

Dictamen n.º: **588/21**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **16.11.21**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 16 de noviembre de 2021, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el asunto promovido por Dña., sobre responsabilidad patrimonial, por los daños y perjuicios sufridos por el fallecimiento de su esposo, D., que imputa a la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, en el tratamiento de una endocarditis.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 6 de marzo de 2020, la persona citada en el encabezamiento, asistida por un abogado, presenta un escrito dirigido al Servicio Madrileño de Salud, en el que denuncia la actuación del Hospital Universitario Ramón y Cajal en la asistencia sanitaria dispensada a su esposo y que culminó con su fallecimiento.

Según el escrito de reclamación, el marido de la reclamante sufrió trombosis venosa profunda de ileofemoral izquierda en enero de 2018 y había sido intervenido de plastia mitral mediante implante de anillo y de neurocuerda y cierre de cleft en marzo de 2018. Además, en enero

de 2018, se le diagnosticó enfisema centrolobulillar y paraseptal de predominio en campos superiores y estaba en tratamiento con anticoagulantes. No obstante, refiere que su esposo no solo era absolutamente independiente para las actividades de la vida diaria, sino que, además, llevaba una vida activa.

La reclamante refiere que su esposo ingresó en el Hospital Universitario Ramón y Cajal el 16 de febrero de 2019, procedente de una clínica privada donde había permanecido en ingreso hospitalario desde el 8 de febrero de 2019, hasta que solicitó el alta voluntaria, por infarto lacunar isquémico secundario a múltiples émbolos de probable origen cardiofrénico. Además, ingresó por neumonía intersticial atípica, que fue tratada con antibioterapia y con oxígeno con reservorio. Añade que el 13 de febrero de 2019, le realizaron un ecocardiograma transtorácico (ETT), en el que no se observaron imágenes evidentes de endocarditis o trombo, aunque en esta prueba se puso en evidencia la necesidad de realizar ecocardiograma transesofágico (ETE) en función de la evolución y sospecha. Subraya que, al alta en la clínica privada, su esposo solo presentaba pérdida de fuerza en el brazo derecho como secuela del ictus sufrido.

Continuando con el relato fáctico de la reclamación, la interesada explica que, al ingreso en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, sometieron al paciente a TC de tórax que evidenció progresión parenquimatosa pulmonar difusa y bilateral con cambios fibróticos y ante la inadecuada saturación de oxígeno, indicaron al paciente gafas nasales de alto flujo (GNAF), con las que se mantuvo estable. Además, fue valorado por la UVI médica, que estimó que, ante un empeoramiento clínico, era candidato a medidas invasivas. Resalta que su esposo ingresó a cargo de Neumología, en la Unidad de Ventilación Mecánica, y que un día después del ingreso, presentó empeoramiento neurológico, con hemiparesia derecha, estaba bradilálico y bradisíquico. Aun así, permanecía orientado en persona y lugar. La

reclamante reprocha que pese a haber ingresado con ictus muy reciente, aún no se le había examinado por parte del Servicio de Neurología.

La reclamante refiere que el 18 de febrero de 2019 el Servicio de Neumología solicitó TC craneal urgente, que evidenció *“hallazgos sugestivos de varios infartos supratentoriales y en hemisferio izquierdo, algunos de aspecto subagudo y otros crónicos, como primera posibilidad”* y al día siguiente, su esposo se encontraba *“poco reactivo, con escasa respuesta a nuestras preguntas”*. El 19 de febrero se realizó TC que evidenció múltiples infartos esplénicos agudos. Asimismo, evaluado por el Servicio de Neurología se recomendó no reiniciar anticoagulación hasta nueva valoración. Es decir, subraya *“se mantuvo sin anticoagulación a paciente con antecedentes de trombosis venosa profunda e intervenido de plastia mitral, con sospecha de endocarditis según evolución y con hallazgos de infartos lacunares isquémicos”*.

Según el escrito de reclamación, el deterioro neurológico no cesó y el 20 de febrero de 2019 el paciente presentó coma, por lo que fue trasladado a la UCI, donde se le intubó y conectó a ventilación mecánica. Un TAC pulmonar destacó la presencia de infartos esplénicos (muerte del tejido por obstrucción del flujo sanguíneo – coágulos–) y un ETE confirmó la presencia de endocarditis mitral.

La reclamante continúa relatando que, tras cuatro horas sin sedación, se desestimó tratamiento quirúrgico por tener un pronóstico neurológico infausto. Desde el 22 de febrero de 2019, el paciente permaneció sin sedación, en estado de mínima consciencia. El 25 de febrero de 2019, para confirmar la severidad del daño neurológico, se le realizó electroencefalograma que reportó signos inespecíficos de una moderada a severa encefalopatía difusa.

Según el escrito de reclamación, ante la ausencia de actuación médica, el 1 de marzo de 2019 la resonancia magnética (RM) de cerebro a la que se sometió evidenció infarto isquémico hemisférico derecho subagudo en el territorio de ACM –arteria cerebral media–, no presente en el último estudio de 21 de febrero. Según la reclamante, ante la ausencia de tratamiento, su esposo continuó sufriendo ictus derivados de los émbolos de origen cardiofrénico (motivados por la endocarditis).

La reclamante relata que el 8 de marzo de 2019, por parte de los facultativos se decidió alta de UCI a cargo de Neumología y comunicaron a la familia que el paciente no era candidato para medidas agresivas a ingreso en UCI, debido a que presentaba daño neurológico extenso e irreversible y dependía de ventilación mecánica. Fue trasladado a planta de Neumología ese mismo día, donde falleció al día siguiente, 9 de marzo de 2019, por endocarditis sobre válvula mitral.

El escrito refiere los siguientes hechos reprochables:

- Mal manejo del paciente: se le pautó tratamiento conservador y se dirigieron los esfuerzos a mantener la saturación de oxígeno del paciente. Incorrecta valoración del paciente por parte de Neurología. Los facultativos desatendieron los antecedentes del paciente y las recomendaciones del anterior centro hospitalario.

- El retraso diagnóstico de endocarditis provocó que el paciente no fuera candidato a cirugía cardíaca por presentar pronóstico neurológico infausto.

- Inadecuada limitación del soporte vital (desconexión de ventilación mecánica). El paciente no presentaba muerte cerebral.

En virtud de todo lo expuesto, la interesada reclama una indemnización por daños y perjuicios por importe de 106.883,45 euros.

El escrito de reclamación se acompaña con copia del libro de familia del paciente fallecido, certificado de defunción y diversa documentación médica relativa al esposo de la reclamante (folios 1 a 71 del expediente).

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

El esposo de la reclamante, de 79 años de edad en la fecha de los hechos, contaba con antecedentes, entre otros, de hipertensión arterial, posible trombofilia, fibrilación auricular cardiovertida en julio 2018, trombosis venosa profunda iliaco-femoral izquierda, cirugía cardíaca en marzo de 2018 con plastia mitral mediante implante de anillo, plastia mitral mediante cierre de cleft más comisurotomía posterior e implante de neocuerda de goretex a nivel de P2. El 8 de febrero de 2019 ingresó en Medicina Interna en una clínica privada por infección respiratoria de vías bajas con disnea limitante y por infarto cerebral lacunar isquémico secundario a múltiples émbolos, de probable origen cardiogénico que evoluciona mal con progresión neurológica y plejía de miembro superior derecho. Presentaba neumonía y fibrosis pulmonar en probable relación con toxicidad por amiodarona. Recibió tratamiento con Piperacilina Tazobactam más corticoterapia.

El 13 de febrero de 2019 se realizó ecocardiograma con el resultado de plastia mitral competente sin datos sugerentes de endocarditis o trombo. FEVI (fracción de eyección del ventrículo izquierdo) normal. Sin imágenes de trombo intracavitario. No obstante, se consideró que en función de evolución y sospecha habría que

valorar hacer ecocardiograma transesofágico. Durante el ingreso se realizó también TC de tórax que mostró progresión parenquimatosa pulmonar difusa y bilateral con cambios fibróticos. El 16 de febrero de 2019 se firmó el informe de alta voluntaria del paciente, según consta en la documentación aportada por la interesada.

Ese mismo día, 16 de febrero de 2019, el esposo de la reclamante acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal. La familia refería un cuadro de una semana de evolución de disnea de mínimos esfuerzos, sin tos, fiebre, ni secreciones respiratorias. Con el diagnóstico de patrón intersticial difuso a estudio; probable bronconeumonía, a descartar gérmenes atípicos; insuficiencia respiratoria parcial hipoxémica e ictus lacunar, ingresó en la Unidad de Ventilación mecánica a cargo del Servicio de Neumología para tratamiento con gafas nasales de alto flujo. Valorado por el Servicio de Medicina Intensiva se consideró candidato a medidas intensivas, pero no se creyó indicado su traslado a UCI en ese momento.

Al ingreso, el marido de la interesada presentaba hemiparesia derecha, orientado, bradilálico, bradipsíquico, obedecía órdenes y presentaba insuficiencia respiratoria que requirió soporte con gafas nasales de alto flujo con FiO₂ entre 80-100%. Se inició tratamiento con ceftriaxona, levofloxacino y corticoides.

Durante el ingreso presentó empeoramiento neurológico. El 18 de febrero de 2019 comenzó con desviación oculocefálica a la derecha, hemianopsia homónima izquierda, disartria moderada, paresia residual de miembro superior derecho y hemiparesia izquierda, por lo que se solicitó valoración por Neurología que pidió TC craneal urgente, que mostró hallazgos sugestivos de varios infartos supratentoriales y en hemisferio izquierdo, algunos de aspecto subagudo y otros crónicos, como primera posibilidad. Se retiró el tratamiento anticoagulante por indicación del Servicio de Neurología ante la

presencia de infartos múltiples con riesgo de transformación hemorrágica y se explicó a la familia el mal pronóstico, el alto riesgo embolígeno del paciente en los siguientes días y riesgo de recidiva. Se pospuso iniciar tratamiento anticoagulante con Clexane hasta 3 días después.

El 19 de febrero se realizó TC de tórax que mostró neumopatía bilateral y difusa, consistente en extensas áreas bilaterales de atenuación en vidrio deslustrado. Pequeños quistes pulmonares bilaterales. Múltiples infartos esplénicos agudos (probables embolias sistémicas). Los hallazgos radiológicos torácicos eran indeterminados, pero podrían estar en relación con una forma aguda de neumonitis intersticial, neumonía por *Pneumocystis jiroveci*, síndrome de distrés respiratorio del adulto. Se recomendó correlacionar con lavado broncoalveolar.

El 20 de febrero de 2019 el familiar de la reclamante presentó coma por lo que fue intubado, conectado a ventilación mecánica e ingresado en la UCI con diagnóstico de coma e insuficiencia respiratoria subaguda en paciente con patrón pulmonar fibrótico en estudio. Al ingreso presentaba SOFA 15 SAPS II 83 (mortalidad estimada 94%) y APACHE II 31 (mortalidad estimada 71%). Se realizó punción lumbar, fibrobroncoscopia y lavado broncoalveolar.

Ante la sospecha de endocarditis se solicitó ecocardiograma transesofágico, realizado el 21 de febrero de 2019, que confirmó la presencia de vegetaciones en ambos velos de la válvula mitral sin afectación de la anuloplastia e insuficiencia mitral severa, FEVI conservada. Los resultados del lavado bronco-alveolar no confirmaron la presencia de aislados significativos. Se realizó el diagnóstico de posible endocarditis infecciosa sobre válvula mitral, con procesos embolígenos cerebrales, isquémicos y periféricos (miembros inferiores) y neumonitis bilateral de causa incierta.

El 22 de febrero de 2019 se instauró tratamiento empírico con daptomicina y meropenem y dado el cuadro clínico, la insuficiencia mitral severa, los embolismos sistémicos y la refractariedad a tratamiento médico se solicitó valoración por el Servicio de Cirugía Cardíaca para recambio valvular. Se realizó ventana de sedación para valorar la función neurológica y de este modo determinar si el paciente era candidato a cirugía cardíaca. Tras 4 horas sin sedación el paciente no respondía a llamada, las pupilas eran isocóricas y reactivas de unos 3 mm, no presentaba respuesta en mímica o motora a estímulos dolorosos salvo muy leve retirada en miembros inferiores, no mantenía contra gravedad, ninguno de los miembros. Se consideró que el pronóstico era infausto y se desestimó la cirugía por riesgo/beneficio y escasas posibilidades de recuperación.

Consta que se intentó filiar la causa de la endocarditis, pero varias tandas de hemocultivos fueron estériles. Se descartó infección fúngica y brucelar y las pruebas moleculares en sangre para *Coxiella burnetti*, *Bartonella* spp y *Tropheryma whippelii* fueron negativos. Todos los resultados microbiológicos de las muestras respiratorias fueron negativos por lo que se mantuvo el tratamiento antibiótico empírico.

El 25 de febrero de 2019 se realizó un EEG que reportó signos inespecíficos de una moderada/severa encefalopatía difusa, con mayor afectación hemisférica derecha.

El 26 de febrero de 2019 presentó deterioro agudo de la función renal con hipopotasemia grave que requirió diálisis de forma aislada en el contexto probable de nuevo proceso embolígeno. Ese mismo día se realizó traqueotomía percutánea y se administraron ciclos de corticoides a dosis altas.

El 1 de marzo de 2019 se realiza RM en la que se objetivó extensa alteración de señal córtico-subcortical que afectó a la convexidad

frontoparietotemporal derecha y a la mitad posterior de la ínsula ipsilateral, con pérdida de la diferenciación gris-blanca y efecto de masa sobre el ventrículo lateral y sobre el espacio subaracnoideo en relación con infarto isquémico en fase subaguda en el territorio de la arteria cerebral media derecha. Múltiples focos de alteración de señal de pequeño tamaño, de localización cortical, en lóbulos frontales, occipital izquierdo y en sustancia blanca profunda de hemisferio cerebral izquierdo. A nivel infratentorial focos de alteración de la difusión en ambos hemisferios cerebelosos, compatibles con infartos corticales y subcorticales profundos en distintos momentos evolutivos (agudo y subagudo) en relación con origen embólico. Tras la administración de contraste varias lesiones mostraron captación lineal o nodular cortical subcortical que podría estar en relación con momento evolutivo, sin poder descartar microabscesos en formación al tratarse de émbolos sépticos.

Ante la imposibilidad de desconexión a la ventilación mecánica invasiva y la existencia de un daño neurológico extenso e irreversible, se decidió junto con el Servicio de Neumología, el traslado a este servicio por considerar que el paciente no era candidato a medidas agresivas e ingreso en UCI, lo que se comunica a la familia. El paciente es trasladado a camas de Neumología el 8 de marzo de 2019, se mantiene el tratamiento activo y la ventilación mecánica por traqueotomía, a pesar de lo cual fallece el 9 de marzo de 2019.

Se realizó autopsia clínica. Los diagnósticos macroscópicos provisionales que aparecen recogidos el 11 de marzo de 2019 son: material trombótico en arteria pulmonar izquierda compatible con tromboembolismo pulmonar. Derrame pleural bilateral moderado. Derrame pericárdico leve. Adherencias pericárdicas en cara anterior. Pulmones enfisematosos con abundantes bullas apicales. Hepatomegalia. Esplenomegalia. Lesiones blanquecinas nodulares en

cápsula esplénica, a filiar tras estudio histológico. Quistes renales bilaterales múltiples. Arteriosclerosis generalizada con calificación segmentaria de aorta. Cerebro pendiente de estudio.

TERCERO.- Presentada la reclamación se inició el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo de lo dispuesto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Consta en el expediente examinado la historia clínica del interesado del Hospital Universitario Ramón y Cajal (folios 75 a 365 del expediente).

Se ha incorporado al procedimiento el informe del 7 de octubre de 2020 del Servicio de Medicina Intensiva del referido centro hospitalario en el que se realiza un relato de la asistencia sanitaria dispensada por dicho servicio según los datos que obran en la historia clínica.

Igualmente, figura en el expediente el informe de 17 de abril de 2020 de la coordinadora de la Unidad de Ventilación no Invasiva del Servicio de Neumología que detalla la asistencia dispensada por dicha unidad.

También obra en el procedimiento el informe del Servicio de Cardiología que realiza un relato de la asistencia prestada al esposo de la interesada por el mencionado servicio.

De igual modo, el Servicio de Enfermedades Infecciosas ha informado sobre la asistencia dispensada por dicho servicio para concluir que su participación fue adecuada y aportó un estudio completo y rápido de las posibles causas infecciosas implicadas en el proceso y se decidió el tratamiento antibiótico más adecuado en ausencia de documentación microbiológica. Y añade que no parece que el reproche de la reclamante tenga relación con una práctica anómala

del Servicio de Enfermedades Infecciosas.

Asimismo, se ha incorporado al procedimiento el informe de 11 de marzo de 2021 de la Inspección Sanitaria que, tras analizar los antecedentes del caso y los informes emitidos en el curso del procedimiento, así como realizar las correspondientes consideraciones médicas, concluye que la asistencia prestada se ajustó a la *lex artis*, se trataba de un paciente con patología multiorgánica muy grave, que recibió en cada momento el tratamiento adecuado según el conocimiento científico, a pesar de lo cual evolucionó desfavorablemente, sin que se pudiera evitar su fallecimiento.

Consta que después del informe de la Inspección Sanitaria se incorporó al procedimiento un informe emitido el 7 de julio de 2020 por el Servicio de Neurología del centro hospitalario. En este informe, tras dar cuenta de la asistencia sanitaria dispensada por dicho servicio, se indica que se trataba de un paciente que ingresó en el centro hospitalario con múltiples lesiones cerebrales producidas por embolismos múltiples y en una situación neurológica con grave daño cerebral. Explica que la Sociedad Europea de Cardiología de Fibrilación Auricular y las de Endocarditis recomiendan posponer la anticoagulación de un paciente con un infarto cerebral grave al menos 2 semanas desde el inicio del ictus, máxime en un paciente con embolismos cerebrales múltiples. En este caso se aplicaron los protocolos de la Unidad de Ictus acreditada por la Sociedad Europea de Ictus 1/2020. Subraya la información a la familia en todo momento.

El informe añade que el diagnóstico de una endocarditis es en muchas ocasiones complicado. Refiere que el ecocardiograma transesofágico es una prueba fundamental, pero requiere una situación respiratoria y hemodinámica estable y, en este caso, el marido de la reclamante había ingresado con una insuficiencia respiratoria muy severa lo que contraindicaba la prueba por la alta

probabilidad de parada respiratoria. Subraya que en la clínica privada tampoco pudo realizarse el diagnóstico ni se hizo la prueba.

El informe destaca que, al tratarse de un paciente de edad avanzada con múltiples antecedentes cardiacos y cerebrovasculares importantes, en una situación crítica con fallo respiratorio y en una situación neurológica con un daño cerebral establecido y extenso, evolucionó desfavorablemente. Subraya que la mortalidad de la endocarditis en un paciente de esa edad y riesgo es tremendamente elevada a pesar de lo cual recibió todas las medidas establecidas por las guías de práctica clínica. Destaca que la familia expresó en varias ocasiones su rechazo a la limitación del esfuerzo terapéutico, por lo que se mantuvo el tratamiento activo y la ventilación mecánica por traqueotomía.

Tras el mencionado informe, que no había sido remitido a la Inspección Sanitaria, se emitió un informe ampliatorio por el inspector médico en el que se señala que las consideraciones contenidas en el mencionado informe del Servicio de Neurología coinciden con el juicio crítico de su informe anterior por lo que no modifica sus conclusiones de que la asistencia dispensada al paciente fallecido fue conforme a la *lex artis*.

Concluida la instrucción del expediente, se confirió trámite de audiencia a la reclamante. Consta en el expediente que la interesada formuló alegaciones en las que incidió en los términos de su reclamación inicial y además combatió el informe del Servicio Neurología pues este justificaba la asistencia prestada en el hecho de que se trataba de un paciente que ingresó en una situación neurológica con grave daño cerebral, cuando lo cierto es que cuando su esposo ingresó en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, tan solo presentaba plejía en el miembro superior derecho y critica que no fuera atendido por el Servicio de Neurología hasta el 18 de febrero.

Tras las alegaciones de la reclamante se solicitó un informe ampliatorio a la Inspección Sanitaria que consideró que la interesada no aportaba ningún informe clínico o documento que contradijera la relación de los hechos recogida en los informes médicos del hospital y en los informes de inspección incluidos en el expediente. Las alegaciones reiteran la existencia de un retraso en el diagnóstico y tratamiento, que ya se ha considerado en los informes de inspección previos concluyendo que el diagnóstico y tratamiento han sido adecuados. Respecto a la alegación que refuta el contenido del informe de Neurología sobre la existencia de daño cerebral al ingreso, la documentación clínica existente en el expediente demuestra que al ingreso el paciente presentaba una insuficiencia respiratoria grave y secuelas de infarto cerebral, lo que se confirmó posteriormente en las pruebas de imagen (TC cerebral). Se instauró el tratamiento adecuado, pese a lo cual el cuadro clínico evolucionó desfavorablemente, presentando nuevos infartos cerebrales que deterioraron la situación neurológica, falleciendo el paciente a pesar de las medidas terapéuticas adoptadas. La Inspección Sanitaria considera que estas conclusiones son acordes con el juicio crítico emitido en los informes anteriores por lo que no entiende oportuno efectuar ninguna modificación de los mismos.

Consta que, conferido un nuevo trámite de audiencia a la interesada, esta formuló alegaciones el 14 de octubre de 2021 en las que incidió en los reproches efectuados en sus escritos anteriores.

Finalmente, el 18 de octubre de 2021 se formuló propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado infracción de la *lex artis* en la asistencia sanitaria dispensada al esposo de la reclamante.

CUARTO.- El 21 de octubre 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. Ana Sofía Sánchez San Millán que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 16 de noviembre de 2021.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, según el cual: *“3.En especial, la Comisión Jurídica Asesora deberá ser consultada por la Comunidad de Madrid en los siguientes asuntos (...) f) Expedientes tramitados por la Comunidad de Madrid, las entidades locales y las universidades públicas sobre: 1º Reclamaciones de responsabilidad patrimonial, cuando la cantidad reclamada sea igual o superior a 15.000 euros o cuando la cuantía sea indeterminada”*.

En el caso que nos ocupa, la interesada ha cifrado el importe de la indemnización solicitada en una cuantía superior a 15.000 euros, lo que hace preceptivo el dictamen de este órgano consultivo.

La solicitud de dictamen se ha formulado por el 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 de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. 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 título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, conforme a lo dispuesto en el artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, al sufrir el daño moral causado por el fallecimiento de su familiar. Se ha acreditado debidamente en el procedimiento la relación de parentesco que ligaba a la interesada con el paciente fallecido mediante copia del libro de familia.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por el personal sanitario del Hospital Universitario Ramón y Cajal, centro hospitalario perteneciente a su red asistencial pública.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 LPAC el derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a

computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

En el presente caso, en el que se reclama por el fallecimiento del esposo de la reclamante, lo que aconteció el 9 de marzo de 2019, dicha fecha constituye el *dies a quo*, por lo que cabe reputar formulada en plazo la reclamación presentada el 6 de marzo de 2020.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se ha emitido el informe preceptivo previsto en el artículo 81.1 LPAC, de los servicios implicados en el proceso asistencial del esposo de la reclamante (Medicina Intensiva, Unidad de Ventilación no Invasiva del Servicio de Neumología, Cardiología, Enfermedades Infecciosas y Neurología). También consta haberse solicitado y emitido informe por la Inspección Sanitaria y se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del familiar de la interesada. Tras la instrucción del procedimiento se confirió trámite de audiencia a la reclamante, con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen. Por último, se ha formulado la oportuna propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española y 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.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada de la que es

exponente la Sentencia del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2018 (núm. rec. 5006/2016), 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 esta 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 concreto, cuando se trata de daños derivados de la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público porque el criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios.

Así, el Tribunal Supremo, en doctrina reiterada en numerosas ocasiones (por todas, la Sentencia de 15 de marzo de 2018, RC 1016/2016) ha señalado que *“no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, por lo que si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”*.

CUARTA.- Del breve resumen de los presupuestos de la responsabilidad patrimonial incluidos en la consideración jurídica precedente, se deduce que no cabe plantearse una posible responsabilidad de la Administración sin la existencia de un daño real y efectivo a quien solicita ser indemnizado. Ciertamente ya hemos adelantado la existencia del daño moral de la reclamante por el solo hecho del fallecimiento de su esposo, *“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-, entre otras) y que jurisprudencia consolidada ha admitido como supuesto de lesión indemnizable (Sentencias del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 1993 -recurso 395/1993-, 19 de noviembre de 1994 –recurso 12968/1991- y 28 de febrero de 1995 -recurso 1902/1991-), aunque de difícil valoración económica.

La existencia de un daño, sin embargo, no es suficiente para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración, por lo que ha de analizarse si concurren los demás requisitos necesarios para apreciarla.

Como hemos visto en los antecedentes, la reclamante reprocha un mal manejo del paciente, pues sostiene que se le pautó tratamiento conservador y se dirigieron los esfuerzos a mantener la saturación de oxígeno de su esposo; hubo una incorrecta valoración del paciente por parte de Neurología, pues la asistencia por dicho servicio se demoró hasta el 18 de febrero de 2019 y además los facultativos desatendieron los antecedentes de su esposo y las recomendaciones del anterior centro hospitalario de realizar un ecocardiograma transesofágico. Asimismo, considera que hubo un retraso diagnóstico de endocarditis lo que en su opinión provocó que el paciente no fuera candidato a cirugía cardíaca por presentar pronóstico neurológico infausto. Por último, sostiene que se produjo una inadecuada limitación del soporte vital (desconexión de ventilación mecánica), ya que su esposo no presentaba muerte cerebral.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron al marido de la reclamante, debemos partir de lo que constituye 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, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de noviembre de 2019 (recurso 886/2017).

Como es sabido, y así lo destaca, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2020 (recurso 829/2017) *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente*

técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados”.

En el presente caso, la reclamante no aporta prueba alguna que acredite la existencia de mala praxis por parte de los servicios médicos del Hospital Universitario Ramón y Cajal contra los que dirige sus reproches, por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente, contrastados con la historia clínica examinada ponen de manifiesto que la asistencia sanitaria dispensada fue conforme a la *lex artis*. En este sentido, resulta relevante lo informado por la Inspección Sanitaria, ya que como hemos señalado reiteradamente, actúa con imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 13 de septiembre de 2018 (recurso no 309/2016). Pues bien, en este caso, la Inspección Sanitaria, en los tres informes que ha emitido en el curso del procedimiento, concluye que la asistencia sanitaria prestada fue conforme a la *lex artis*.

Por lo que se refiere al manejo del paciente, la Inspección Sanitaria ha sostenido en sus informes que el esposo de la reclamante recibió en cada momento el tratamiento adecuado, según el conocimiento científico. Así, resulta de la historia clínica que cuando el esposo de la reclamante ingresó en el Hospital Universitario Ramón y Cajal procedente de una clínica privada en la que había solicitado el alta voluntaria, presentaba una insuficiencia respiratoria y una probable infección a ese nivel, además de las secuelas de un ictus previo. Tal y como explica el Servicio de Neumología, dada la gravedad de la situación respiratoria, en un paciente con antecedentes de enfermedad pulmonar intersticial difusa con cambios fibróticos, se

decidió el ingreso en la Unidad de Ventilación no Invasiva para una monitorización continua, necesitando tratamiento con alto flujo de oxígeno. El informe destaca que la situación neurológica en el momento del ingreso era estable, pero sin embargo la situación respiratoria era de gravedad, por lo que se dio prioridad a la valoración y tratamiento de la patología respiratoria, que, en todo caso, condicionaba cualquier procedimiento invasivo como el ecocardiograma transesofágico. En ese momento, el informe aclara que el resultado de las pruebas practicadas (TC de tórax) que denotaba la ausencia de clara fibrosis, le hacía subsidiario a un tratamiento empírico con corticoides y antibióticos que se inició desde el primer momento, según resulta de la historia clínica examinada. Por tanto, de lo expuesto resulta que sí se tuvieron en cuenta los antecedentes del paciente y, según destaca la Inspección Sanitaria, se instauró el tratamiento adecuado, pese a lo cual el cuadro clínico evolucionó desfavorablemente, presentado nuevos infartos cerebrales que deterioraron la situación neurológica del esposo de la reclamante.

Respecto a la valoración por el Servicio de Neurología, que la reclamante reputa realizada con demora, el informe del Servicio de Neumología después de explicar que al ingreso se solicitó interconsulta al Servicio de Medicina Intensiva, que no consideró adecuado el ingreso en dicho servicio en ese momento, dada la situación del paciente, y los motivos que llevaron al ingreso en la Unidad de Ventilación no Invasiva, que hemos considerado conforme a la *lex artis*, siguiendo el criterio relevante de la Inspección Sanitaria, concreta que ante la aparición de nueva sintomatología neurológica el 18 de febrero, que no existía los días previos, inmediatamente se solicitó valoración urgente por el Servicio de Neurología, que en la exploración apreció síntomas de infarto cerebral grave que se confirmaron en un TC craneal urgente que se realizó ese mismo día.

En relación con lo indicado, conviene recordar que para evaluar la corrección de una concreta práctica médica hay que estar a la situación y síntomas del momento en que se realiza esta. 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.

En este caso, los informes incorporados al procedimiento, que no han sido contradichos con prueba alguna aportada por la interesada, permiten entender que no hubo ninguna vulneración de la *lex artis*, sino que se hizo un seguimiento adecuado del paciente, en función de los signos y síntomas que presentó en cada momento y por los que ingresó en dicho centro hospitalario y que no fue hasta el 18 de febrero cuando por primera vez aparecieron signos específicos de mala evolución neurológica, pues los días previos (16 y 17 de febrero) se mantuvo estable desde el punto de vista neurológico, adoptándose con premura las medidas adecuadas para su tratamiento, que sin embargo no impidieron el fatal desenlace.

En cuanto a las medidas instauradas por el Servicio de Neurología, han sido explicadas de manera clarificadora en el expediente y avaladas por los informes de la Inspección Sanitaria. Así, según resulta de la historia clínica, se decidió mantener al paciente en dieta absoluta por riesgo de broncoaspiración, pautar sueroterapia y suspender la anticoagulación. Respecto a esto último, se ha explicado que se siguieron las guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología de Fibrilación Auricular y las de Endocarditis que recomiendan posponer la anticoagulación en un paciente con infarto cerebral grave, al menos dos semanas desde el inicio del ictus, ya que

la anticoagulación aumenta muchísimo el riesgo de una hemorragia cerebral.

Asimismo, se ha explicado suficientemente, a juicio de la Inspección Sanitaria, por qué no se realizó de manera inmediata un ecocardiograma transesofágico, como sostiene la interesada se recomendó por la clínica privada. En este punto, el informe del Servicio de Neurología detalla que, aunque se trata de una prueba fundamental para el diagnóstico de la endocarditis, requiere de sedación del paciente, lo que precisa de una situación respiratoria y hemodinámica del paciente al menos estable, y, en este caso, el esposo de la reclamante padecía una insuficiencia respiratoria muy severa, de modo que su sedación habría provocado con alta probabilidad una parada respiratoria del paciente.

Respecto al retraso de diagnóstico de la endocarditis reprochada por la interesada, se ha destacado en el procedimiento la dificultad de la determinación de esa enfermedad, en este caso agravada por lo que acabamos de exponer sobre la dificultad de realizar una prueba esencial para la diagnosis. Tal y como explica la Inspección Sanitaria, el diagnóstico definitivo se puede realizar con el hallazgo de hemocultivo positivo para el germen causal, y en este caso, como explicó el Servicio de Enfermedades Infecciosas, se intentó filiar la causa de la endocarditis con múltiples pruebas, pero todos los resultados microbiológicos de las muestras respiratorias realizadas resultaron negativos, por lo que solo se pudo diagnosticar como “*probable endocarditis infecciosa mitral*” y mantener el tratamiento antibiótico empírico que se había pautado desde el ingreso hospitalario, y que la Inspección Sanitaria considera adecuado. Además, se intentó el tratamiento quirúrgico de la patología por lo que se solicitó valoración al Servicio de Cirugía Cardíaca, si bien se descartó tras comprobar la situación neurológica del esposo de la

reclamante, que presentaba una encefalopatía difusa severa e irreversible.

Por último, en cuanto a la retirada de las medidas de soporte vital que denuncia la interesada, tal afirmación resulta desmentida por la historia clínica de la que resulta que, dada la situación de gravedad del paciente, el día 20 de febrero de 2019 pasó a estar a cargo del Servicio de Medicina Intensiva, donde fue intubado y conectado a un ventilador, y que dada su dependencia de la ventilación mecánica se le realizó una traqueotomía. Posteriormente, tras rechazarse la posibilidad de cirugía cardíaca por pronóstico neurológico infausto, el esposo de la reclamante fue trasladado al Servicio de Neumología el día 8 de marzo, bajo ventilación mecánica por traqueotomía, que no se retiró en ningún momento hasta su fallecimiento el día siguiente. Por tanto, como subraya el informe del Servicio de Neurología y confirma la Inspección Sanitaria, de acuerdo con los datos que obran en la historia clínica, se mantuvo el tratamiento activo y no se retiró el soporte ventilatorio, y en consecuencia no se produjo la limitación del esfuerzo terapéutico reprochada por la interesada.

En definitiva, a la luz de los informes incorporados al expediente contratados con la historia clínica y en particular, teniendo en cuenta el relevante criterio de la Inspección Sanitaria, para quién, la asistencia sanitaria dispensada al esposo de la reclamante en el Hospital Universitario Ramón y Cajal fue conforme a la *lex artis*, debemos concluir, a falta de otra prueba aportada por la interesada que desvirtué dichas afirmaciones, que no se ha acreditado la mala praxis ni el retraso de diagnóstico denunciados.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada al no haberse acreditado la infracción de la *lex artis* reprochada por la interesada.

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 16 de noviembre de 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 588/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid