítico, hipocoagulabilidad e infección urinaria que presentaba el paciente, donde permaneció ingresado hasta su fallecimiento súbito el día 14 de noviembre de 2018.

Indican que, sin constar justificación suficiente, consentimiento informado escrito o verbal, y con olvido de absolutamente todos los requisitos establecidos en la Instrucción décima de la Resolución nº106/117 dimanante del viceconsejero de Sanidad y director general del Servicio Madrileño de Salud, por la que se aprueban las instrucciones relativas al uso de sujeciones físicas y químicas en centros hospitalarios del SERMAS, el facultativo al que identifican con nombre y apellidos, prescribió a su familiar las medidas de contención química consistentes en la prescripción pautada de hasta cuatro psicofármacos para que a juicio del personal de Enfermería, se administraran. Todo ello, insisten, sin consentimiento informado y sin que consten causas suficientemente justificadas para la aplicación de tal variedad de fármacos de gran poder sedante e hipnótico, toda vez que su asociación y combinación resultarían contraproducentes para la patología de base del paciente.

Añaden que dicha medida de contención se incrementó con medidas físicas consistentes en sujeciones precisas y permanentes en cuatro puntos instauradas por orden verbal y sin ningún control ni seguimiento por la facultativo, que también identifican, el día 11 de noviembre de 2018, manteniéndose dichas medidas hasta el día 14 de

noviembre de 2018, día del fallecimiento, sin consentimiento informado y sin ninguna mención en el evolutivo médico sobre dicha medida excepcional.

A su juicio, llama poderosamente la atención que en un paciente de 89 años de edad y en un estado general muy débil se necesiten aplicar hasta cuatro psico-fármacos de gran potencia sedante, simultáneamente a contenciones físicas precisas y permanentes de manera preventiva, por dos episodios de agitación leves descritos vagamente en la historia clínica, sin ahondar en las causas subyacentes ni establecer medidas alternativas, lo cual supuso una privación del derecho a la libertad que asistía al paciente, todo ello con evidente peligro y perjuicio para su integridad física.

A continuación indican que, durante su estancia en planta de hospitalización, se produjo de manera unilateral y sin que conste intervención de especialista en Cardiología, una suspensión del tratamiento de la patología de base por no administración de su tratamiento habitual consistente en digoxina y bisoprolol para el manejo del flutter auricular (FLA) asociado a disfunción ventricular moderada/severa a (DSVI), y una suspensión del fármaco ramipril para el control de la hipertensión arterial (HTA), sin causa que lo justifique, toda vez que no fue sometido a monitorización continua cardiaca en planta como estipulan los protocolos médicos, habida cuenta de la grave patología cardiaca concurrente en la persona del paciente, la cual se exacerbó.

Señalan que, a la vista de la toma de frecuencias cardíacas de los días de hospitalización durante su estancia en planta, en las que se objetivan frecuencias cardíacas ostensiblemente elevadas en reposo, así como registros de tensiones arteriales a su vez elevadas, colocaron con todo ello al paciente en una situación de pleno riesgo vital por no aplicación del tratamiento correspondiente.

Señalan que para acreditar el estado basal óptimo del paciente a nivel hemodinámico en el Servicio de Urgencias del HGV, se puede observar el informe emitido por el Servicio de Cardiología de fecha 11 de septiembre de 2018, así como la prueba electrocardiográfica (ECG) de fecha 8 de noviembre de 2018, realizada por el Servicio de Urgencias del HGV, en el que se observa un ritmo sinusal normal sin hallazgos compatibles de intoxicación digitálica, junto con la ausencia de manifestaciones cardiacas y sin alteraciones de los niveles de potasio sérico, que eventualmente sí justificarían la suspensión del tratamiento.

Por otro lado, afirman que se realizó una inadecuada profilaxis tromboembólica por falta de ajuste posológico de la anticoagulación oral (ACO), después de la corrección de la sobredosificación de Sintrom, por cuanto no se monitorizan los índices da protombina pasado al día 9 de noviembre de 2018 hasta el 13 de noviembre de 2018, coincidente con el día anterior del fallecimiento, pautándose el día 10 de noviembre de 2018 una dosis de 4 mg de acenocumarol para los días 1°, 2° y 3° , y por suspensión del anticoagulante oral (ACO ) y su sustitución por heparina de bajo peso molecular (HBMP) a dosis profiláctica no terapéutica a partir del 4° día de hospitalización, colocando al paciente en un claro riesgo tromboembólico, evidenciado por la coagulativa realizada el dia anterior al fallecimiento, en la que se constata un estado de no coagulación (índices de protombina en rango normal para personas sanas y fibrinógeno elevado).

En cuanto a las medidas de contención farmacológicas y mecánicas aplicadas, consideran llamativo que durante el proceso asistencial, el paciente estuvo sometido a sujeción mecánica precisa y permanente en cuatro extremidades y en un estado permanente de adormecimiento, lo cual entienden que trae causa probable con la ingente cantidad y dosis de sedantes administrados, que se reflejan en la hoja de medicación en la que se pautan y se asocian hasta dos antipsicóticos junto con una benzodiacepina los días 2°, 3° y 4° de hospitalización, con el peligro que

dicha combinación tiene para la patología de base cardiaca del paciente, toda vez que el uso de la quetiapina pautada está contraindicado para trastornos del comportamiento en mayores de 75 años que no sean los indicados en la ficha técnica del medicamento, trastornos tales como depresión, manía y trastorno bipolar que no fueron diagnosticados, habida cuenta de los informes médicos obrantes en el historial médico.

Señalan que dicho particular produjo imposibilidad al paciente de poder deambular, manifestar o expresar sus dolencias ideas o pensamientos, habida cuenta que hasta la fecha del ingreso gozaba de excelentes facultades volitivas y cognoscitivas, así como una óptima autonomía para la realización de tareas cotidianas.

En relación con lo anterior, entienden que llama la atención que no se busquen causas subyacentes al episodio de agitación.

Indican que, en consecuencia, al sobrevenido fallecimiento de su familiar y puestos lo hechos en conocimiento del Juzgado de Guardia, por su titular se ordenó la apertura de diligencias de investigación y realización de autopsia médico-legal, dictaminando los siguientes diagnósticos:

- Infarto agudo de miocardio de hasta 24 horas de evolución.
- Rotura cardiaca.
- Trombosis oclusiva en arteria coronaria derecha.

Asimismo, añaden, en la inspección ocular practicada por la Policía Judicial se observaron hematomas *antemortem*, lo cual se podría inferir que guarda relación con las sujeciones físicas empleadas.

Por todo lo expuesto, consideran que en la actuación de la administración sanitaria se han producido graves deficiencias

asistenciales, en términos incompatibles con la exigible *lex artis* y los protocolos médicos, por los siguientes motivos:

- Indebida medida de sujeción física por cuanto el paciente tenía prescritas medidas farmacológicas varias.
- Indebida medida de sujeción química la cual se pauta de manera indiscriminada.
- Falta de consentimiento informado control, seguimiento y reevaluación de la medida de sujeción física y química.
- Falta de tratamiento de la enfermedad pulmonar e hipertensión arterial.
- Omisión de actuación profesional por cuanto el día 2º de la hospitalización se constató por el servicio de Enfermería una entrada en FLA a frecuencia cardiaca en reposo de 140 ppm, lo cual constituye una verdadera urgencia médica y no consta aviso al facultativo para su diagnóstico y tratamiento, así como que en el día 3º de su hospitalización, no consta que se realice toma de constantes de frecuencia cardiaca ni de otras, lo cual constituye un retraso diagnóstico y pérdida de oportunidad terapéutica de la agudización del flutter auricular (FLA) > 48 horas, al quedar constado en el evolutivo de Enfermería la aparición de taquicardias el día 2º de estancia en planta, a ritmo de 140 ppm.
- Ineficaz terapéutica aplicada el 5º día de hospitalización en la reintroducción de tratamiento digitalico a dosis no terapéuticas de una dosis única de digoxina oral para FLA>48 horas evidenciándose este extremo en la digoxinemia realizada de día 13 de noviembre de 2018, que arroja un resultado de 0,55 ng/ml junto con frecuencia cardiaca rápida.

- Omisión terapéutica de la FLA y falta de control de las frecuencias cardíacas por disfunción ventricular, al menos moderada (OSV), por no realización de cardioversión eléctrica o farmacológica para restablecimiento del ritmo sinusal y prevención de las complicaciones de la arritmia y deterioro hemodinámico. En este sentido, indican, el 5º día de hospitalización no se aplica inmediata cardioversión para terminación FLA y recuperación del ritmo sinusal habida cuenta de la inestabilidad hemodinámica constatada por ECG anómalo del día 12 de noviembre de 2018 (bajo nivel de conciencia asociado a disfunción orgánica y fracaso renal agudo con riesgo vital inmediato, según se describe en el informe de exitus, *“en la que la FLA tiene parte y se debe tratar de terminarla mediante la rituaria cardioversión”*).

- Indebida terapéutica por aplicación de psicofármacos, por cuanto el día 4º de hospitalización se prescriben y pautan simultáneamente, en un intervalo de 15 minutos, hasta tres psicofármacos (haloperidol, triaprizal y tranxilium), como primera elección a la posible aparición de un cuadro que no se describe en ningún sitio que haya aparecido, obviando la aplicación de medidas no farmacológicas como tratamiento de primera elección o actuaciones tendentes a la búsqueda de causas subyacentes, significando que la utilización de haloperidol contraindicada (según ficha medicamento) en un paciente con antecedentes de alargamiento del intervalo QT, en FLA sin tratar, sin que conste la respuesta del paciente a medidas no farmacológicas y con dosis de inicio que duplica la dosis inicial para ancianos

- Omisión de actuación profesional por cuanto consta que el Servicio de Enfermería detectó signos clínicos consistentes en frecuencias cardíacas altas, desorientación en la madrugada del día del fallecimiento y habla poco coherente en la mañana del día del fallecimiento y día 6º de hospitalización, no constando que se diera

traslado de estas incidencias al médico para la actuación que conviniesen al caso.

- Falta de cumplimentación de la historia clínica e información a los familiares, concretamente del evolutivo médico, por cuanto el día 13 de noviembre de 2018 no se realiza ninguna observación pese a haberse constatado importantes hallazgos clínicos, diagnósticos y pronósticos tales como fracaso renal agudo y FLA, y estado crítico del paciente, respectivamente, los cuales se han hecho constar en el informe de *éxitus*. Significando que en ningún momento se ha advertido a ninguno de los familiares de dicha situación crítica del paciente ni interesado a la familia si el paciente era reanimable o no.

- Falta de cumplimentación de la historia clínica, por cuanto se desconocen las medidas que se emplearon a partir de la materialización de la parada cardiorrespiratoria, qué medios se pusieron a disposición del paciente, que tratamiento se dispensó y en qué tiempo se actuó. Entienden que esto supone una deficiencia asistencial muy grave y evidente por falta de cumplimentación del historial, y consideran que la cumplimentación correcta de la historia clínica habría arrojado luz sobre lo realmente sucedido y sobre las causas que ocasionaron la parada.

Indican que resultó a los facultativos responsables de la dispensación de sanidad imposible no predecir el resultado fatal, habida cuenta de las actuaciones y omisiones médicas producidas. La falta de tratamiento anticoagulante, antihipertensivo, y digitálico, junto con la inmovilización y sedación forzada a que se sometió al paciente sin consentimiento, imposibilitó a los familiares y al paciente tanto consentir como expresar los síntomas o padecimientos previos al *exitus*. Afirman que todas estas omisiones del deber de cuidado exigible a los profesionales sanitarios son compatibles con el deterioro hemodinámico constatado en el paciente y con el desenlace natural del mismo.

En consecuencia, los reclamantes solicitan les sea abonada la cantidad de doscientos mil euros en concepto de indemnización por las lesiones, daños corporales y morales producidos.

Adjuntan con su escrito copia de los DNI de cada uno de los reclamantes, del libro de familia, y un escrito de la esposa del paciente en el que solicita información acerca de las medidas de contención física empleadas sobre el paciente: identificación de los facultativos prescriptores de las mismas, consentimiento informado, indicaciones de seguimiento y observación de dicha medida y copia actualizada de totalidad de registros sobre la misma.

Adjuntan a su vez la contestación del director Asistencial del HGV en la que indica que la facultativo, a la que identifica con nombre y apellidos, informa de que el paciente, en la madrugada del día 11 de noviembre de 2018, sufrió un síndrome confusional agudo secundario a alteraciones hidroelectrolíticas con fuerte agresividad y sospecha de deprivación alcohólica, que no mejoró pese al tratamiento farmacológico. Refiere que, en ese momento, el paciente no estaba acompañado por lo que, ante el riesgo de autolesionarse o lesionar a terceros, indicó por orden verbal a Enfermería las medidas de contención física.

El informe termina indicando que, en relación con la solicitud de información escrita sobre seguimiento médico y cuidados de Enfermería, le fueron entregados los informes los días 10 de diciembre de 2018, y 11 de enero de 2019.

Con el escrito de reclamación se aporta también el informe anatomo-patológico de fecha 5 de febrero de 2019 que señala como causa probable del fallecimiento, “*la muerte natural*”.

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

El familiar de los reclamantes, de 89 años de edad en el momento de los hechos, presentaba como antecedentes personales: carcinoma epidermoide en región sacra y glúteo izquierdo, exéresis y colgajo local cutáneo (2010); cardiopatía isquémica crónica con implante de dos stents en el Hospital Universitario 12 de octubre, quince años antes; laminectomía lumbar descompresiva en 2016; fibrilación auricular paroxística, anticoagulado con Sintrom; HTA, tabaquismo activo (8-10 cigarros día); mal cumplimiento terapéutico; sospecha de EPOC, posible EPID.

El 26 de septiembre de 2018 acude al HGV a revisión a Cardiología. Figura que va a recoger resultados de ECG: FA a 44 latidos por minuto – lppa-.

Consta que por error está tomando 1 comprimido entero de digoxina y 5mg diarios de bisoprolol. Digoxinemia en rango: 1.08. Con el diagnóstico de “*flutter auricular atípico vs taquicardia auricular con RV rápida de inicio indeterminado. BRIHH. DSVI al menos moderada*”, se pauta: bajar bisoprolol a 2.5mg, 1comprimido al día. Digoxina tomar solo medio comprimido al día. Resto igual. Revisión para octubre, con nuevo ECG.

El 6 de noviembre de 2018, acude a Urgencias del HGV por dolor en brazo izquierdo tras caída accidental. Tras comentar radiografía con Traumatología, impresiona de posible fractura clavícula izquierda a nivel distal, sin desplazamiento. Se decide alta con cabestrillo y consulta en Traumatología en 15 días. Inmovilización con férula. No coger pesos. No levantar el brazo del lado afecto. Acudirá a consulta de Traumatología con Rx, en 2 semanas, según cita.

El 8 de noviembre de 2018, el paciente acude al Servicio de Urgencias del HGV por cuadro de aproximadamente una semana de evolución de hiporexia, pero buena tolerancia asociado a diarrea escasa sin productos patológicos de aproximadamente 2-3 deposiciones diarias.

Hace tres días caída accidental con traumatismo hombro derecho (sic) y TCE sin clara pérdida de conciencia. Desde ese mismo día, náuseas y episodio emético postprandial de contenido alimenticio asociado a mareo, palidez y diaforesis, sin pérdida de conocimiento. Refiere persisten náuseas y sensación de mareo. No dolor torácico ni disnea.

Vive con cónyuge. No deterioro cognitivo. Ayuda para algunas actividades básicas de la vida cotidiana. Camina por domicilio con bastón.

Tratamiento a fecha 28 de agosto de 2018 -comprobado con familiar, “*toma irregular de medicación*”:- Sintrom; diltiazem 60 mg en desayuno, comida y cena; atorvastatina, 40 mg en cena; ramipril, 5 mg en desayuno; omeprazol, 20 en desayuno y cena; paracetamol, y metamizol.

A la exploración presenta una tensión arterial de 157/73 y frecuencia cardiaca de 63 lpm. El paciente está consciente, orientado y colaborador. Fuerza en miembro superior derecho conservada, e izquierdo no valorable por traumatismo hombro, fuerza en extremidades inferiores conservada. A la auscultación cardiaca está rítmico, sin soplos audibles. Auscultación pulmonar: eupneico en reposo, con murmullo vesicular conservado. Se realiza ECG: Ritmo sinusal a 64 lpm, sin alteraciones agudas de la repolarización. QR estrecho. HBAI. QT 0.44.

En la analítica el tiempo de protrombina indica que no coagula. Se recomienda enviar nueva muestra para comprobar resultado.

Desde laboratorio avisan por un INR no detectable, se asocia tratamiento con konakion y se solicita TC craneal.

Hipocalcemia severa, se solicita nueva muestra para confirmación, extraída a las 21 h que confirma hipocalcemia secundaria a

hipomagnesemia severa (0.3), iniciándose perfusión iv (gluconato cálcico y magnesio) y se objetiva una mejoría en el INR en control (6,36). Se solicita nuevo control analítico por la mañana.

Se realiza TC de cráneo que objetiva una atrofia cortico-subcortical difusa. Leucoaraiosis leve.

El 9 de noviembre de 2018 a la 1.12 h se realiza nueva analítica: Tiempo de Protrombina 25.3 sg (10-14), INR 2.34 (0.85-1.15). Febrícula. Elevación de reactantes de fase aguda sin clara focalidad infecciosa (dudosa GEA) y pendiente sistemático de orina (ha orinado, pero no ha sido recogida). Posible en contexto inflamatorio de fractura clavicular. Por el momento observación y nuevo control analítico por la mañana y valorar antibioterapia según sistemático orina y evolución.

A las 5.25 h se realiza sistemático de orina ante cuyos resultados se inicia tratamiento con ceftriaxona. Resto de tratamiento sin cambios.

En la analítica extraída a las 7.37h se objetiva una mejoría de los parámetros: Calcio: 6,1, Magnesio 0,81, albúmina 2.9, GOT: 30, LDH: 311, vitamina D 5,15, PCR: 17,14, INR: 1,35.

Se decide ingreso para continuar tratamiento y ver evolución clínica. Figura como juicio diagnóstico: hipocalcemia e hipomagnesemia severa pendiente de niveles de vitamina D; infección del tracto urinario; deterioro funcional en probable relación con lo anterior; TCE en paciente anticoagulado con sobredosificación de sintrom con TC normal; fractura distal de clavícula previa tras caída hace 48 horas; hipocoagulabilidad en paciente anticoagulado.

A las 16.55h ingresa en Medicina Interna. Valorado por Enfermería. Se realiza acogida y valoración del paciente. Sin incidencias. Consciente y orientado, colaborador, acompañado. Continente doble. Independiente con ayuda para actividades básicas de la vida diaria. Se pone

sueroterapia en bomba de perfusión. Se administra tratamiento pautado. Constantes estables, afebril. No refiere dolor. Pasa buena tarde, sin incidencias.

El 10 de noviembre de 2018 a la 1.08h, Enfermería anota: dolor controlado con analgesia prescrita. Visto hematoma en trocánter izquierdo, se deja marcado. Desorientado y agitado. Se consigue calmar sin precisar de medicación. Sin más incidencias.

A las 11.20h según Enfermería está afebril, se administra tratamiento pautado. Paciente consciente y desorientado. Levantado al sillón.

A las 13.58 h el médico de guardia valora al paciente que está confuso, alucinaciones visuales consistente en visión de insectos. Constantes estables con tendencia a taquicardia. Mejoría analítica, normalización de cifras de magnesio y mejoría de calcemia. INR normalizado. Se ajusta medicación.

A las 16.26h según Enfermería: pasa buena tarde, sin incidencias. Acompañado. Pendiente de analítica.

A las 23. 24h, el médico de guardia anota que acude un familiar que refiere que el paciente es consumidor habitual de alcohol. Se pauta Tranxilium por si estuviera haciendo deprivación alcohólica.

El 11 de noviembre de 2018 según Enfermería, en el turno de noche, el paciente está muy agitado. Se comenta con médico de guardia. Dado tranxilium oral de las 00h. Algo más tranquilo durante un par de horas. Toda la noche muy agitado. Agresivo. *“No podemos contenerle”*. Se avisa a médico de guardia de nuevo. Se administra 1 ampolla haloperidol IV y se colocan sujeciones en 4 puntos. Muy agresivo.

Se realiza ECG a las 8.56h con FA a 135 lpm y ECG a las 9.49h en ritmo sinusal con FC de 74 lpm. GOT y LDH dentro de la normalidad.

A las 11.42h, Enfermería anota: muy agitado y agresivo, se arranca la VVP a primera hora del tumo. Se canaliza dos VVP. Avisan al médico de guardia por cuadro de agitación y pérdida de vías periféricas. Antes de ver al paciente, el médico de guardia pauta media ampolla de haloperidol, revisa la historia clínica y anota: *“Actualmente dormido tras pauta de haloperidol. Eupneico. Hematomas en brazo derecho en tercio distal agudo, y hematoma en resolución en brazo derecho. AC: arritmico, AP: algún roncus aislado. Abdomen: RHA normales, depresible. No palpo globo. Veo análisis de control Ca corregido de 8.4 Mg 1.52 fosforo 1.7 (bajo) pendiente de niveles de vitamina D. PLAN:*

*1 Posibilidad diagnóstica de hipomagnesemia crónica/hipocalcemia por déficit de Vitamina D?? que favorece la intoxicación por digoxina (los RAM por digoxina) con empeoramiento clínico actual, vs intolerancia a la digoxina con baja ingesta con hipomagnesemia/hipocalcemia secundaria. Abuso enólico? confirmar para ajuste de medicación.*

*2. Ajusto medicación y probar tolerancia con gelatinas. Si mejoría del estado general test de disfagia (atragantamientos en domicilio) Suspendo Sintrom, Diltiazem, dejo Gluconato cálcico una ampolla al día, pendiente de ver tolerancia oral.*

*3. Reviso radiografías previas sin objetivar claras líneas de fractura en clavícula. Revisar.*

*4. INR del 9/11 de 1.39, pautado sintrom al ingreso sin coagulación. Solicito AccucheK ahora.*

*Dejo heparina profiláctica de momento. Hematomas generalizados”.*

A las 17.38 h avisan por fiebre 37.7, en paciente con múltiples hematomas y posible broncoaspiración. *“No sacar hemocultivos. Paracetamol IV y dejo pautado amoxicilina/ácido clavulánico 2 gramos por broconcoaspiración ¿/ fiebre, inflamatoria por hematomas”.*

El 12 de noviembre de 2018 se realiza ECG.

A las 9.37h el médico apunta que ve al paciente adormilado aunque reactivo, es capaz de mantener una conversación sencilla aunque se va quedando dormido. Se ha puesto medicación ayer noche por agitación. Hematomas en miembros superiores. Frecuencia cardiaca elevada a 155 lpm en lo que parece flutter auricular. No edemas, signos de deshidratación muco-cutánea. Pone aporte de calcio, Vitamina D abundante, magnesio. Pauta para el día siguiente a analítica de nuevo con orina de 24h para lo que sondan y manda urocultivo. Levantar a sillón por la tarde. Quita Tranxilium pautado, deja tiaprida en la noche. Se administra 0.25mg de digoxina. Tratamiento -bajar bisoprolol a 2.5mg 1 comprimido al día, digoxina tomar solo medio comprimido al día. Resto igual.

Según las notas de Enfermería a las 16.59 h se da por orden médica Diltiazem, no se administra bisoprolol pautado.

A las 18 h el médico de guardia de Medicina Interna anota que le avisan por frecuencias cardiacas altas (150), PA: 120/80. Acude a valorar al paciente. Aceptable estado general, consciente, orientado en persona y espacio, algo confuso, pero mejor que lo referido esa mañana. Refiere encontrarse bien, sin disnea, sin dolor. AC rítmica, a unos 150 lpm. AP algunas secreciones en campos anteriores. Extremidades inferiores sin edemas. Indica que en ese momento tolera vía oral y presenta buenas cifras de presión arterial, por el momento buena tolerancia de frecuencia cardiaca, reiniciado bisoprolol habitual 2.5 mg en la cena, amplía digoxinemia en análisis de mañana por si puede

titularse dosis “(*en última revisión de septiembre FA a 44 lpm. Por error está tomando 1 comprimido entero de digoxina y 5mg diarios de bisoprolol. Digoxinemia en rango: 1.08*)”.

El 13 de noviembre de 2018, según Enfermería pasa buena noche, tranquilo. Analítica a las 7.46 h. Pasa la mañana tranquilo. Sin incidencias.

A las 18. 24h se anota que se encuentra somnoliento. Responde al habla. No abre ojos ni a habla ni a dolor. Recibe la visita del facultativo. Se realiza TC abdominopélvico a las 21.21h.

El 14 de noviembre de 2018 según el registro de Enfermería pasa sin incidencias la noche.

En esa misma fecha consta la siguiente anotación del médico: “*Avisan a las 09:30 por fallecimiento. Lo confirmo por asistolia y ausencia de reflejos centrales. Había sido despertado normal, algo confuso todavía, había caminado con apoyo al WC. Posteriormente ha sido encontrado ya tumbado y en asistolia, probablemente tras muerte súbita por arritmia cardiaca.*”

El Juzgado de Guardia solicitó, a instancia de la familia, la autopsia con el resultado de:

- Rotura cardiaca de pared posterior.
- Infarto agudo de miocardio posterior del ventrículo izquierdo, 12-24 h de evolución.
- Trombosis oclusiva en arteria coronaria derecha.
- Arterosclerosis severa de la arteria coronaria derecha con una estenosis de su luz.

Considerando el fallecimiento del paciente como de muerte natural.

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

Previo requerimiento dirigido al efecto, por parte del HGV se presenta el día 19 de diciembre de 2019 un escrito en el que solicita que se le tenga por personado, manifiesta que la asistencia se prestó en el marco del concierto suscrito con la Comunidad de Madrid, y pone de manifiesto que tiene suscrita una póliza de responsabilidad civil.

Adjunta con dicho escrito los informes de los servicios implicados en la asistencia sanitaria, y la historia clínica del familiar de los interesados.

El informe emitido por el Servicio de Medicina Interna del HGV indica que, según consta en la historia clínica del paciente y como así se refleja en el informe de alta, el paciente ingresa por Urgencias el 9 de noviembre de 2018, por un deterioro general producido por deshidratación y desnutrición proteico-calórica moderada-grave, hipocalcemia e hipomagnesemia graves, en probable relación a una baja ingesta alimentaria y episodios de diarrea sin productos patológicos.

Señala que el paciente presentaba pluripatología con regular adherencia a tratamientos y errático seguimiento en consultas de especialistas, según manifestó la mujer en presencia del paciente la primera vez que les visitó el facultativo que les asistió, lo cual consta en el informe de alta. Precisa que ese hecho también es reflejado en informes previos de consulta de Cardiología y en el informe de Urgencias. Indica que era fumador activo y tenía un consumo moderado de alcohol, lo que se ratifica como información adicional por un familiar

del paciente, el día 10 de noviembre a las 23.00 h, justo en el momento en que presenta cuadro de alucinaciones visuales y agitación psicomotriz, y así queda recogido en notas médicas durante su ingreso.

El informe pone de manifiesta las principales enfermedades previas del paciente, indica que vivía con su mujer y era parcialmente dependiente para las actividades de la vida diaria desde aproximadamente 1 mes antes del ingreso (previamente independiente), con algunos fallos de memoria incipientes en este tiempo e incapacidad para autocuidado correcto, y para manejar dinero.

Tras identificar al facultativo que atendió al paciente desde el día 12 de noviembre de 2018 hasta su fallecimiento, y reproducir un extracto del evolutivo del día 12 de noviembre de 2018 por la mañana, procede a contestar las quejas formuladas por los interesados en su escrito de reclamación.

En cuanto al cuadro de deshidratación con escasa ingesta oral, indica que en el Servicio de Urgencias, desde su ingreso, se le instauró tratamiento con sueroterapia salina y glucosada y reposición intravenosa con cloruro potásico, sulfato magnésico y gluconato cálcico, con mejoría clínica y analítica, y buena tolerancia oral a dieta túrmix.

Refiere como en la visita del día 12 de noviembre, se encuentra consciente y se cambia suplementación de calcio, magnesio y vitamina D a vía oral; y como el día siguiente, 13 de noviembre, tras empeorar las cifras de función renal en la analítica matutina, se reinicia sueroterapia y suplementación electrolítica intravenosa.

En cuanto a la pretendida sobredosificación de acumarol, explica que el paciente presenta a su ingreso varios hematomas subcutáneos, fragilidad capilar, y varias caídas en los últimos días, con sospecha de rotura clavicular y traumatismo cráneo-encefálico. Indica que el día 12 de noviembre, se recibe al paciente con tratamiento con heparina de

bajo peso molecular a dosis profiláctica, y ya con niveles normales de tiempos de coagulación, decidiéndose mantener la misma dosis para evitar enfermedad tromboembólica venosa. Explica que no se plantea anticoagulación, a pesar de la presencia de flutter atípico vs fibrilación auricular, pues se consideró que el riesgo de sangrado superaba con creces el riesgo tromboembólico (cifras lábiles de tensión arterial, insuficiencia renal, deshidratación, errática ingesta oral y alteraciones hidroelectrolíticas).

A continuación, se refiere al tratamiento de la cardiopatía con disfunción sistólica moderada, e indica que no es cierto que no se siguiera el tratamiento pautado por Cardiología al paciente, pues se mantuvieron los fármacos que tomaba y que ofrecían beneficio según el criterio médico. Aclara que, en función de la situación hemodinámica y analítica del paciente, se buscó con dicho ajuste prevenir efectos adversos de fármacos habituales, y precisa que el tratamiento antihipertensivo con ramipril, un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina, no estaba justificado ante la existencia de deshidratación y fracaso renal durante el ingreso. No lo tenía pautado al ingreso y no se reinició por lo anteriormente expuesto.

Por lo que respecta a los fármacos empleados para el control de la frecuencia cardíaca (FC) de su taquirritmia auricular, indica que fueron digoxina 0,25mg, en dosis única en la mañana del 12 de noviembre (medicación que ya tomaba previamente), administrada una vez corregidas la hipocalcemia e hipomagnesemia; y bajas dosis de bisoprolol, que prescribe el médico de guardia del 12 de noviembre por la tarde por FC alta, y que se mantuvo al día siguiente. Explica que el paciente presentaba cifras de tensión arterial muy variables durante el ingreso de forma secundaria a la situación clínica cambiante, modulando estos tratamientos según la exploración diaria y el criterio médico.

En cuanto al reproche de que el paciente "*no recibió tratamientos habituales para la fibrilación auricular (flutter atípico como cardioversión eléctrica)*", explica que no había indicación alguna de estrategia de control de ritmo cardíaco, al no presentar inestabilidad hemodinámica, y que por ello, se continuó con estrategia de control de FC.

En relación con el cuadro confusional hiperactivo, el informe refiere que el paciente comienza a presentar agitación psicomotriz durante la mañana del día 10 de noviembre, con alucinaciones visuales de animales y heteroagresividad, por lo que durante la guardia se pauta quetiapina 25 mg por vía oral a las 20.00h del día 10 de noviembre de 2018, y 5mg de Tranxilium (clorazepato dipotásico) por vía oral a las 23.00h por persistir los síntomas. Deja pauta de quetiapina, 25 mg oral diaria a las 20.00h, "*si precisa el paciente por agitación y alucinaciones*".

Por tanto, indica, la administración del fármaco queda sujeta a la presencia de agitación del paciente, añadiendo que, además, la doctora de guardia deja escrito que la familia le comunica que el paciente bebía alcohol habitualmente, razón por la cual justifica el uso del clorazepato dipotásico para controlar el componente privativo de la abstinencia al alcohol.

Explica que, posteriormente, en la madrugada del 11 de noviembre, ante la persistencia de agresividad y agitación, la misma doctora de guardia pauta 5 mg de haloperidol en dosis única y considera prudente que se instauren sujeciones al paciente en cuatro puntos, tomando la decisión por la situación clínica del paciente y sin poder informar en ese momento a sus familiares (que no se encontraban presentes). Indica que dicha medida de sujeción se coloca a las 0.23h del día 11 noviembre.

Continúa señalando que, tras el cambio de guardia, en la mañana del 12 de noviembre, una doctora es avisada por cuadro de agitación persistente con retirada de vía venosa periférica, pautando 2,5 mg

intramusculares de haloperidol en dosis única. En ese momento, según manifestaciones de dicha doctora, el paciente no se encontraba sujeto.

Explica que el día 12 de noviembre, cuando el doctor previamente identificado se hace cargo del paciente, tampoco tenía ningún tipo de sujeción mecánica ni se prescribe en ningún momento, sino que, muy al contrario, promovió que el paciente ganase en autonomía de alimentación y de movilización, retirando sueroterapia, pasando medicación a vía oral, y dando orden verbal y escrita de levantar al paciente (como refleja la nota que realizó en la historia clínica la mañana del 12 de noviembre).

Manifiesta por tanto su absoluta disconformidad con lo manifestado en la reclamación relativo a que la medida de contención haya sido permanente. Añade que, además, se expresa en repetidas ocasiones en las notas de Enfermería y médicas que el nivel de conciencia del paciente no fue de "*permanente adormecimiento*", como indica la reclamación, y que la misma mañana de su fallecimiento, el personal de Enfermería informa de que, a primera hora del turno de la mañana, había sido levantado al sillón y se le había ayudado a ir al aseo.

Precisa que, desde la última dosis de quetiapina 25 mg oral el 11 de noviembre a las 20.00h, hasta su fallecimiento el 14 de noviembre, el paciente no recibe ninguna dosis más de fármacos neurolépticos, y se refiere a la existencia de comentarios continuos de que se le consigue tranquilizar sin hacer uso de los mismos. Indica que, en varias notas de Enfermería y médicas tanto antes como después de este episodio de agitación que predomina del 10 al 11 de noviembre, se describe que el paciente está "*consciente, desorientado, despierto, tolerando dieta y respondiendo a preguntas sencillas*". Considera que esto apoya la presencia de un cuadro confusional, caracterizado por la aparición brusca y el cambio frecuente de capacidades cognitivas en el tiempo.

Afirma que el no tratamiento de estos síntomas de agitación habría supuesto un riesgo claro para la seguridad del paciente y su salud.

En lo que se refiere a la actuación médica con respecto al cuadro confusional hiperactivo, indica que, desde que el Servicio de Medicina Interna se hace cargo del caso el 12 de noviembre, el paciente no recibió ningún fármaco neuroléptico. Explica que se pautó clorazepato dipotásico, “*uno de los ansiolíticos benzodiacepinicos de elección en los cuadros privativos con gran activación adrenérgica*”, administrando 10 mg orales en la noche del 12 de noviembre (21.00h) y otros 10 mg la mañana del 13 de noviembre (09.00h). Precisa que su administración queda sujeta a que el paciente estuviera “*inquieto o tembloroso y no presentara bajo nivel de conciencia*” como consta en las notas de tratamiento.

En respuesta a la acusación consistente en que “*no se indagaron las causas del cuadro confusional leve*” considera evidente que sí se buscaron y encontraron varias causas del cuadro confusional que en su opinión no era leve, sino grave, principalmente tóxico-metabólicas (deplección de volumen, alteración hidroelectrolítica, privación de alcohol, hospitalización). Añade que, además, al hacerse cargo del caso, se comenzó a estudiar causas de malabsorción/desnutrición, solicitando el 13 de noviembre un TAC abdominal sin contraste y estudio de iones en orina de 24 horas. Señala que no se consideró que la situación clínica del paciente fuera la más idónea para realizar otro tipo de pruebas más invasivas, como las endoscópicas.

A continuación, realiza “*algunas consideraciones importantes en relación con la actuación médica*” y a tal efecto indica que la mujer del paciente fue informada por facultativo, tanto el lunes 12 como el miércoles 13 de noviembre, y de forma extensa, atendiendo todas las preguntas que me realizó, y que nunca expresó disconformidad con los tratamientos que proponía, y ambos días le expresó de forma clara la

situación de gravedad clínica de su marido, y la alta probabilidad de una evolución desfavorable.

Añade que en todo momento se actuó según la *lex artis*, y se ajustó el tratamiento según el criterio de su médico, intentando, a pesar de la gravedad, remontar la situación y tratar todas las complicaciones para mejorar el estado del paciente, que falleció a primera hora del 14 de noviembre, de forma súbita y no presenciada (sin estar acompañado por su familia en ese instante) y sin haber presentado sintomatología en los momentos previos (dolor torácico, disnea, síncope), según el personal de Enfermería que lo atendió a primera hora de la mañana. Señala que la última nota que consta de Enfermería, la madrugada del 14 de noviembre a las 3.30h, refiere que el paciente estaba consciente y desorientado, sin precisar medicación alguna, sin referir dolor, afebril, con TA: 136/80 mmHg, FC de 94 latidos por minuto y saturación de oxígeno de 93%.

Finalmente, niega que no se informara del “*estado crítico del paciente ni de aspectos como el fracaso renal a la familia en ningún momento*”, pues se informó diariamente a su esposa del estado de gravedad de su marido. Añade que el día de su fallecimiento, al dar el pésame a la mujer del paciente, esta agradeció al facultativo los cuidados aportados a su difunto marido y las explicaciones que le había dado en esos dos días sobre su proceso.

El 15 de diciembre de 2019 emite informe la directora de Enfermería. Indica que, según consta en la historia clínica, la atención prestada por el personal de Enfermería se corresponde con el estado, necesidades, prescripciones y ordenes médicas que en cada momento precisó el paciente desde su ingreso hasta el momento de su fallecimiento.

Explica que el mero hecho de que las constantes vitales de los pacientes estén alteradas no son criterio para que la enfermera deba de avisar al facultativo, siempre y cuando sean previsibles en el contexto de la enfermedad del paciente, tengan tratamiento prescrito para su corrección y no haya ningún otro signo o síntoma que alarme sobre cambios en el estado del paciente. Sin embargo, precisa, no es cierto que no se avise al médico cuando la enfermera considera que se han sobrepasado los límites admisibles, como ocurre en distintas ocasiones en los que la enfermera avisa al facultativo y existe respuesta por parte de este modificando el tratamiento o pautando una dosis única para corregir la situación, según se recoge en las notas. Así se registra el día 12, cuando avisan por una frecuencia cardiaca de 149 lpm y el día 11, cuando el paciente comienza con fiebre.

Explica que el cuadro de agitación y agresividad que el paciente presenta y que se va agudizando de forma progresiva, no puede calificarse como leve y requiere que se avise al médico en varias ocasiones, según consta en las notas de Enfermería y médicas. Este estado que se agrava de forma notable la madrugada del día 11 y que pone en riesgo la seguridad del paciente, justifica que se tomen las medidas oportunas tanto con la administración de medicación como con la contención mecánica pautada por el médico que se retira, como se indica en la historia, cuando el cuadro de agitación desaparece. Señala que no se solicita consentimiento a la familia por no encontrarse presentes.

Indica que el paciente, en los días posteriores, se encuentra desorientado, pero según las notas no está agitado ni agresivo y no vuelve a precisar ningún fármaco neuroléptico ni contención mecánica.

Añade que la posibilidad de una evolución desfavorable había sido comunicada a la familia y en los momentos previos al fallecimiento no se objetivaron ningún tipo de síntomas que pudieran haber alertado, como

así lo indican el registro de constantes en la madrugada previa al fallecimiento y las notas de Enfermería. Concluye afirmando que no existe ningún indicio de cuadro de agitación esa noche ni ningún dato que implicara el que hubiese que llamar al facultativo.

También figura en el expediente el informe de la Inspección Sanitaria que, tras examinar la historia clínica del familiar de los reclamantes, los informes emitidos en el curso del procedimiento y efectuar las oportunas consideraciones médicas, señala que “*la asistencia sanitaria prestada a (...) por el servicio de Medicina Interna del hospital General de Villalba en cuanto al tratamiento pautado para el cuadro de agitación, HTA y de fibrilación auricular ha sido correcta de acuerdo a lex artis*”.

Una vez instruido el procedimiento se confirió trámite de audiencia al HGV y a los reclamantes, constando presentado escrito de alegaciones por parte del hospital en el que considera acreditado en el expediente que la atención dispensada al paciente fue conforme a *lex artis*, solicitando la desestimación de la reclamación.

Finalmente, el 22 de marzo de 2021 se formula propuesta de resolución por el viceconsejero de Asistencia Sanitaria, en la que se desestima la reclamación al no existir evidencia de que la asistencia haya sido incorrecta o inadecuada a la *lex artis*.

**CUARTO.-** El 16 de abril de 2021 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 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 25 de mayo de 2021.

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 euros, 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 se regula en la LPAC, dado que este procedimiento se incoó a raíz de la reclamación formulada con posterioridad a la entrada en vigor de dicha norma.

Los reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), por el daño moral que provoca el fallecimiento de su familiar. Se ha acreditado la relación de parentesco que ligaba a los interesados con el fallecido mediante copia del libro de familia.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto la asistencia sanitaria se prestó por el HGV que

forma parte de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid aun siendo gestionado por una empresa privada.

A este respecto esta Comisión viene reconociendo la legitimación de la Comunidad de Madrid en los supuestos en los que la asistencia sanitaria se presta en centros concertados siguiendo el criterio mantenido por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en sentencias como la de 14 de marzo de 2013 (rec. 1018/2010).

En esta misma línea se sitúa la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de las Islas Canarias (Santa Cruz de Tenerife) de 22 de mayo de 2019 (rec. 68/2019) que, tras destacar que la LPAC no recoge una previsión similar a la disposición adicional 12<sup>a</sup> de la LRJ-PAC, considera que, en los casos en los que la asistencia sanitaria a usuarios del Sistema Nacional de Salud es prestada por entidades concertadas con la Administración (como era el caso), se trata de sujetos privados con funciones administrativas integrados en los servicios públicos sanitarios, por lo que no es posible que se les demande ante la jurisdicción civil ya que actúan en funciones de servicio público.

En cuanto al plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (cfr. artículo 67.1 de la LPAC). En el presente caso, el fallecimiento del familiar de los reclamantes se produjo el día 14 de noviembre de 2018, por lo que no cabe duda de la presentación en plazo de la reclamación formulada el 11 de noviembre de 2019.

En cuanto al procedimiento, no se observa ningún defecto en su tramitación. Se ha recabado informe de los servicios implicados en el proceso asistencial de la reclamante. Consta que el instructor del procedimiento solicitó también un informe a la Inspección Sanitaria, que obra en el expediente. Tras la incorporación de los anteriores informes,

se dio audiencia a los interesados. Por último, se ha formulado la correspondiente propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación que ha sido remitida, junto con el resto del expediente, a la Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

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.-** Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución Española a cuyo tenor: *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de mayo de 2016 (recurso 2396/2014) recoge lo siguiente a propósito de las características del sistema de responsabilidad patrimonial:

*“(...) el art. 139 de la LRJAP y PAC, establece, en sintonía con el art. 106.2 de la CE , un sistema de responsabilidad patrimonial : a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o*

*negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral”.*

Según abundante y reiterada jurisprudencia, para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con 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 de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor, y d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de septiembre de 2017 (recurso 787/2015), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, “en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria 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, que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, 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. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha lex artis respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado”.*

**CUARTA.-** Como hemos visto en los antecedentes de este dictamen, el daño que alegan los reclamantes deriva de una supuesta mala praxis en asistencia prestada a su familiar en el HGV entre los días 8 y 14 de noviembre, fecha en la que falleció.

No cabe duda en efecto, a tenor del expediente examinado, que el daño es el fallecimiento del padre, abuelo y esposo de los 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.

Partiendo por tanto de la existencia de un daño, procede analizar los reproches de los reclamantes, a partir de lo que constituye la regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado, entre otras,

la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 12 de noviembre de 2018 (recurso 309/2017), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, como añade la citada sentencia, “*las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica*”.

En tal sentido, conviene señalar que los reclamantes no han aportado prueba alguna de la supuesta mala praxis en la asistencia prestada a su familiar en el HGV durante las fechas indicadas. Dicha falta de esfuerzo probatorio contrasta con el contenido de la historia clínica, los informes de los servicios que prestaron la asistencia sanitaria y el informe de la Inspección Sanitaria que considera que la atención dispensada fue correcta y adecuada, desvirtuando los reproches formulados en el escrito de reclamación.

En este sentido y sin perjuicio de los informes emitidos ex artículo 81 LPAC obrantes en el expediente, cuya descripción y justificación de la asistencia prestada resulta a nuestro juicio suficientemente elocuente, conviene también detenerse en el contenido del informe de la Inspección que verifica un enjuiciamiento de la asistencia prestada.

Así, respecto del primero de los reproches planteado por los reclamantes, referido a las medidas de contención física y química adoptadas sobre su familiar, el inspector, en términos coincidentes con lo expuesto en el informe del Servicio de Medicina Interna del HGV, comienza señalando la constatación de que el paciente presenta, según las hojas de Enfermería, agitación psicomotriz importante, agresivo, llegando a quitarse la vía y alucinaciones visuales como insectos. Explica que en pacientes ancianos no es infrecuente la aparición de cuadros confusionales en el ingreso hospitalario relacionado con el cambio de ambiente, y la propia enfermedad, siendo en ocasiones necesario la administración de medicación e incluso la sujeción del

paciente como una medida puntual y recortada en el tiempo, como fue el caso. Aclara que no se emplearon cuatro psicofármacos simultáneamente, precisando que en ningún momento estuvieron más de dos fármacos prescritos a la vez, a pesar de la reclamación en la que indica que el cuarto día se prescribió haloperidol, tiaprízal y tranxilium en 15 minutos. Señala que el primero de ellos se prescribió y eliminó a la misma hora -13.50 h-; se prescribe tiaprízal para administrar a las 20h y Tranxilium de 10 mg a las 9 y 21h si precisa, por temblor y nerviosismo, y sólo se administró este último.

A continuación, muestra la medicación por fechas y horas de administración durante el ingreso y considera que, al reclamar por no haberse buscado las causas al episodio de agitación, se confirma que la familia si sabía que presentaba dicha agitación.

Indica que no parece que la medicación empleada haya sido excesiva, ni tampoco, la contención física, la única vez que se empleó, ante el riesgo de lesión del paciente. Añade que el paciente presenta en los primeros días hematomas que probablemente estén en relación con la agitación y al estar en tratamiento con anticoagulantes.

Por su parte, como hemos visto, el Servicio de Medicina Interna del HGV explica que la administración del fármaco quedó sujeta a la presencia de agitación del paciente, añadiendo que, además, la doctora de guardia dejó escrito que la familia le comunica que el paciente bebia alcohol habitualmente, razón por la cual justifica el uso del clorazepato dipotásico para controlar el componente privativo de la abstinencia al alcohol.

En el mismo informe se indica que, posteriormente, en la madrugada del 11 de noviembre, ante la persistencia de agresividad y agitación, la misma doctora de guardia pauta 5 mg de haloperidol en dosis única y considera prudente que se instauren sujeciones al paciente en cuatro puntos, tomando la decisión por la situación clínica

del paciente y sin poder informar en ese momento a sus familiares, que no se encontraban presentes.

Se indica, además que, desde la última dosis de quetiapina 25mg oral el 11 de noviembre a las 20.00h, hasta su fallecimiento el 14 de noviembre, el paciente no recibe ninguna dosis más de fármacos neurolépticos, y se refiere a la existencia de comentarios continuos de que se le consigue tranquilizar sin hacer uso de los mismos. Indica que, en varias notas de Enfermería y médicas, tanto antes como después de este episodio de agitación que predomina del 10 al 11 de noviembre, se describe que el paciente está “*consciente, desorientado, despierto, tolerando dieta y respondiendo a preguntas sencillas*”. Considera que esto apoya la presencia de un cuadro confusional, caracterizado por la aparición brusca y el cambio frecuente de capacidades cognitivas en el tiempo, y afirma que el no tratamiento de estos síntomas de agitación habría supuesto un riesgo claro para la seguridad del paciente y su salud.

En la misma línea, el informe del Servicio de Enfermería del HGV, explica que el cuadro de agitación y agresividad que el paciente presenta y que se va agudizando de forma progresiva, no puede calificarse como leve y requiere que se avise al médico en varias ocasiones, según consta en las notas de Enfermería y médicas. Señala que este estado, que se agrava de forma notable la madrugada del día 11 y que pone en riesgo la seguridad del paciente, justifica que se tomen las medidas oportunas tanto con la administración de medicación como con la contención mecánica pautada por el médico que se retira como se indica en la historia cuando el cuadro de agitación desaparece. También se refiere al hecho de que no se solicita consentimiento a la familia por no encontrarse presentes.

En cuanto a la temporalidad de las medidas, indica que el paciente, en los días posteriores, se encuentra desorientado, pero según las notas

no está agitado ni agresivo y no vuelve a precisar ningún fármaco neuroléptico ni contención mecánica, contradiciendo así las afirmaciones realizadas por los reclamantes.

Cabe por tanto considerar respecto de este aspecto concreto de la reclamación, que las medidas de contención empleadas estaban justificadas, dado el cuadro de agitación no calificable de leve sino de grave, y no fueron permanentes ni contraproducentes para el estado de salud del familiar de los reclamantes, que no pudieron ser informados de las mismas por no estar presentes en el momento en que se adoptaron.

Como siguiente reproche, los reclamantes indican que, durante su estancia en planta de hospitalización, se produjo de manera unilateral y sin que conste intervención de especialista en Cardiología, una suspensión del tratamiento de la patología de base por no administración de su tratamiento habitual consistente en digoxina y bisoprolol para el manejo del flutter auricular (FLA) asociado a disfunción ventricular moderada/severa a (DSVI), y una suspensión del fármaco ramipril para el control de la hipertensión arterial (HTA), sin causa que lo justifique, toda vez que no fue sometido a monitorización continua cardiaca en planta como estipulan los protocolos médicos, habida cuenta de la grave patología cardiaca concurrente en la persona del paciente, la cual se exacerbó.

Sobre esta cuestión, la Inspección indica que el paciente presentaba una FA de larga evolución, anticoagulado por ello y que en septiembre de 2018 se pauta digoxina, medicamento que en ningún caso se usa para revertir la taquicardia sino para controlar la frecuencia cardiaca. Explica que tratándose de una FA de larga evolución, con episodios de FA y ritmo sinusal; y dado que en el ECG de ingreso, el paciente se encuentra en ritmo sinusal, es decir, entra y sale de la

arritmia, no hay indicación de cardioversión, coincidiendo así con lo indicado en el informe del Servicio de Medicina Interna del HGV.

El informe de Inspección se refiere a las anotaciones de las constantes el día 10 de noviembre de 2018, en que se detecta una FC de 140 lpm, sin avisar al médico: el día siguiente no hay anotaciones de constantes; y la mañana del 12 de noviembre de 2018, Enfermería avisa por detectar una FC de 150 lpm, realizándose un ECG con presencia de FA. Refiere que ante este hallazgo se pauta una ampolla de digoxina, precisando que se trata de una medida habitual para el control de la taquicardia y que, generalmente, si el paciente no está ya con el tratamiento, se pone una ampolla como dosis de carga y después se pauta según las necesidades de cada paciente (FC, edad, insuficiencia renal, etc). Señala que, según las anotaciones de los médicos que le vieron en dos ocasiones ese día, el paciente no presentaba datos de insuficiencia cardiaca: no disnea, no edemas, algunas secreciones en campos anteriores. Indica que se dejó pautado un betabloqueante (bisoprolol) para controlar la frecuencia cardiaca así como la tensión arterial. Se solicitó digoxinemia para el día siguiente.

Afirma que, aunque no hay datos objetivos de la FC del día 11 de noviembre de 2018 y solo una del 10 de noviembre parece difícil pensar que el paciente se mantuviese con esas frecuencias durante tres días y que, a pesar de tener una fracción de eyección deprimida, no presentase signos de fallo cardiaco, por lo que probablemente la FC variase a lo largo de las horas.

El informe del Servicio de Medicina Interna precisa que no es cierto que no se siguiera el tratamiento pautado por Cardiología al paciente, pues se mantuvieron los fármacos que tomaba y que ofrecían beneficio según el criterio médico. Aclara que, en función de la situación hemodinámica y analítica del paciente, se buscó con dicho ajuste prevenir efectos adversos de fármacos habituales, refiriéndose a cada

uno de ellos, e incidiendo en que el paciente presentaba cifras de tensión arterial muy variables durante el ingreso de forma secundaria a la situación clínica cambiante, por lo que se modularon estos tratamientos según la exploración diaria y el criterio médico.

En cuanto al reproche referido a la inadecuada profilaxis tromboembólica por falta de ajuste posológico de la anticoagulación oral (ACO), después de la corrección de la sobredosificación de Sintrom, la Inspección afirma que dicha profilaxis no fue el motivo del empeoramiento del paciente ni de su fallecimiento, pautándose anticoagulantes orales o heparinas de bajo peso molecular en base a la situación clínica del paciente.

En este sentido, el informe de Medicina Interna explica que el paciente presenta a su ingreso varios hematomas subcutáneos, fragilidad capilar, y varias caídas en los últimos días, con sospecha de rotura clavicular y traumatismo cráneo-encefálico. Indica que el día 12 de noviembre, se recibe al paciente con tratamiento con heparina de bajo peso molecular a dosis profiláctica y ya con niveles normales de tiempos de coagulación, decidiéndose mantener la misma dosis para evitar enfermedad tromboembólica venosa. Explica que no se plantea anticoagulación, a pesar de la presencia de flutter atípico vs fibrilación auricular, pues se consideró que el riesgo de sangrado superaba con creces el riesgo tromboembólico (cifras lábiles de tensión arterial, insuficiencia renal, deshidratación, errática ingesta oral y alteraciones hidroelectrolíticas).

Quedan, por tanto, a nuestro juicio, desvirtuados los reproches formulados por los reclamantes sobre ambas cuestiones.

Por otro lado, el informe de Enfermería del HGV aclara que el mero hecho de que las constantes vitales de los pacientes estén alteradas no son criterio para que la enfermera deba de avisar al facultativo, siempre y cuando sean previsibles en el contexto de la enfermedad del paciente,

tengan tratamiento prescrito para su corrección y no haya ningún otro signo o síntoma que alarme sobre cambios en el estado del paciente. Sin embargo, precisa, no es cierto que no se avise al médico cuando la enfermera considera que se han sobrepasado los límites admisibles, como ocurre en distintas ocasiones en los que la enfermera avisa al facultativo y existe respuesta por parte de este modificando el tratamiento o pautando una dosis única para corregir la situación, según se recoge en las notas. Así se registra el día 12 cuando avisan por una frecuencia cardiaca de 149 lpm y el día 11 cuando el paciente comienza con fiebre.

Añade que la posibilidad de una evolución desfavorable había sido comunicada a la familia y en los momentos previos al fallecimiento no se objetivaron ningún tipo de síntomas que pudieran haber alertado, como así lo indican el registro de constantes en la madrugada previa al fallecimiento y las notas de Enfermería. Concluye afirmando que no existe ningún indicio de cuadro de agitación esa noche ni ningún dato que implicara el que hubiese que llamar al facultativo.

A su vez, la Inspección, respecto a las medidas que se emplearon en materia de reanimación cardiopulmonar, indica que teniendo en cuenta que el paciente se encontraba con signos claros de muerte, asistolia y ausencia de reflejos centrales, no procede hacer maniobras de resucitación cardiopulmonar.

Añade, en cuanto a las causas de la muerte establecidas por el forense tras la autopsia judicial, que la rotura cardiaca es de tal gravedad que incluso en gente joven y encontrándose en el ámbito hospitalario la mortalidad es muy alta.

El informe pone de manifiesto algunas cuestiones a tener en cuenta y que deben ser tomadas como punto de mejora, como que no se recogiese adecuadamente el tratamiento que tomaba el paciente en el

momento del ingreso; la recomendación de que cuando se solicita una prueba de laboratorio como la CPK-MB y resulta alterada se indique en la historia que el valor a pesar de estar alterado, no es indicativa de cardiopatía isquémica por lo que no recomiendan continuar la línea de estudio; o la ausencia de anotaciones el 13 de noviembre de 2018 por parte del médico, cuando parece que hay un empeoramiento en la analítica y en el estado del paciente siendo necesario comenzar de nuevo con sueroterapia.

Sin embargo, a continuación, afirma tajantemente que ninguno de esos hechos motivo la muerte del paciente, y concluye que la asistencia sanitaria prestada al paciente por el Servicio de Medicina Interna del HGV en cuanto al tratamiento pautado para el cuadro de agitación, HTA y de fibrilación auricular ha sido correcta de acuerdo a “*lex artis*”.

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 22 de junio de 2017 (recurso 1405/2012):

*“...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”.*

Por todo lo expuesto la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

## **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la reclamación presentada al no haberse acreditado infracción de la *lex artis* en la asistencia sanitaria dispensada al familiar de los reclamantes en el HGV.

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 25 de mayo de 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 245/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid