

Dictamen nº: **392/21**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **31.08.21**

**DICTAMEN** de la Sección de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 31 de agosto de 2021, 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. ...., por el fallecimiento de su madre, Dña. ...., que atribuyen a una deficiente asistencia sanitaria al infravalorar la sintomatología que presentaba, en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** El 25 de abril de 2019, las personas citadas en el encabezamiento, asistidas de letrado, presentan en el registro de la Consejería de Sanidad una reclamación de responsabilidad patrimonial por el fallecimiento de su madre, que atribuyen, al deficiente seguimiento de una infección, en probable relación con foco respiratorio, en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (en adelante, HUFJD).

Exponen en la reclamación que la madre de las reclamantes, de 83 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), portadora de marcapasos (MsCP) con valvuloplastia mitral e hipertensión pulmonar

(HTP) moderada y con disnea basal de moderados esfuerzos, acudió el 19 de junio de 2018 a Urgencias del HUFJD tras sufrir un episodio presincope en el domicilio, con caída y traumatismo en la cadera. En la exploración física *“los datos de la exploración indicaban que la saturación de oxígeno era patológica (92%) y la paciente estaba hipotensa (presión diastólica en 57)”*, le realizaron analítica, Rx de tórax, pelvis y cadera, siendo diagnosticada de lipotimia, insuficiencia cardíaca crónica leve y contusión de cadera recibiendo alta a domicilio con ajuste de tratamiento, control evolutivo por su médico de Atención Primaria y monitorización ambulatoria de tensión arterial y frecuencia cardíaca, dos veces durante siete días.

Refieren que al día siguiente, 20 de junio, acudió nuevamente a Urgencias en ambulancia por deterioro de su estado general, aquejada de cefalea, molestias abdominales difusas, náuseas sin vómitos, hematuria, halitosis y febrícula en el día anterior, la exploración basal de oxígeno estaba en niveles reducidos (80%), en la analítica *“la proteína C reactiva arrojó un resultado claramente patológico”* y las pruebas de imagen (Rx abdomen, tórax y TAC craneal) no indicaban alteraciones significativas, y tras una nueva analítica de control, concluyeron que el diagnóstico de la paciente era de infección respiratoria, insuficiencia respiratoria, lesión pulmonar a estudio y tumor fantasma, por lo que decidieron su ingreso hospitalario.

Precisan que cuando ingresó, le retiraron prácticamente toda la medicación que habitualmente tomaba porque, según los facultativos, el tratamiento farmacológico habitual hacía descender los niveles de oxígeno, provocando insuficiencia respiratoria.

Manifiestan que, durante el ingreso hospitalario *“la hematimetría indicaba leucocitosis”* que, según las reclamantes, *“es el signo de una respuesta inflamatoria, que es el resultado de una infección”* y a pesar de que los niveles de leucocitos que presentó en días posteriores eran

*“sugestivos de inflamación en el cuerpo, secundaria a infección”* no se le realizó ningún cultivo durante todo el ingreso hospitalario, y se suspendió la antibioterapia.

Expresan que el primer fin de semana de ingreso (días 23 y 24 de junio) se le administró lorazepam ante la persistencia de insomnio y sospecha de privación de benzodiazepina pero posteriormente presentó desaturación, disnea y descompensación de insuficiencia cardíaca por lo que se le tuvo que instaurar tratamiento diurético, antibiótico y broncodilatadores.

El día 25 de junio comenzó a presentar episodios de desconexión del medio, nivel de atención fluctuante y alucinaciones visuales, además de disminución del nivel de conciencia y somnolencia.

En los días posteriores comenzó a mostrarse irritable, con ánimo lábil, inquieta y con insomnio, fue atendida por distintos psiquiatras *“y cada uno establecía un juicio clínico diferente”*, reajustando, casi todos ellos la medicación, pero sin acierto.

Indican que el 29 de junio los facultativos plantearon a la familia el alta de la paciente, pero los familiares manifestaron su oposición porque consideraban que su estado de salud había empeorado y *“es a partir de ese momento cuando comenzó un desencuentro total entre familia y médicos”*.

Refieren que el 30 de junio, la paciente se encontraba con falta de aire, nerviosa, taquipneica, sudorosa y con ligera palidez mucocutánea, las enfermeras avisaron al médico de guardia sobre las 9 horas, sin embargo, no hizo acto de presencia hasta las 17:30 horas, pero consideran que la situación crítica de la paciente se inició durante la mañana. Cuando el médico acudió se activó el código de parada y se pautó piperacilina/tazobactam por la posibilidad de shock séptico,

revisaron los valores de la analítica y se evidenció leucocitosis neutrofílica leve, diagnosticándose shock cardiogénico, pero sin descartar sepsis, y continuó con antibioterapia de amplio espectro.

El 1 de julio por voluntad de la familia se decidió limitar el esfuerzo terapéutico y falleció a las 01:30 horas, constando en el diagnóstico final *“posible shock séptico de adquisición nosomial”* (sic).

Reconocen que hubo un *“conflicto”* entre las reclamantes y los facultativos, porque entienden que la situación de la paciente era crítica y requería un manejo exhaustivo, pero consideran que las apreciaciones que recoge la historia clínica se alejan de la realidad, entre otras razones, porque están realizadas por los propios facultativos implicados.

Consideran que su madre ingresó con datos de infección, clínicos y analíticos, y no se trató de identificar el foco de la infección, ni se intentó combatirla lo que derivó, en un shock séptico evitable.

Reprochan, retraso de diagnóstico al considerar que cuando acudió el 20 de junio de 2020 a Urgencias las analíticas realizadas mostraban datos de infección en probable relación con foco respiratorio, omisión de pruebas diagnósticas para detectar el origen de la infección y tratar de combatirla y también consideran que la infección respiratoria fue de adquisición nosocomial que pudo contraer durante la visita a Urgencias el día 19 de junio de 2018. Como reproche principal; apuntan el retraso de diagnóstico en la detección de la leucocitosis neutrofílica.

Solicitan una indemnización, aplicando a título orientativo la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de 40.800 euros, por perjuicio personal básico y perjuicio patrimonial.

Aportan con la reclamación: el certificado de defunción, el libro de familia y diversa documentación médica.

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

La paciente, de 83 años de edad en el momento de los hechos, diagnosticada de hipertensión arterial, depresión, miocardiopatía hipertrófica con obstrucción severa del tracto de salida de ventrículo izquierdo, estenosis mitral severa realizándose valvuloplastia en 2014, hipertensión pulmonar moderada, disnea, portadora de marcapasos por bloqueo auriculoventricular completo, artritis psoriásica, hipovitaminosis D, poliartrosis, fibromialgia, neuralgia posherpética y asma intrínseca, el día 21 de mayo de 2018 en revisión en consulta de Cardiología refiere estar muy cansada, con disnea y también mucho componente de depresión y astenia. Según la familia, se mantiene en peso más o menos estable y tiene una tensión arterial en general baja.

El día 19 de junio de 2018 a las 11:41 horas acude a Urgencias del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz porque ha sufrido un síncope presincope al asumir bipedestación, con posterior caída, sin traumatismo craneoencefálico. Refiere dolor en cadera. No presenta disnea. Se realiza exploración física, analítica y Rx.

En la exploración física presenta TA 100/571, saturación 92%. Se encuentra reactiva, consciente y orientada en las tres esferas. Bien hidratada, perfundida y normocoloreada. En la auscultación cardíaca: rítmico, soplo aórtico y mitral con irradiación a carótida y axilar respectivamente, ingurgitación yugular leve. En la auscultación pulmonar: crepitantes bilaterales en bases. Abdomen normal. Extremidades: hematoma en región pertrocanterea de pierna derecha. Dolor a la palpación y a la movilización. No presenta signos de trombosis venosa profunda.

En la analítica realizada presenta: Leucocitos 10.320, con 89.8% segmentados, hemoglobina 14, plaquetas 212.000. Actividad de

protrombina 13%, INR 5.16, glucosa 109, urea 59, creatinina 1.1. iones normales.

Se realiza electrocardiograma con resultado de ritmo sinusal bloqueo de rama izquierda, posible crecimiento de aurícula izquierda.

También se realiza radiografía de tórax en la que no se observan infiltrados ni derrames, aumento difuso de trama broncovascular. En la radiografía de pelvis se objetiva lesión antigua en rama isquiopubiana derecha y en la radiografía de cadera no se presentan lesiones óseas agudas sino cambios degenerativos.

La paciente permanece estable en observación, es valorada por Traumatología que descarta compromiso óseo. Se interpreta el cuadro como una hipotensión ortostática y se decide el alta con juicio clínico de lipotimia secundaria probablemente a hipotensión ortostática, con ajuste de tratamiento cambiando propanolol por bisoprolol 2.5 mg, se inicia furosemida 20 mg y Boi K añadidos al día, durante siete días, Zaldiar para el dolor y aplicar frío local. Se recomienda tomar dos veces al día la tensión arterial y la frecuencia cardiaca.

El día 20 de junio, a las 10:05 horas acude nuevamente a Urgencias por deterioro del estado general, cefalea, molestias abdominales difusas y náuseas, tras caída hace 24 horas. Refiere importante cefalea de predominio frontal opresiva que no ha impedido el sueño, náuseas sin vómitos, sin deposición en las últimas 48 horas y molestias para la deambulación. Según los familiares el día anterior tuvo febrícula en domicilio llegando a 37.8, sin tos, ni expectoración. Su familiar además refiere cambios en el color de la orina, más intenso de lo habitual. halitosis desde la tarde del día anterior.

En la exploración física presenta tensión arterial 95/65, frecuencia cardiaca 86, saturación 80%, eupneica en reposo, buen estado general. La exploración neurológica es normal. En la auscultación pulmonar

presenta murmullo vesicular disminuido de forma generalizada, crepitantes finos bibasales, auscultación cardíaca rítmica, abdomen blando, depresible, molestias difusas a la palpación profunda, ruidos hidroaéreos escasos, timpanismo marcado, puño percusión renal negativa, Blumberg negativo, Murphy negativo. Pelvis aparentemente estable, no dolorosa a la palpación. Molestia a la palpación del primer dedo del pie izquierdo con mínimo hematoma.

En la analítica (extraída a las 11:41 h) presenta: Leucocitos 9.190, con 88% segmentados, hemoglobina 13.5, plaquetas 186.000. Actividad de protrombina 14%, INR 4.57, glucosa 113, urea 70, creatinina 1.1, iones normales. Proteína C reactiva (PCR) 15.30, pH 7.47, bicarbonato 29.1, lactato 14. Orina sangre +++. Se solicita cultivo que no se realiza porque no hay leucocituria, ni bacterias por citometría de flujo.

Se realiza TAC craneal sin signos de patología intracraneal aguda, leucoencefalopatía de pequeño vaso, infartos crónicos en cápsula, bilaterales cambios involutivos acordes a la edad de la paciente.

Se realiza radiografía de tórax, abdomen y del pie.

La paciente permanece en observación en Urgencias con oxígeno en gafas nasales subiendo la saturación a 90%. Posteriormente la paciente está apática, somnolienta y con saturación de 79%. Se repite analítica a las 18:36 horas que muestra leucocitos 8.700 con 85% segmentados, INR 3.87, bioquímica normal, PCR 8.50, pH 7.43, lactato 23.

Se decide ingreso en Medicina Interna a las 20:42 horas con diagnóstico de infección respiratoria, insuficiencia respiratoria y lesión pulmonar a estudio. Ingresa en planta con amoxicilina/clavulánico intravenoso que se mantiene hasta el día 22 que se suspende ante la ausencia de datos clínicos de infección (sin fiebre, sin leucocitosis significativa y con descenso de PCR).

El día 21 de junio es valorada por Medicina Interna. Presenta mareo sin signos de focalidad neurológica y se considera que la insuficiencia respiratoria es secundaria a su patología de base (cardiopatía+asma). Se suspende lorazepam y bromacepam. Se cambia Sintrom por heparina de bajo peso molecular (Clexane). Presenta un episodio de desconexión del medio de muy corta duración. Se realiza gasometría.

El día 22 de junio presenta mejor saturación de oxígeno y se retira parche de fentanilo. En la analítica presenta: leucocitos 12.410 con 90% segmentados, hemoglobina 11.5, plaquetas 181.0001, urea 95, creatinina 1.17, LDH 828, ferritina 114, velocidad de sedimentación 33.

El día 23 de junio la paciente presenta nerviosismo que la familia atribuye a la retirada de las benzodiazepinas. Tiene náuseas, pero no quiere tomar Primperan. Por la noche se le administra Zolpidem al acostarse, para facilitar el sueño.

El día 24 de junio (sábado) avisan al médico de guardia a las 18:30 horas porque no tiene pauta de medicación para dormir y presenta nerviosismo. Se les explica el motivo de la retirada de las benzodiazepinas. Se evalúa a la paciente que refiere intensa intranquilidad y nerviosismo. Se realiza ecocardiograma. Ante la posibilidad de privación se le administra lorazepam. Dos horas más tarde se avisa al médico que acude nuevamente a valorar a la paciente por presentar desaturación de 74- 76%. La paciente presenta mal estado general, marcada taquipnea, 125 pulsaciones por minuto, utilización de musculatura abdominal para respirar, afebril, disminución marcada de murmullo vesicular, sibilancias generalizadas, crepitantes en bases, edema hasta la rodilla. Se solicita analítica con leucocitos 12.730 con 86% segmentado, hemoglobina 13.4, plaquetas 238.000, INR 1.34, urea 49, CK 34, PCR 8.6. ProBNP 9.730, y gasometría; con pH 7.36, PO2 65, PCO2 42, bicarbonato 23, lactato 16. Se administra Urbasón y morfina. A las 4:15 h es reevaluada y persiste mala mecánica respiratoria con



juicio clínico de broncoespasmo agudo, descompensación ICC, insuficiencia respiratoria parcial.

El día 25 de junio (domingo) por la mañana está más tranquila, se encuentra mejor, con aumento de la saturación de oxígeno. En la auscultación se observa crepitantes en mitad inferior de pulmón izquierdo y base derecha. En la radiografía hay infiltrados alveolares en el pulmón derecho, sugestivos de empeoramiento de insuficiencia cardíaca, dímero O 5136. Se realiza angioTAC de arterias pulmonares que descarta tromboembolismo pulmonar y presenta signos de hipertensión pulmonar con derrame pleural bilateral. La familia se niega a que se le administre Clexane y solicitan las benzodiacepinas que tomaba. Es valorada por Traumatología por dolor en la región trocantérea e ingle y tercio medio de tibia y se realiza radiografía de cadera. Es evaluada por Medicina General y se administra tratamiento necesario durante la noche. Consta anotación en la que la hija de la paciente se niega a que se administre Clexane. Se encuentra en tratamiento con antibioterapia de amplio espectro amoxicilina clavulánico hasta el día 30. El juicio clínico es de *“impresiona de un cuadro de empeoramiento de la disnea en relación con cuadro mixto de ICC+infección respiratoria”*.

Se indica hemocultivo para descartar infección si la temperatura es mayor de 37,5°. Se administra diuréticos cada 8 horas y se prescribe restricción hídrica para mejorar la insuficiencia cardíaca.

En la analítica presenta: leucocitos 12,730 con segmentado 87%, hemoglobina 13.4, plaquetas 238.000, INR 1.24, urea 49, CK 34, PCR 8.6, ProBNP 9730. En la gasometría: pH 7.36, PO<sub>2</sub> 65, PCO<sub>2</sub> 42, bicarbonato 23, lactato 16.

El día 26 de junio la paciente se encuentra estable, sin trabajo respiratorio, con mejor aspecto. Refiere alucinaciones de *“bichos”* y

presenta nerviosismo, insomnio, gran ansiedad, saturación de 97%. Es valorada por Psiquiatría. En la analítica presenta: leucocitos 9.120, con 86% segmentados, hemoglobina 11.5, plaquetas 239.000, urea 73, PCR 5.4, pH 7.36, lactato 20.

El día 27 de junio continúa con visualización de “*bichos*”, importante insomnio y nerviosismo. Las hijas están demandantes y nerviosas, se les explica que la paciente no presenta claros signos de infección y que probablemente se trate de una insuficiencia respiratoria crónica en el contexto de enfermedad cardiaca evolucionada con hipertensión pulmonar. También se les explica la retirada de las benzodiacepinas. Los familiares muestran su preocupación por la sintomatología ansiosa crónica de la paciente y se solicita interconsulta a Psiquiatría para valorar el manejo de la inquietud de la paciente. Se ajusta medicación.

El día 28 de junio a las 9:04 horas se avisa a Psiquiatría de guardia que encuentra a la paciente orientada, aunque por momentos, con aumento de latencia de respuestas. Con juicio clínico de síndrome confusional, abstinencia de benzodiacepinas, se ajusta tratamiento. A las 19:20 horas y a las 22:06 horas acude nuevamente Psiquiatría. Presenta agitación psicomotriz y alucinaciones. Se interpreta como abstinencia a benzodiacepinas y se pauta tiaprizal 100 mg, con lo que mejora. A las 15 horas Enfermería avisa al facultativo porque la paciente se encuentra muy dormida y muy decaída. A su llegada, se valora a la paciente que no presenta abstinencia y las alucinaciones no parecen de naturaleza psicótica. Se resuelven dudas a los familiares, se comenta el caso con los médicos que estarán de guardia por la noche para mantener una actitud común y se ajusta tratamiento por Psiquiatría.

El día 29 de junio la paciente se encuentra eupneica con buen estado general, no se encuentra bien porque no ha descansado por la noche, muy demandante y con brotes de agresividad. Respira bien. Es

valorada por Medicina General y se avisa a Psiquiatría de guardia quienes refieren que se pauten dosis puntual de haloperidol. La tensión arterial es 110/71, FC 100, saturación 96% con oxígeno a 2 L/min. Murmullo vesicular disminuido de forma generalizada, ligeros crepitantes basales. Presenta mejoría respecto a situación previa.

El día 30 la paciente pasa la noche intranquila con saturación de 96%. A las 1.25 horas llama por disnea e intranquilidad, se le administra cloruro mórfico. A las 2:30 horas sigue intranquila. A las 3:00 horas se encuentra muy inquieta y se avisa al médico de guardia que valora a la paciente. La encuentra consciente, reactiva, nerviosa, levemente taquipneica, hemodinámicamente estable, con saturación de 97% y llama a Psiquiatría de guardia que pauta 25 gotas de haloperidol. La familia demanda la presencia del médico de guardia para hablar de la medicación para dormir porque no están de acuerdo con el haloperidol. La familia está molesta porque el médico no acuda inmediatamente y se les explica el modo de actuación del médico de guardia en función de la gravedad de los pacientes.

Al llegar el médico de guardia la enferma está en el baño con la hija. Expresan su descontento y refieren que al levantar a la paciente para ir al baño ha presentado un episodio de desconexión del medio de unos dos segundos de duración y continúa con alucinaciones y ya no solo son zoonopsias. Niega empeoramiento respiratorio y otros síntomas. Presenta una tensión arterial de 101/70, FC 99, Saturación 94%, taquipneica, sudorosa, con ligera palidez mucocutáneas, murmullo vesicular disminuido con crepitantes en bases, sin focalidad neurológica. Se administran corticoides y 20 mg de furosemida. Se extrae analítica (18:10 h) y se avisa a Psiquiatría y Jefe de Hospital. Es valorada por el psiquiatra de guardia a las 18:35 horas y la enferma refiere que está muy cansada y no tiene ganas de hablar. Las hijas muestran su descontento porque cada día le ha visto un psiquiatra diferente y piden

hablar con el jefe de hospital que acude a las 18:30 horas y habla con las hijas de la paciente. Durante la conversación avisan que el estado de la paciente ha empeorado y acuden a la habitación. Se avisa a Cardiología, Anestesia y UVI y se adoptan medidas básicas de recuperación indicando la familia que la paciente había manifestado su deseo de que no se realizaran medidas de actuación extraordinarias.

Sobre las 19:00 h se avisa al médico de guardia por imposibilidad para tomar la tensión arterial. A las 19:40 h se anota que la paciente está muy sudorosa y con bajo nivel de consciencia, y cuando acude el médico se encuentra con mal estado general, bajo nivel de consciencia, palidez generalizada, livideces cutáneas y frialdad de extremidades, así como taquipnea, trabajo respiratorio y roncus generalizados. Se coloca en posición de Trendelenburg con mejoría parcial de las livideces. Se avisa al jefe de hospital y se decide activar código de parada. Se administran expansores de plasma con lo que la tensión arterial alcanza 87/75 y se inicia administración de piperacilina/tazobactam por la posibilidad de shock séptico. Se revisa la analítica realizada a las 18:10 horas. La radiografía de tórax impresiona de insuficiencia cardiaca. Se instaura tratamiento con ventimask para alcanzar una saturación de 89-90%, sueroterapia, continuar con piperacilina/tazobactam y se ajusta seguril. Se realiza una ecoscopia que muestra un ventrículo izquierdo pequeño hipertrófico e hiperdinámico, la vena cava inferior no está dilatada y tiene colapso inspiratorio mayor de 50%.

El día 1 de julio, de acuerdo con la familia, se decide limitar el esfuerzo terapéutico. Fallece, a las 01:30 horas.

**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 expediente la historia clínica del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81.1 LPAC, se ha incorporado al expediente un informe elaborado por el jefe de Servicio de Medicina Interna de 31 de mayo de 2019 en el que se describe la asistencia sanitaria dispensada y finaliza señalando que *“por todo lo anteriormente expuesto, y aunque no puede descartarse por completo como causa del fallecimiento un shock séptico, la causa que parece más probable es la de un fracaso cardíaco en el seno de una miocardiopatía hipertrófica moderada- severa con obstrucción en el TSVI, valvulopatía mitral e hipertensión pulmonar”*.

También se ha incorporado al procedimiento un informe del Servicio de Psiquiatría de 31 de mayo de 2019.

Con fecha 12 de febrero de 2020 emite informe la Inspección Sanitaria que, tras analizar los antecedentes del caso y los informes emitidos en el curso del procedimiento, realiza las consideraciones médicas oportunas y concluye que el fatal desenlace difícilmente puede atribuirse a un manejo inadecuado de la paciente, ya que se obvia en la reclamación la situación de la misma, su mal pronóstico y antecedentes. Se trata de una persona con múltiples patologías, con mal pronóstico en sí mismas y que la evolución desgraciadamente lleva al éxitus en numerosas ocasiones coincidiendo con agravamientos y complicaciones. Considera que no existió ni retraso diagnóstico ni intervención tardía, ni omisión de las pruebas diagnósticas adecuadas para identificar y tratar la infección y la actuación de los profesionales, en general, se ajustó a la *lex artis ad hoc* (folios 3.136 a 3.158).

El 6 de mayo de 2020 el jefe de Servicio de Medicina Interna precisa que revisada la historia clínica y las notas de Enfermería, se constata que el aviso al médico de guardia el día 30 de junio a las 13:36 horas,

fue solicitado por los familiares de la paciente para hablar de la medicación pero niega que el aviso al médico tuviera relación alguna con el empeoramiento clínico de la paciente.

Igualmente consta, a solicitud del SERMAS, un informe médico pericial emitido el 17 de mayo de 2020 por dos doctores en Medicina y Cirugía, especialistas en Medicina Interna, que tras analizar los hechos acontecidos y plasmar diversas consideraciones médicas, coinciden con las conclusiones de la Inspección Médica al señalar como conclusión final *“creemos que la actuación seguida con esta paciente ha sido correcta y acorde a lex artis ad hoc y no ha influido en la evolución de la paciente que falleció como complicación de la grave cardiopatía que padecía”*.

La instructora otorgó el trámite de audiencia a las reclamantes y al centro concertado.

El Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz presenta alegaciones para oponerse a lo indicado en la reclamación y manifestar que la atención dispensada a la paciente fue conforme a la *lex artis*, a la vista de los informes emitidos en el procedimiento.

El 16 de diciembre de 2020 las reclamantes presentan un escrito de alegaciones en el que a la vista del informe de la Inspección Médica entienden que hubo retraso en la atención de la paciente de varias horas el día antes de su fallecimiento y por tanto una pérdida de oportunidad terapéutica. Reiteran que no se realizaron las pruebas diagnósticas oportunas para conocer el foco de la infección y se infravaloró la sintomatología que presentaba y solicitan que el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz aporte al expediente la póliza de responsabilidad civil que tuviese suscrita el día de los hechos.

Figura en los folios 3.279 a 3.376 una copia de la póliza de seguro suscrita por el centro sanitario con una entidad aseguradora.

El 12 de enero de 2021 formula propuesta de resolución, por el viceconsejero de Asistencia Sanitaria, desestimatoria de la reclamación presentada al no poderse establecer una relación causal entre la asistencia sanitaria y el fallecimiento (folios 3.271 a 3.275).

Elevada consulta a esta Comisión Jurídica Asesora se emitió el Dictamen 107/21, de 2 de marzo en el que se concluyó que procedía retrotraer el procedimiento para que el HUFJD informara sobre las medidas adoptadas en el centro hospitalario en orden a evitar posibles infecciones, y en concreto, sobre la infección, que en su caso, pudo contraer la paciente durante su estancia hospitalaria.

El 6 de abril de 2021 el instructor del procedimiento requirió al HUFJD la anterior documentación, con traslado del dictamen de este órgano consultivo.

El 19 de abril de 2021 el responsable de Medicina Preventiva del HUFJD informa que la clínica referida por la familia, respecto a la infección respiratoria de inicio previo al ingreso del día 20 de junio, no cumple criterio de nosocomial, de acuerdo con las definiciones del Estudio de Prevalencia de Infección Nosocomial en España de la Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene. Explica también el informe que resulta altamente improbable por tiempos de incubación que la paciente adquiriese la infección el día anterior al ingreso, el 19 de junio de 2018 cuando acudió por la mañana a Urgencias; e indica que, durante el ingreso hospitalario de la paciente no se hace referencia a otro posible origen del foco de infección que no fuera el diagnóstico de infección respiratoria con el que ingresó y para el que recibió tratamiento adecuado.

Asimismo, reitera del informe del jefe de Servicio de Medicina Interna que dados los antecedentes de la paciente, la causa más probable del fallecimiento fue un fracaso cardíaco secundario a la

patología cardíaca y pulmonar severa que presentaba la paciente y finalmente añade respecto a las medidas de prevención de infecciones que en el HUFJD se desempeñan las medidas de prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria de acuerdo con la UNE 179006:2013 habiendo obtenido la certificación de calidad para la vigilancia, prevención y control de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria en diciembre de 2018 encontrándose vigente a la fecha de emisión del informe.

Con fecha 12 de mayo de 2021 la Inspección Sanitaria emite un segundo informe, ratificándose en su anterior informe, fechado el 12 de febrero de 2020.

El 26 de mayo de 2021 se otorgó nuevamente trámite de audiencia a los interesados.

El 8 de junio de 2021 presentan alegaciones las reclamantes para señalar que resultan insuficientes las explicaciones contenidas en el informe del Servicio de Medicina Preventiva, que a la vista del informe de la Inspección Sanitaria hubo retraso en la evaluación de la paciente el día 30 de junio y no descartan que la causa del fallecimiento fuera un shock séptico y no un shock cardiogénico.

Finalmente, el 22 de junio de 2021 el viceconsejero de Asistencia Sanitaria formuló propuesta de resolución que desestimó la reclamación, por considerar que no existió mala praxis en la asistencia sanitaria dispensada.

**CUARTO.-** El 28 de junio de 2021 se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 353/21, a la letrada vocal Dña. Rosario López Ródenas que



formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por la Sección de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 31 de agosto de 2021.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación, 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 euros, y por 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. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del libro preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

Las reclamantes, hijas de la fallecida, ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al

amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de LRJSP, en cuanto sufren el daño moral que provoca el fallecimiento de su madre. Se ha acreditado debidamente la relación de parentesco que ligaba a las interesadas con su madre con copia del libro de familia.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, ya que la asistencia principal fue dispensada en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, y se produjo en el ámbito del concierto suscrito con la Comunidad de Madrid. A este respecto esta Comisión viene reconociendo en numerosos dictámenes (323/20 de 28 de julio, 222/17 de 1 de junio, 72/18 de 15 de febrero y 219/18 de 17 de mayo), 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 12ª 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 lo relativo al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, que se contará, en caso de daños de carácter físico o psíquico, desde que el hecho aconteció o desde la curación o determinación del alcance de las secuelas (artículo 67.1 de la LPAC).

En este caso el *dies a quo* viene dado por el fallecimiento de la paciente, el 1 de julio de 2018, por lo que la reclamación presentada el 25 de abril de 2019, está formulada dentro del plazo legal.

En cuanto al procedimiento, se observa que se ha recabado el informe del servicio al que se imputa la producción del daño en virtud de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, el instructor ha solicitado informe de la Inspección Sanitaria y se ha incorporado la historia clínica de la paciente. Tras la incorporación de los anteriores informes, se ha dado audiencia a los interesados que han formulado alegaciones. Se dictó la propuesta de resolución y esta Comisión Jurídica Asesora en su Dictamen 107/21, concluyó la retroacción del procedimiento.

Tras la emisión del citado dictamen consta en el expediente el informe el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, así como de la Inspección Sanitaria ratificándose en el anterior, se ha conferido nuevo trámite de audiencia a los interesados, las reclamantes formularon alegaciones y finalmente se ha dictado propuesta de resolución, según lo exigido en el artículo 91 de la LPAC, que ha sido remitida, junto con el resto del expediente, a este órgano consultivo para la emisión del preceptivo dictamen.

**TERCERA.-** La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la LRJSP.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, requiere la concurrencia de varios requisitos:

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) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005) y otras sentencias allí recogidas, *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”*.

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 recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de mayo de 2016 (recurso 1153/2012) *“que cuando se trata de reclamaciones derivadas de actuaciones sanitarias, la doctrina jurisprudencial viene declarando 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, de manera que, si el servicio sanitario o médico se prestó correctamente y de acuerdo con el estado del saber y de los medios disponibles, la lesión causada no constituiría un daño antijurídico”.*

**CUARTA.-** De los presupuestos anteriormente señalados se deduce que no cabe plantearse una posible responsabilidad de la Administración sin la existencia de un daño real y efectivo.

En el caso que nos ocupa está acreditado el fallecimiento de la madre de las reclamantes, que constituye un “*daño moral cuya existencia no 20/29 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.

Sin embargo, la existencia de un daño no es suficiente para declarar la responsabilidad de la Administración, por lo que ha de analizarse la concurrencia, en su caso, de los demás requisitos.

Las interesadas imputan el fallecimiento de su familiar a mala praxis en la asistencia dispensada en el Hospital Clínico San Carlos al considerar que se infravaloraron los síntomas que presentaba y no fue tratada adecuadamente. Invocan así una pérdida de oportunidad por no haberse utilizado todos los medios disponibles.

Sin embargo, tal y como ya ha sido apuntado, 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. En este sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de junio de 2017 (recurso 909/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Pues bien, en este caso, las reclamantes, a quienes incumbe la carga de la prueba, no han aportado al procedimiento ningún criterio médico o científico, avalado por profesional competente que sirva técnicamente para acreditar que el fallecimiento de su madre se produjo por mala praxis en la asistencia sanitaria dispensada, sin que sirvan a este propósito las afirmaciones contenidas en el escrito de reclamación carentes de sustento probatorio.

Esta falta de prueba hace necesario acudir a los informes médicos obrantes en el expediente, singularmente al de la Inspección Sanitaria, por su garantía de objetividad y rigor científico puesta de manifiesto en diversos dictámenes de esta Comisión Jurídica Asesora y en las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, como la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 25 de enero de 2018 (recurso 1/2016), o la Sentencia de 26 de julio de 2018 (recurso 768/2016), informes que desvirtúan los reproches de las reclamantes y ponen de manifiesto que la asistencia que le fue dispensada a la paciente fue conforme a la *lex artis*.

Además, para evaluar la corrección de una concreta práctica médica hay que estar a la situación y síntomas del momento en que se realiza esta. Ello se traduce en que se deben aplicar a los pacientes todos los medios disponibles para su diagnóstico y tratamiento. 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, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en su Sentencia de 9 de marzo de 2017 (núm. de recurso 203/2014), manifestó que *“en lo que específicamente se refiere al diagnóstico de las enfermedades que los pacientes padecen, la garantía de medios comporta que se utilicen los medios disponibles coherentemente con los síntomas y signos que presenten, y con la información relevante que faciliten”*.

Hechas las anteriores consideraciones procede analizar los reproches de las reclamantes que sostienen que se infravaloró la sintomatología que presentaba la paciente, lo que claramente resulta desmentido por la historia clínica examinada, donde aparece reflejado que a la vista de la sintomatología que presentaba se realizaron numerosas pruebas diagnósticas y a la vista de los resultados obtenidos, se trató y administró el tratamiento oportuno.

Como hemos expuesto en los antecedentes de este dictamen, de la historia clínica examinada resulta que la madre de las interesadas, de 83 años de edad, estaba afectada de importante comorbilidad y una cardiopatía que producía insuficiencia cardíaca crónica, síndrome clínico caracterizado según la Inspección Sanitaria por síntomas típicos como dificultad para respirar, hinchazón de los tobillos y fatiga, que constituye el síndrome común final de muchas enfermedades cardíacas de larga evolución como la hipertensión arterial y la cardiopatía , y de mortalidad elevada.

Cuando la paciente acudió al Servicio de Urgencias el día 19 de junio de 2018 tras sufrir un episodio presincojal al asumir bipedestación, con posterior caída sin traumatismo craneoencefálico, en la exploración había crepitantes bibasales y una saturación de 92%, la analítica no mostraba alteraciones significativas, el electrocardiograma no mostraba alteraciones agudas, se descartó compromiso óseo y recibió alta al interpretarse el cuadro como una hipotensión ortostática, diagnóstico que según los informes obrantes en el expediente fue

correcto, al igual que el tratamiento pautado puesto que se cambió propranolol por bisoprolol, ya que según los informes obrantes en el expediente *“este último es adecuado para el tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica y no el propranolol que tomaba por tener una miocardiopatía hipertrófica obstructiva”*.

Al día siguiente, acude nuevamente a Urgencias por un cuadro de deterioro del estado general e importante insuficiencia respiratoria. Se realiza gasometría y en la analítica solo había discreto aumento de proteína C reactiva, que según la Inspección no es un indicativo de inflamación, e ingresa en el centro hospitalario pero, a diferencia de lo afirmado por las reclamantes en la reclamación, los informes obrantes en el expediente niegan la existencia de leucocitosis. El aumento de PCR unido a la fiebre que la paciente había tenido en su domicilio hizo pensar, según la Inspección, en la posibilidad de la existencia de una infección y se inició *“correctamente”* tratamiento con antibiótico *“por si la causa desencadenante de la insuficiencia cardiaca era una infección respiratoria”*. Desde su ingreso, fue tratada por amoxicilina/clavulánico intravenoso. Al tercer día del ingreso el antibiótico fue suspendido porque la paciente no tenía fiebre, la PCR había disminuido y por mejoría.

Durante el ingreso, según la historia clínica, se solicitó un cultivo de orina que no se realizó porque en el laboratorio se observó que no había *“leucocituria ni bacterias por citometría de flujo”* lo que resulta corroborado por la Inspección cuando indica que *“en esta situación no hay que hacer cultivo porque con seguridad será negativo”*, al igual que resultan negativos los hemocultivos en dichas circunstancias. Para la Inspección Médica no estaba indicado un cultivo de aspirado traqueal porque es una exploración muy mal tolerada, no era necesaria y no se pudo hacer un cultivo de esputo porque la paciente no expectoraba.



Se realizó TAC craneal, radiografía de tórax “*con índice cardiorádico aumentado, aumento de trama broncovascular, marcapasos, artrosis, imagen nodular en campo superior derecho, existente en previas*”, radiografía de abdomen con abundante gas y ligera dilatación de asas y radiografía de pie, sin lesiones óseas agudas.

Respecto a los cambios en la medicación, se cambió Sintrom por Clexane porque según los informes obrantes en el expediente, la enferma tenía indicación para anticoagulación, en las dos últimas determinaciones el INR estaba por encima de lo recomendable y porque es más fácil controlar la anticoagulación cuando esta se hace con heparina de bajo peso molecular como es Clexane. Respecto a las benzodiacepinas se suspendieron porque según los informes obrantes en el expediente producen hipoventilación y empeoran la insuficiencia respiratoria, lo que en el caso de la paciente se confirmó el día 24 de junio, horas después de que se le administrara lorazepam por nerviosismo y agitación al experimentar un marcado empeoramiento y una saturación de 76%. Para la Inspección Sanitaria “*estaban totalmente contraindicadas en el proceso que presentaba la paciente*”.

También fue atendida por Psiquiatría y con la medicación pautada mejoró la agitación y se trató el síndrome confusional agudo. Al respecto los informes obrantes en el expediente explican que ante un síndrome confusional hay que descartar que se trate de un brote psicótico, que se descartó por Psiquiatría y, si no es una psicosis, se debe intentar encontrar la causa que puede ser múltiple y mientras, se administran los tranquilizantes que sean precisos. Asimismo, explican que los enfermos de avanzada edad presentan “psicosis transitoria” que desaparece cuando reciben el alta motivo por el cual se valoró el alta el día 29 de junio.

Tampoco se evidencia en la historia clínica que hubiera retraso en la asistencia del médico de guardia el día 30 de junio puesto que no fue

requerido por los familiares para asistir a la paciente, sino para que se les informara sobre la medicación para dormir.

En definitiva, a la vista de los informes obrantes en el expediente, ni el moderado aumento de PCR ni la leve leucocitosis permiten observar que la paciente tuviese una infección desde el ingreso, no obstante, fue tratada con antibiótico de amplio espectro los días que estuvo ingresada, salvo el día 23, y se realizaron las pruebas oportunas.

También niegan los informes obrantes en el expediente que la infección respiratoria cumpliera criterios de nosocomial según los criterios del Estudio de Prevalencia de Infección Nosocomial en España y a la vista de la clínica que presentó la familiar de las reclamantes.

Los informes indican que antes del fallecimiento, la paciente presentaba múltiples patologías y estaba en situación de shock cardiogénico, como manifestación de una insuficiencia cardíaca aguda, por complicación de la grave cardiopatía que padecía, y niegan que tuviera shock séptico.

Para la Inspección Sanitaria la causa mas probable del fallecimiento, en ausencia de autopsia, *“es la de un fracaso cardiaco, en el seno de una miocardiopatía hipertrófica moderada severa con obstrucción del tracto de salida de ventrículo izquierdo, valvulopatía mitral e hipertensión pulmonar”*.

Por todo ello, a falta de otra prueba aportada por las interesadas, hemos de coincidir con la conclusión de los informes médicos que obran en el expediente, y, por tanto, hay que rechazar las críticas de las reclamantes y considerar que no se ha acreditado que la asistencia sanitaria prestada no fuera adecuada o ajustada a la *lex artis*.

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 de las reclamantes.

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 31 de agosto de 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 392/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid