

Dictamen nº: **590/20**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **29.12.20**

DICTAMEN de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 29 de diciembre de 2020, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial promovida por Dña. (en adelante, “*la reclamante*”) por el daño moral resultante del fallecimiento de su esposo, D. (en adelante “*el paciente*”) que considera resultante de una deficiente asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario del Henares.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Mediante escrito presentado en la Dirección General de Atención al Paciente de la Consejería de Sanidad, en fecha 8 de julio de 2019, la reclamante formuló reclamación patrimonial manifestando que su marido recibió una asistencia inadecuada por parte del Servicio de Neumología del Hospital Universitario del Henares, durante su último ingreso hospitalario y que eso determinó su fallecimiento, al no habersele aplicado el “*protocolo de falta de oxígeno*” o “*saber realizar o aplicar estudios de primeros auxilios o médicos a tiempo*”(sic.).

Por tales motivos solicita una indemnización de 150.000 euros.

No habiendo aportado ninguna documentación con su escrito inicial, el 15 de octubre de 2019, se requiere a la reclamante para que aportase acreditación de su relación de parentesco con el perjudicado, así como aclaración de los hechos, razones y petición en que se concreta su solicitud.

Con fecha 6 de noviembre de 2019, la reclamante presenta escrito de subsanación de su solicitud, aportando su DNI, el Libro de Familia y un relato ampliatorio de los hechos, en el que señala que la asistencia por la que reclama se habría producido en las Urgencias y en planta del Hospital Universitario del Henares, entre los días 20 y 27 de julio de 2018, por no aplicar a su esposo el “*protocolo de falta de oxígeno*”, ni de primeros auxilios.

SEGUNDO.- Del estudio del expediente, resultan los siguientes datos, de interés para la emisión del Dictamen:

Consta en la historia clínica que el paciente, de 66 años de edad en la fecha en que se produjeron los hechos principales, tenía importantes antecedentes médicos y comorbilidades. De ese modo, se refleja que padecía síndrome de hipoxia y obesidad mórbida, hipertensión arterial, diabetes mellitus, era exfumador de 2 paquetes/día durante 40 años, padecía restricción pulmonar por la obesidad, cor pulmonale y síndrome de apnea del sueño grave, estando en tratamiento con oxígeno y ventilación mecánica no invasiva, domiciliaria. También tenía diagnosticada cirrosis hepática secundaria a esteatosis por sobrepeso, con varices esofágicas y pancitopenia.

Esa situación de base, había determinado múltiples ingresos anteriores en los servicios de medicina interna y neumología, por cuadros de insuficiencia respiratoria y descompensación de su

situación hepática y cardio-pulmonar. En referencia a los últimos, por ejemplo, en ingreso de 27 de noviembre de 2017, se le diagnosticaba: *“Reagudización de su enfermedad pulmonar obstructiva crónica grave. Insuficiencia cardiaca crónica reagudizada, con derrame pleural asociado”* y en ingreso de julio de 2018, se informó: *“Neumonía basal derecha FINE III, Celulitis en miembro inferior derecho en paciente con insuficiencia venosa a crónica, descartada trombosis venosa profunda”*.

Igualmente, hay que mencionar que en diversos lugares de la historia clínica se recoge una posible alergia a penicilinas, si bien también se hace constar expresamente que nunca resultó confirmada a través de las correspondientes pruebas de alergia a medicamentos. Además y, por el contrario, la historia clínica recoge otros datos que acreditan su tolerancia a ciertos antibióticos, que se le dispensaron en tratamientos anteriores y que fueron exactamente los que se le aplicaron en el desarrollado entre los días 20 al 27 de julio de 2018. Así, por ejemplo, se refleja en ingreso de julio de 2012 *“(CODIFICAR ALERGIA) PENICILINAS (ha tolerado amox-clav y piperacilina-tazob)”*- folio 224-, en el de agosto de 2015: *“ALÉRGICO A PENICILINA (“hace muchos años, no estudiaron reacción adversa de medicamento en alergología, ha tolerado augmentine”) y (“ha tolerado amox-clav y piperacilina-tazob”*- folio 49-) y también, en el de 26 de diciembre de 2016 :*“Dudosa alergia a Penicilinas, puesto que ha tolerado Amoxicilina-clavulánico y Piperacilina-Tazobactam”*- folio 305-.

Centrándonos en la asistencia por la que se reclama, comienza cuando el paciente acude a Urgencias el 20 de julio de 2018, por presentar un cuadro de fiebre, tos, expectoración junto con más disnea de la habitual y, dolor e hinchazón de miembro inferior derecho.

Durante su estancia en Urgencias se le realizaron diversas pruebas complementarias. A saber: una analítica de sangre que objetivó una

pancitopenia (disminución de los valores de las células sanguíneas), junto con un aumento del dímero D (factor asociado a estados trombóticos), una radiografía de tórax que reflejó un posible infiltrado neumónico en base pulmonar y una gasometría arterial, que constató disminución de oxígeno arterial, sin retención de anhídrido carbónico (CO₂). También se realizó un TAC de tórax, para descartar una embolia pulmonar, que no resultó concluyente (“...Se realiza *angio-TC torácico para la valoración de las arterias pulmonares mediante administración de contraste yodado por vía intravenosa. No se consigue una densidad adecuada en las arterias pulmonares que permita realizar el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar. No se aprecian consolidaciones pulmonares ni derrame pleural*”- folio 263-) y se practicó un ecodoppler de miembros inferiores, por si allí se constatará el origen del trombo, aunque del mismo resultó la ausencia de trombosis venosa profunda. Además, dado el cuadro infeccioso, se tomaron muestras para un hemocultivo.

A la luz de todas esas pruebas diagnósticas, el paciente ingresó en planta el sábado 21 de julio, con diagnóstico de “*Neumonía FINE III, celulitis en miembro inferior derecho, insuficiencia respiratoria crónica y trombopenia conocida*”. Fue valorado por el internista de guardia y se continuó con el tratamiento iniciado en Urgencias, con antibioterapia de amplio espectro, broncodilatadores, heparina profiláctica y oxígeno continuo.

Se vuelven a repetir las analíticas y a marcar la zona de inflamación en miembro inferior derecho para vigilar su progresión.

El domingo 22 de julio, se constata en los evolutivos de la historia clínica, que se amplía la cobertura antibiótica por empeoramiento de la celulitis, con aparición de ampollas, de las que se solicita cultivo.

En la analítica de control destaca un mantenimiento de cifras alteradas a la baja de los hematíes y leucocitos y un empeoramiento de las cifras de plaquetas (de 60.000 a 50.000); con alteración de los parámetros de coagulación, alteración de los valores de función renal y considerable elevación de la proteína C reactiva 118.0 mg/L, como cabría esperar en un proceso infeccioso agudo. En función de estos datos, el facultativo de guardia revisa el tratamiento y pauta 1 ampolla de fitomenadiona IV; indicada para el tratamiento de la hipoprotrombinemia, ya que al no tener signos de sangrado no precisaba transfusión de plaquetas.

El lunes día 23 de julio, fue valorado por Neumología, constando que el paciente refiere una mejoría subjetiva y que se encontraba estable hemodinámicamente, con buena saturación -con oxígeno- y sin fiebre. Se refleja una tensión arterial 120/69 mmHg, frecuencia cardíaca de 80 latidos por minuto, saturación de un 98% y temperatura corporal de 36.6°C.

Se mantiene el diagnóstico del ingreso y la terapia antibiótica prescrita a lo largo del fin de semana, en espera de observar la evolución clínica y los resultados de identificación de la bacteria y el antibiograma. El laboratorio informa a lo largo de la mañana que se ha aislado en hemocultivo una *Pasteurella multocida*. Así, en nota de microbiología, de fecha 23 de julio de 2018, a las 14:24h se indica: “*en 2 de 2 extracciones de hemocultivo del día 20 de julio de 2018, se aísla Pasteurella multocida. Pendiente de sensibilidad*”.

Se realiza interconsulta a Medicina Interna para la valoración de la celulitis y de la adecuación de la antibioterapia y, a la espera del antibiograma, se decide un cambio de antibiótico (“...se aísla *Pasteurella multocida* –el paciente afirma tener un perro, un gato y un cobaya, aunque niega arañazos o mordeduras recientemente), por lo que

hoy día 23 de julio de 2018 se modifica antibioterapia a amoxicilina/clavulánico. Pendiente de sensibilidad"-folio 271-). Constan igualmente referencias en la historia del mantenimiento de la situación clínica del paciente. Así en el folio 267, se hace constar: *"En la exploración se encuentra alerta y orientado, sin alteración de la frecuencia respiratoria, y con buen estado general. En la pierna derecha se confirma la existencia de lesión celulítica con dolor a la palpación, pero sin signos de afectación sistémica... tensión arterial 120/69 mmHg, frecuencia cardíaca 80 latidos por minuto, saturación del 98%, temperatura 36.6°C"*.

Durante la tarde del día 23 se produce un imprevisto empeoramiento del estado general del paciente, por lo que se avisa al médico de guardia al presentar mareo, sudoración y aumento de su disnea basal coincidiendo con el aseo y esfuerzo al defecar. La apreciación del internista recoge: *"A nuestra llegada paciente con escasa respuesta a estímulos. Color cetrino, estuporoso. Imposibilidad para toma de constantes, con silencio auscultatorio y pulsos ausentes"*.

Constando actividad eléctrica cardíaca en el ecocardiograma, se administran 60 mg de metilprednisolona intentando descartar un broncoespasmo y se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar a la vez que se avisa a intensivistas, que acuden inmediatamente e inician maniobras de resucitación cardiopulmonar avanzadas. Así, el folio 269 de la historia clínica recoge: *"Se administran 60 mg de metilprednisolona, se inician maniobras de recuperación cardiopulmonar y se avisa a UCI que acude inmediatamente para valoración y tratamiento. Se inician maniobras de recuperación cardiopulmonar avanzada -total 5 adrenalinas, 20 min de masaje y una descarga-. Intubación endotraqueal sin complicaciones. Gasometría venosa con acidosis respiratoria grave: pH 6.92 (7.33 - 7.42), pCO₂ 151 mmHg (38.0 - 48.0), pO₂ 50 mmHg (20.0 - 45.0), HCO₃ 30.6 mmol/l (23.0 - 28.0).*

Parada cardiorrespiratoria. Familia informada. Ingresada en UCI. Se consiguió la recuperación del latido cardíaco a los 20 minutos de la parada cardiorrespiratoria sufrida.

Con posterioridad, el paciente ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con el diagnóstico de parada cardiorrespiratoria- en adelante PCR- intrahospitalaria, por insuficiencia respiratoria global.

Durante su estancia en UCI, se le estabilizó hemodinámicamente y se mantuvo el tratamiento de su proceso infeccioso, con notable mejoría de los parámetros analíticos, pero con una mala evolución neurológica, constatándose la presencia de una encefalopatía anóxica con daño neurológico severo y fatal pronóstico, por lo que de acuerdo con la familia se decide la retirada de las medidas extraordinarias de soporte vital.

Se produce fallecimiento del paciente el día 27 de julio de 2018, a las 11:30 h.

TERCERO.- Recibida la reclamación por el Servicio Madrileño de Salud, se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC) y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (título preliminar, capítulo IV) (en adelante LRJSP).

Se incorporó al expediente la historia clínica de la paciente, previamente recabada del Hospital Universitario del Henares.

Requerida la subsanación/complemento del escrito de reclamación inicial, en fecha 6 de noviembre de 2019, se aportó acreditación del parentesco de la reclamante, de cara a constatar su legitimación.

En particular referencia a la debida integración de este expediente y, en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 79 y 81.1 de la LPAC, se ha requerido el preceptivo informe del principal servicio implicado en el tratamiento médico cuestionado, incorporándose el correspondiente informe de la jefa de Sección de Neumología del Hospital Universitario del Henares.

En su informe de 21 de enero de 2020, se destacan muy especialmente los antecedentes médicos del paciente, que refiere con mucho detenimiento: *“Varón de 65 años con seguimiento en consultas de neumología desde mayo de 2012 por padecer un síndrome de apneas de sueño diagnosticado en el H.U. Príncipe de Asturias en 2008 y un síndrome de hipoventilación obesidad (último peso 130 kg) con restricción ventilatoria grave e insuficiencia respiratoria hipercápnica crónica desde abril de 2013. El paciente presentaba además importantes comorbilidades asociadas: obesidad mórbida, disfunción diastólica (último ecocardio en 2016 presenta una fracción de eyección -porcentaje, de la cantidad de sangre que el ventrículo izquierdo bombea hacia fuera con cada contracción- calculado por Techolz del 41%), cirrosis hepática con signos de hipertensión portal, varices esofágicas y trombopenia secundaria. En tratamiento con oxigenoterapia y ventilación mecánica no invasiva domiciliaria desde diciembre de 2014, con regular cumplimiento hasta 2018. Múltiples ingresos por descompensación hidrópica en situación de insuficiencia cardiaca congestiva y acidosis respiratoria”.*

En cuanto al breve paso del paciente por las Urgencias del Hospital Universitario del Henares, se destaca lo completas que fueron las pruebas diagnósticas que allí se le practicaron y, que determinaron su ingreso a cargo de Neumología el mismo día 20 de julio. Así se indica: *“Durante su estancia en urgencias se realizan como pruebas complementaras una radiografía de tórax que muestra un posible infiltrado neumónico en base pulmonar y una gasometría arterial con*

oxígeno sin retención de CO₂ (pH 7.45, PCO₂ 40.8 mmHg (35.0 - 45.0), PO₂ 72.2 mmHg; sO₂m 93.7yo, Lactato 1.85 mmol/L). A la vista de un Dímero D elevado ((1090.0 mg/l (0.0 - 500.0)), se realiza TAC de tórax que resulta no concluyente para diagnóstico de TEP y un Ecodoppler de miembros inferiores que muestra ausencia de trombosis venosa profunda. El paciente ingresa con diagnóstico de Neumonía FINE III, celulitis en miembro inferior derecho, infección respiratoria, insuficiencia respiratoria crónica y trombopenia conocida. Se inicia tratamiento con antibioterapia de amplio espectro, broncodilatadores, profilaxis con HBPM y tratamiento habitual. Como medidas no farmacológicas reposo en cama, dieta diabética sin sal, oxígeno continuo para mantener saturación mayor de 93% y BIPAP- presión positiva continua en la vía aérea-nocturna”.

Y, particularmente, en referencia a la atención dispensada en Neumología, se destaca que se amplió la terapia respiratoria y la cobertura antibiótica, por empeoramiento de la celulitis, que la mañana del lunes 23 de julio fue valorado nuevamente por neumología, que el paciente refirió mejoría subjetiva y que se encontraba estable hemodinámicamente, con buena saturación- con el aporte adicional de la terapia respiratoria- y sin fiebre.

Aislada la bacteria causante de la neumonía esa misma mañana, una *Pasteurella multocida* sensible a beta lactámicos, a la vista del hemocultivo se decide cambio de antibiótico, aplicándole otro más adecuado y también tolerado anteriormente por el paciente.

Durante la tarde del día 23 y según consta en historia clínica, el paciente presenta deterioro del estado general, por lo que se avisa al médico de guardia, pese a lo cual la situación evoluciona hasta la parada cardiorrespiratoria.

Sobre el abordaje de esa situación, el informe indica: *“se inician maniobras de reanimación avanzada (total 5 adrenalinas, 20 min de masaje y una descarga) y se produce recuperación de la circulación espontánea tras 20 minutos de recuperación cardiopulmonar. Ingresa en UCI con diagnóstico de parada cardiorrespiratoria recuperada, reanimación cardiopulmonar avanzada. Durante su estancia presentó episodios de insuficiencia respiratoria con buena respuesta al tratamiento con broncodilatadores y buena evolución de la sepsis secundaria a la celulitis con el tratamiento con amoxicilina-clavulánico. Sin embargo desde el punto de vista neurológico, persisten los datos de encefalopatía anóxica con daño neurológico severo (persistencia de las mioclonías y fasciculaciones) a pesar del tratamiento instaurado, se habla con la familia del mal pronóstico y de acuerdo con ellos se decide adecuación de las medidas de soporte vital”.*

Asimismo, se ha incorporado al procedimiento el informe de fecha 4 de mayo de 2020 de la Inspección Sanitaria, solicitado por el instructor. En el mismo, tras efectuar la descripción secuencial de lo sucedido, se analiza técnicamente la situación de la parada cardiorrespiratoria objeto de reclamación, incorporando una serie de documentadas consideraciones técnico-médicas. A saber:

-Sobre la reanimación cardio-cerebral intrahospitalaria, se indica que la parada cardiorrespiratoria presenta una incidencia de entre el 0,4 y 2% de los pacientes hospitalizados y que, una vez que se produce, solo alrededor del 20% sobrevivirá. También, que de los pacientes que sobreviven, hasta un 30% presentan secuelas neurológicas importantes, con lesión cerebral permanente, conocidas como encefalopatía postanóxica.

Adicionalmente, señala que se estima que el período óptimo en que se debe indicar la reanimación con el fin de conseguir una aceptable

recuperación cerebral, corresponde a los primeros 4 minutos para medidas de soporte vital básico y 8 minutos para el avanzado.

El fármaco estrella en la reanimación avanzada es la adrenalina, por su naturaleza inotrópica y vasoconstrictora. Debe ser administrada a razón de 1 mg iv cada 3-5 minutos.

-Sobre la respuesta a la hipercapnia en pacientes con síndrome obesidad-hipoventilación en tratamiento con ventilación no invasiva en domicilio: *“En la patogenia del síndrome de obesidad-hipoventilación (SOH) se ha postulado una disfunción del centro respiratorio, que muchas veces precisa la utilización de ventilación no invasiva (VNI) en domicilio para el tratamiento”*.

-En cuanto a la mortalidad en el síndrome de obesidad-hipoventilación y factores de riesgo, el informe destaca: *“La presentación clínica de pacientes con síndrome de obesidad hipoventilación (SOH) es heterogénea en su gravedad: Desde aquellos paucisintomáticos remitidos a consulta por sospecha de síndrome de apnea del sueño (SAHS), hasta aquellos cuyo diagnóstico se realiza tras el ingreso en una unidad de cuidados intensivos por encefalopatía hipercápnica.*

Las series clínicas publicadas indican que padecer de SOH asocia una morbimortalidad importante, siendo la muerte por fallo respiratorio o cardiovascular la causa de desenlace fatal”.

- La supervivencia de la parada cardiorrespiratoria hospitalaria, se documenta indicando: *“Cuando ocurren PCR en estas áreas, el diagnóstico frecuentemente se realiza cuando el paciente se encuentra inconsciente y sin ventilación, y la resucitación cardiopulmonar se inicia con mayores demoras que en las áreas monitorizadas, lo que conlleva mayor daño cardíaco y cerebral y hace improbable una supervivencia*

significativa, incluso aunque se consiga recuperar inicialmente la actividad cardíaca y se apliquen posteriormente cuidados intensivos”.

- Sobre las guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología en resucitación cardiopulmonar, se destaca: *“Tanto las infecciones, como las obstrucciones de la vía aérea pueden producir parada cardiorespiratoria. El desbalance simpático y vagal puede predisponer al desarrollo de arritmias que lleven a la parada cardiorespiratoria”.*

- También se recogen indicaciones doctrinales sobre los factores pronósticos en las paradas cardiorrespiratorias intrahospitalarias: *“Así pues, en una revisión de 25 estudios publicados entre 1959 y 1992, la supervivencia al alta hospitalaria fue del $11,2 \pm 6,5\%$ 16, mientras que en un metaanálisis publicado por Schneider et al., la supervivencia al paro cardíaco intrahospitalario en el momento del alta no fue superior al 18%. Las series más actuales presentan una supervivencia al alta hospitalaria de alrededor del 20%.”*

- Y finalmente, en cuanto al pronóstico tras paro cardiorrespiratorio y la utilidad del vídeo-electroencefalograma precoz: *“La ausencia de reflejos pupilares, la baja puntuación del Glasgow y el estatus mioclónico son factores de mal pronóstico en pacientes tras un PCR”.*

Y, en cuanto a su concreta aplicación al caso, se establece que atendiendo a las anotaciones que obran en la historia clínica y a la información aportada por la bibliografía relacionada, no se ha constatado el hecho denunciado de negligencia médica, al diagnosticar y tratar al paciente en el episodio de la parada cardiorrespiratoria del día 23 de julio de 2018 y, a mayor abundamiento, tampoco en las intervenciones precedentes ni en las posteriores, *“...ya que ha quedado objetivado el correcto diagnóstico clínico de la situación de parada*

cardiorrespiratoria y la aplicación del tratamiento, consistente en las maniobras de resucitación cardiopulmonar que conllevaron la recuperación del latido cardiaco, pero que desgraciadamente no pudieron impedir el posterior fallecimiento del paciente, cosa que sucede en el 80% de los episodios de paradas cardiorrespiratorias intrahospitalarias”.

A resultas de todo ello, el inspector concluye que la asistencia sanitaria que se dispuso al paciente en el Servicio de Urgencias y en el de Neumología del Hospital Universitario del Henares, entre los días 20 a 27 de julio de 2018, fue correcta y, que los profesionales actuaron conforme a la *lex artis ad hoc*.

Tras la incorporación al procedimiento de todo ello, se comunica la apertura del trámite de audiencia a la reclamante, notificándosele mediante comunicación de fecha 23 de septiembre de 2020, recibida el 1 de octubre, según consta acreditado por el correspondiente acuse de recibo de correos.

La reclamante ha hecho uso del trámite de alegaciones, mediante escrito incorporado al expediente el día 26 de octubre de 2020. En el mismo, aunque con mayor amplitud, sustancialmente reitera el contenido de su reclamación inicial.

Finalmente, el 10 de noviembre de 2020, se formula propuesta de resolución suscrita por la viceconsejero de Asistencia Sanitaria, en la que se desestima la reclamación, por considerar la asistencia sanitaria ajustada a la *lex artis*.

CUARTO.- El consejero de Sanidad mediante oficio que tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid el día 20 de noviembre de 2020, formula preceptiva consulta.

La ponencia ha correspondido, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Carmen Cabañas Poveda, quien formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, la cual fue deliberada y aprobada en la reunión del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora, en sesión celebrada el día 29 de diciembre de 2020.

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 26 de diciembre, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3 del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial está regulada en la LPAC, dado que este procedimiento se incoó a raíz de una reclamación formulada con posterioridad a la entrada en vigor de la norma.

La reclamante, viuda del paciente fallecido, ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el 32 de la LRJSP, en cuanto sufre el daño moral que provoca el fallecimiento de su esposo. Se ha acreditado debidamente la relación matrimonial entre ambos, mediante copia del Libro de Familia.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid por ser la titular del servicio a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

En cuanto al plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (cfr. artículo 67.1 de la LPAC). En el presente caso, la reclamante reprocha la asistencia sanitaria dispensada al paciente durante el ingreso que finalizó con el fallecimiento del paciente, el 27 de julio de 2018. Así las cosas, la reclamación presentada el 8 de julio de 2019 debe considerarse en plazo.

En cuanto al procedimiento, no se observa ningún defecto en su tramitación. Se ha recabado informe del principal servicio implicado en el proceso asistencial por el que se reclama y consta también el informe de la Inspección Sanitaria.

Tras la incorporación de los anteriores informes, se dio audiencia a la reclamante que, en sus alegaciones, ha reiterado los términos de su escrito de reclamación inicial.

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

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

TERCERA.- Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución Española a cuyo tenor: *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley,*

tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos". El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

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

"(...) el art. 139 de la LRJAP y PAC, establece, en sintonía con el art. 106.2 de la CE, un sistema de responsabilidad patrimonial: a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral".

Según abundante y reiterada jurisprudencia, para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o

anormal de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor, y d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

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

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de septiembre de 2017 (recurso 787/2015), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, *“en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis, que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha lex artis respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado”*.

CUARTA.- Aplicada la anterior doctrina al presente caso, procede analizar la acreditación de los daños alegados por la reclamante y su conexión con la actuación de la Administración. En este sentido, el artículo 32.2 de la LRJSP establece: *“En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”*.

Es doctrina jurisprudencial reiterada, citada en nuestros dictámenes 323/20, de 28 de julio, 330/16, de 21 de julio y 545/16, de 1 de diciembre, que no puede plantearse una posible responsabilidad de la Administración sin la existencia de un daño real y efectivo a quien solicita ser indemnizado, lo que exige *“(...) la existencia de un daño real y efectivo, no traducible en meras especulaciones o expectativas, constituye el núcleo esencial de la responsabilidad patrimonial traducible en una indemnización económica individualizada, de tal manera que resulte lesionado el ámbito patrimonial del interesado que es quién a su vez ha de soportar la carga de la prueba de la realidad del daño efectivamente causado”*(Sentencias del Tribunal Supremo de 1 de febrero de 2012 -rc 280/2009-y 30 de diciembre de 2013 -rc-a 300/2008-).

De igual modo, constituye la regla general que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. Así se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 12 de noviembre de 2018 (recurso 309/2017), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, como añade la citada sentencia, “las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica”.

Todo lo anterior resulta relevante por cuanto el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial no convierte a la Administración en una aseguradora universal de cualquier daño que sufran los particulares,

sino que únicamente debe responder de aquéllos que los administrados no tengan el deber jurídico de soportar y sean causados por infracción de la llamada *lex artis*.

QUINTA.- Entrando en el análisis de los presupuestos de la responsabilidad patrimonial expuestos en las consideraciones anteriores, en primer lugar cabe señalar que no existe duda de que el daño en este caso viene constituido por el fallecimiento del esposo de la reclamante que, como hemos dicho constituye un daño moral y, que la 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.

En el presente caso, la reclamante dirige su reproche a las asistencia dispensada a su esposo en el Hospital Universitario del Henares, durante su último ingreso, producido entre los días 20 y 27 de julio de 2018, momento en el que el paciente finalmente falleció. Considera que del análisis de su desarrollo se evidenciaría algún tipo de desatención o falta de aptitud y/o diligencia, centrándose especialmente en la crítica de la atención dispensada en la parada cardiorrespiratoria que sufrió el paciente la tarde del día 23 de julio y, por tanto, considerando que por eso se le privó de la posibilidad de sobrevivir y se habría propiciado su fallecimiento.

Hemos de analizar el reproche de la reclamante, partiendo de lo que constituye regla general, esto es, que la carga de la prueba en los procedimientos de responsabilidad patrimonial corresponde a quien reclama, sin perjuicio de que se pueda modular dicha carga en virtud del principio de facilidad probatoria. Como recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de junio de 2017 (r.

909/2014): *“Este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 1985, 9 de junio de 1986, 22 de septiembre de 1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998), todo ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (sentencias Tribunal Supremo (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992, entre otras)”*. Es por tanto a la reclamante a quien incumbe probar mediante medios idóneos que la asistencia que se le prestó no fue conforme a la *lex artis*, entendiendo por medios probatorios idóneos según la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de marzo de 2016 (r. 154/2013) *“las pruebas periciales medicas pues se está ante una cuestión eminentemente técnica y como este Tribunal carece de conocimientos técnicos-médicos necesarios debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos. En estos casos los órganos judiciales vienen obligados a decidir con tales medios de prueba empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica con el fin de zanjar el conflicto planteado”*.

Pues bien, en el presente caso la reclamante no ha aportado ninguna prueba, ni informe o dictamen que respalde su criterio y contravenga al que se recoge con rotundidad en el expediente.

Efectivamente, es reiterada la doctrina de esta Comisión que reconoce el especial valor de la opinión de la Inspección Sanitaria, tal y como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en sentencia de 16 de marzo de 2017 (recurso 155/2014): *“Ha de tenerse en cuenta que, si bien tanto el informe de la Inspección Sanitaria como el resto de los que obran en el expediente administrativo no constituyen prueba pericial en sentido propiamente dicho, sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”*.

En el caso que ahora nos ocupa, el cumplido informe de la Inspección -en lógica coherencia con las explicaciones contenidas en el de la jefa de Sección de Neumología del Hospital Universitario del Henares, en su informe de 21 de enero de 2020-, recoge una serie de datos y consideraciones médicas y doctrinales que permiten rebatir lo expuesto por la reclamante y determinar que no se produjo ningún tipo de negligencia en la atención que fue dispensada a su esposo.

Este informe analiza detenidamente las patologías que sufrían el paciente, la gravedad de sus antecedentes médicos y justifica la totalidad de las intervenciones terapéuticas desarrolladas y el momento en que se adoptaron y, en particular, la forma en que se abordó la parada cardiorrespiratoria del día 23 de julio de 2018.

De ese modo, se explica que el paciente fue correctamente atendido tanto en el Servicio de Urgencias, donde se le diagnosticó y se instauró el primer tratamiento, como en la planta de hospitalización, donde se siguió día a día la evolución del mismo y de su proceso infeccioso,

realizando las oportunas modificaciones del tratamiento de acuerdo a la evolución y a los resultados de las pruebas complementarias.

Así las cosas, la tarde del día 23 de julio, de manera inesperada, ya que ese mismo día había sido valorado por el neumólogo y el internista que refieren su situación como de buen estado general y estabilidad clínica, el paciente presentó un agravamiento de su disnea, coincidiendo con esfuerzo al defecar y posterior parada cardiorrespiratoria por insuficiencia respiratoria, que revierte a serle aplicadas maniobras de resucitación cardiopulmonar.

Por todo ello, el informe de Inspección considera la parada cardiorrespiratoria que sufrió el paciente, como un evento impredecible, aunque probable en un paciente con un “*síndrome de obesidad hipoventilación*”, a los que se asocia una morbi-mortalidad importante, por fallo respiratorio o cardiovascular.

Incluso, a la luz de todos los datos, el informe aventura el *iter* secuencial del proceso que determinó la parada, explicando que la causa en este paciente probablemente fue de origen central, desencadenada por una descarga vagal, producida por el esfuerzo al defecar y que, si bien la parada pudo tener un inicio respiratorio, ya que según recoge el médico de guardia, había actividad eléctrica en el ecocardiograma a su llegada, a la misma le seguiría la parada cardíaca, que fue diagnosticada de manera adecuada en base a la clínica de apnea, inconsciencia y ausencia de circulación.

En estas circunstancias, hay que señalar que el órgano más sensible a una falta de oxígeno es el cerebro, que resulta frecuentemente dañado, como ocurrió en este caso.

Por lo demás, la Inspección recalca que se llevaron a cabo las maniobras de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada

utilizando los fármacos y técnicas habituales y que, aunque no se pueden objetivar los momentos en los que se produjeron los distintos acontecimientos, a partir de la documentación clínica contenida en la historia, se consiguió la recuperación del latido cardiaco tras 20 minutos de maniobras de reanimación y considera que los tiempos asistenciales, en este caso, se ajustan a la dinámica de las paradas cardiorrespiratorias que se producen en áreas de hospitalización y no en la UCI, sin que ello y, dado el carácter impredecible que tenía la parada, pueda considerarse una mala praxis médica ya que, indica: *“...cuando las paradas cardiorrespiratorias se producen en áreas de hospitalización, el diagnóstico frecuentemente se realiza cuando el paciente se encuentra ya inconsciente y sin ventilación, y la resucitación cardiopulmonar se inicia con mayores demoras que en las áreas monitorizadas (UCI), lo que conlleva mayor daño cardíaco y cerebral y hace improbable una supervivencia significativa, incluso aunque se consiga recuperar inicialmente la actividad cardíaca y se apliquen posteriormente cuidados intensivos.*

De hecho, la bibliografía recoge supervivencias al alta de un 20% en pacientes que sufren una parada cardiorrespiratoria en el hospital. Igualmente se recoge que el 30% de los pacientes que sobreviven tras la resucitación cardiopulmonar son dados de alta del hospital con secuelas neurológicas importantes”.

De todo lo expuesto se desprende que, el daño por el que se reclama, no tiene el carácter de *antijurídico*, en los términos en que se aplica en el instituto de la responsabilidad médica que analizamos.

Por otra parte, como ya indicamos, por ejemplo en los dictámenes 171/19, de 22 de abril y 87/20, de 27 de febrero, es evidente que el diagnóstico clínico se realiza en función de los síntomas que presenta el

paciente y que permiten al facultativo decidir la realización de pruebas diagnósticas que, a su vez, perfilan el diagnóstico final.

En este sentido, como destacan las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de abril de 2018 (r. 75/2017) y de 31 de enero de 2019 (r. 815/2016):

“La fase de diagnóstico es una de las más importantes y difíciles de la práctica médica a la que se llega después de un proceso de aproximaciones sucesivas que requiere del examen de la historia clínica, la exploración física y las pruebas complementarias pertinentes al caso y que se efectúan progresivamente para llegar al diagnóstico concreto. Se trata de un proceso complejo en el que intervienen muchos factores y en sus primeras fases resulta difícil poder hablar de un error, dado que determinadas sintomatologías pueden sugerir diversas patologías que deben ser, o no, descartadas. No obstante, lo anterior, respecto al error de diagnóstico es importante advertir que para que éste sea generador de responsabilidad es necesario que atendidas las circunstancias del caso y en particular el estado de conocimiento de la ciencia en el momento de producirse el evento lesivo, pueda afirmarse que resultaba factible para el servicio sanitario realizar dicho diagnóstico y que el mismo, de haberse realizado, posibilitara alguna oportunidad de curación. En definitiva, es necesario que la falta de diagnóstico, o bien su error o su retraso sea imputable a la Administración y por ello sea determinante de la lesión del derecho del paciente a un diagnóstico correcto en tiempo oportuno.

El error de diagnóstico es fuente de responsabilidad patrimonial de la Administración, por incumplimiento de la obligación de aplicar las técnicas sanitarias en función del proceso a conocimiento de la práctica médica.

Ahora bien, no todo error de diagnóstico da lugar a responsabilidad y ha de insistirse en que, para que ello suceda, es necesario que como consecuencia del error no se haya procurado al paciente la asistencia sanitaria exigible”.

A la vista de todo lo expuesto, se hace patente que la dinámica asistencial que tuvo lugar en cada momento -y en particular la de la parada cardiorrespiratoria- fue la correcta, por lo que no se ha constatado que se hubiera privado al paciente de ningún medio o procedimientos diagnósticos y/o asistenciales adecuados, en ninguna de las intervenciones médicas que recibió, reputándose todas ellas adecuadas a la *lex artis ad hoc* y, por tanto, descartando cualquier posible pérdida de oportunidad.

Finalmente, el fatal desenlace producido en ningún caso evidencia un error en el abordaje médico-asistencial del paciente. Otro planteamiento incurriría en prohibición de regreso, ya que tendría en cuenta acontecimientos posteriores desconocidos en el momento de la actuación desencadenante del daño, en sentido contrario a lo debido, según recoge la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 2 de marzo de 2020 (rec. 424/2017), entre otras.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación presentada al no concurrir infracción de la *lex artis* en la asistencia sanitaria reclamada, ni resultar el daño antijurídico.

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 29 de diciembre de 2020

La Vicepresidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 590/20

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid