

Dictamen nº: **584/22**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **27.09.22**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 27 de septiembre de 2022, 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., Dña. y D., por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su cónyuge y padre, D., al precipitarse por una ventana del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, donde el paciente estaba ingresado por neumonía bilateral por la Covid-19.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 20 de abril de 2021, dos abogadas en nombre y representación de las personas mencionadas en el encabezamiento, presentaron en la Comunidad de Madrid un escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial por el fallecimiento del familiar de los interesados, que atribuían a la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

Según el escrito de reclamación, el cónyuge y padre de los interesados ingresó en el referido centro hospitalario el 21 de

septiembre de 2020 por neumonía bilateral por la Covid-19, sin que presentase ningún antecedente psiquiátrico relevante. El escrito refiere que, a los dos días del ingreso hospitalario, el paciente comenzó a presentar nerviosismo y problemas para conciliar el sueño, por lo que se pautó Lorazepam antes de dormir.

Los reclamantes señalan que en los evolutivos médicos consta que el 30 de septiembre el enfermo comenzó la deambulación sin presentar disnea, lo que evidencia que la evolución del cuadro de COVID era favorable, si bien el paciente seguía refiriendo mal descanso nocturno por encontrarse nervioso, por lo que se realizó un cambio de pauta farmacológica a Zolpidem.

Continuando con el relato fáctico de la reclamación, los interesados detallan que durante los días siguientes su familiar evolucionó favorablemente del cuadro respiratorio, con normalización de los valores de sodio y analíticas con resultados favorables.

Según el escrito de reclamación, el día 4 de octubre, los familiares trataron de ponerse en contacto con el paciente a través de su teléfono personal en numerosas ocasiones, sin recibir respuesta lo que les alarmó, llevándoles a personarse en el centro hospitalario si bien no se les permitió el acceso por las restricciones COVID. El escrito refiere que, en la madrugada de ese día, desde Enfermería se avisó al médico porque el familiar de los reclamantes sufrió un cuadro confusional agudo con pérdida de conocimiento y desorientación, suspendiéndose la administración del Zolpidem, pero sin solicitar interconsulta con Psiquiatría para valorar la situación clínica del paciente. El cuadro persistió, hasta el punto de que el enfermo salió al pasillo tratando de abandonar el centro, de manera que el personal de Enfermería volvió a avisar al médico de guardia a las 3 de la mañana. Según el relato de la reclamación, a las 12:30 horas del día 5, el personal médico fue avisado de que el paciente se había precipitado por la ventana desde el

septimo piso en el que se encontraba ingresado, si bien el fallecimiento está datado a las 10:30 horas. Subrayan que no fue el personal médico el que se dio cuenta de la precipitación del paciente, sino que fue un taxista, según el atestado policial, el que dio la voz de alarma a las 12:20 horas, de lo que infieren que el paciente (en situación de desorientación y alteración mental) llevaba más de dos horas sin supervisión médica de ningún tipo toda vez que ni siquiera se habían dado cuenta de que el paciente no se encontraba en su habitación.

Los reclamantes reprochan que el paciente tendría que haber sido valorado por Psiquiatría a fin de que se pudieran tomar las medidas oportunas, tanto de prescripción de fármacos como de sujeción mecánica, en su caso, de manera que las únicas medidas que se tomaron fueron las de suspender el Zolpidem y la de poner las protecciones de la cama para evitar caídas, medidas que consideran claramente insuficientes para una persona que presentaba un cuadro de desorientación y alteración mental. Subrayan que ante la falta de acompañante derivada de las restricciones hospitalarias por la Covid-19, el personal sanitario debió extremar el seguimiento y vigilancia del paciente que se encontraba con sus funciones mentales mermadas.

Tras denunciar que el informe de *exitus* contiene información que no se ajusta a la realidad, pues sostienen, en contra de lo que figura en ese informe, que su familiar no mejoró durante la madrugada del 5 de octubre y que no fue valorado la mañana de ese día, acaban solicitando una indemnización por el fallecimiento de su familiar de 163.200 euros, desglosados en perjuicio personal básico: 92.000 euros para la viuda y 40.000 euros para los dos hijos; perjuicio personal particular, 30.000 euros por la convivencia de la hija con el fallecido y perjuicio patrimonial, 1.200 euros.

El escrito de reclamación se acompañaba, entre otros documentos, con la escritura de poder otorgada por los reclamantes a

favor de las dos abogadas firmantes del escrito de reclamación; copia del libro de familia; certificado de defunción del paciente y documentación médica relativa al familiar de los reclamantes (folios 1 a 841 del expediente).

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

El familiar de los reclamantes, de 71 años de edad en el momento de los hechos, acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz el día 21 de septiembre de 2020, derivado por su médico de Atención Primaria, por un cuadro de 10 días de evolución de odinofagia, mialgias, anosmia y disgeusia con hiporexia, fiebre de 38 °C, sensación disneica y tos. Es diagnosticado de neumonía bilateral por Covid-19, con necesidad de oxigenoterapia, quedando ingresado a cargo del Servicio de Neumología, que pauta vigilancia de la saturación de oxígeno y la toma de constantes por turnos.

El 23 de septiembre de 2020, el paciente refiere hipo y encontrarse mal al no haber sido capaz de conciliar el sueño. Se observa cierta mejoría en los análisis realizados y en la clínica respiratoria, aunque existe un empeoramiento en la radiografía pulmonar que se le realiza, con discreto aumento de densidad de infiltrados bilaterales. Se pauta bolo de dexametasona de 60 mg hasta el día 25 de septiembre incluido.

El 24 de septiembre de 2020, al movilizarse el paciente, presentó una bajada importante del nivel de oxígeno en sangre que descendió hasta 84% a pesar de suministrarle oxígeno a 2 litros por minuto. Al día siguiente mantuvo la baja saturación, por lo que se precisó aumentar la intensidad de la oxigenoterapia a 4 l/m.

El día 27 de septiembre, el familiar de los reclamantes volvió a tener un episodio de insuficiencia respiratoria y con mascarilla de oxígeno al 35% no se consigue subir más del 84% de oxígeno, por lo que se aumenta la intensidad al 40%. Se decide mantener tratamiento con corticoides, que se le venía suministrando desde el principio del ingreso y comenzar tratamiento con Tocilizumab. Se pautó vigilancia respiratoria con aviso al médico de guardia si fuera necesario aumentar el flujo de oxígeno al paciente, debido a nuevas desaturaciones, y RX urgente. Se anota que los familiares están informados.

El 29 de septiembre, el paciente refirió estar nervioso, al haber tomado la noche anterior el Lorazepam 1mg con retraso (registrada la toma a las 2:38 del día 29). Se decidió adelantar la toma a las 21 horas. A pesar del adelanto de toma, el paciente manifestó un mal descanso nocturno por nerviosismo, por lo que el día 1 de octubre se retiró el Lorazepam y se pautó Zolpidem a las 21:00 horas. Se mantuvieron las medidas de oxigenoterapia y vigilancia respiratoria.

El 2 de octubre de 2020, el paciente refirió mejoría en el descanso nocturno, por lo que se mantuvo la actitud terapéutica (10 mg de Zolpidem a las 21:00 horas).

El día 3 de octubre se realizó analítica en la que se apreció un nivel de sodio de 127, sintomático de hiponatremia, que se confirmó en la analítica del día siguiente. Se anota que la familia está informada.

A las 00:03 horas del día 5 de octubre, el familiar de los reclamantes sufrió un episodio de pérdida de conocimiento sin traumatismo craneal (TCE). La enfermera encontró al paciente en el suelo. Se avisó al médico de guardia que anota: *“valoro al paciente tras pérdida de conocimiento sin TCE. El paciente no recuerda el episodio, a*

mi valoración orientado en persona y tiempo, desorientado en espacio, refiere que no recuerda lo ocurrido. No signos de TCE. Me lo encuentro en sat.O2 93% basal, se ha retirado las GN (gafas nasales). TA mantenida no taquicárdico. Expl NRL: PINR, moviliza 4 extremidades sin déficit, no claudicación, no asimetrías faciales, dismetría bilateral en dedo-nariz que realiza adecuadamente tras repetir maniobra, impresiona más de inatento, nomina y repite. Según me refiere enfermería le han administrado zolpidem a las 21h, me impresiona de cuadro confusional agudo, suspendo zolpidem. Si nuevos episodios avisar”.

Sobre las 03:00 horas de ese mismo día, el paciente volvió a presentar un nuevo episodio de agitación psicomotriz. Fue encontrado vestido con ropa de calle y en el pasillo. Avisado el médico de guardia, anotó lo siguiente: “me avisan porque el paciente persiste desorientado, sale al pasillo, dice que no le están cuidado y se quiere ir a casa. Ha hablado con sus familiares por teléfono que se encuentran preocupados (su mujer) y su hijo está viniendo al hospital para verle. El paciente se encuentra parcialmente orientado, en este momento está tranquilo y abordable, no presenta focalidad neurológica. Desde el punto de vista respiratorio está eupneico con satO2 94% con GN 3lpm. Sin otras alteraciones agudas. El cuadro impresiona de confusional agudo. Hablo con él y parece que se queda más tranquilo, se tumba en la cama y ponemos las protecciones de la cama para evitar caídas. Por el momento evitamos poner más medicación. Hablamos con su familia para explicar situación (mujer e hijo (...). Se quedan más tranquilos. Si nuevas incidencias avisad”.

A las 09:00 horas del día 5 de octubre, se administró la medicación correspondiente: Enalapril 20 mg, Acetil-cisteína 300 mg, Omeprazol 40 mg y Furosemida 20 mg.

A las 09:30 horas se realizó la toma las constantes, con una saturación de oxígeno de 96% con gafas nasales a 4 l/min.

A las 10:49 horas, está registrada una nueva toma de constantes con saturación de oxígeno de 92% con gafas nasales a 2 l/min.

A las 11:38 horas del día 5 de octubre de 2020 se realizó una radiografía de tórax.

En esa mañana por el Servicio de Neumología se anota “*ha precisado valoración por mdg (médico de guardia) por desorientación sin precisar ajuste del tratamiento. Este mañana orientado y con correcta conversación con respuesta a preguntas. No agitado ni muestra preocupación alguna. No comenta disnea tos ni expectoración.* **AS: *Leve aumento leucocitosis. Linopenia. Na 127, similar a previos* **Radiografía de Tórax: similar a previa” (folio 1.752).

Consta una anotación a las 12:28:32 horas del día 5 de octubre en la que se indica “*notamos al paciente mal anímicamente, pero orientado y tranquilo. Refiere estar más tranquilo tras el episodio de agitación de la noche y comenta que no se va a ir a casa hasta que se cure (él decía por la noche que se quería ir a su casa porque aquí no se quería morir). No refiere en ningún momento intenciones autolíticas. Se sentía un poco mareado por lo que dejamos en cama. Último pase de visita a las 12:00 aproximadamente, el paciente tranquilo en la cama*”.

Según el informe de alta que figura en los folios 978 a 985 “*sobre las 12:30 horas nos avisa Enfermería por precipitación del paciente por la ventana, con posterior confirmación de la ausencia de signos vitales*”.

TERCERO.- A raíz de la formulación del escrito de reclamación, se ha instruido el correspondiente procedimiento de responsabilidad patrimonial con arreglo a la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del

Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

El 4 de mayo de 2021, la compañía aseguradora del SERMAS informó sobre la exclusión del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz de la póliza suscrita.

Consta que se dio traslado del inicio del procedimiento a los reclamantes y al referido centro hospitalario. El 18 de mayo de 2021 el gerente del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz remitió la historia clínica del paciente fallecido y el informe del Servicio de Neumología del citado hospital (folios 847 a 2.298 del expediente).

En el citado informe del Servicio de Neumología de 15 de mayo de 2021 se explica que el 8 de octubre de 2020, el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz llevó a cabo una investigación en relación al incidente sufrido por el familiar de los reclamantes, por parte del Servicio de Neumología, facultativos y enfermeras; el Servicio de Psiquiatría y el Servicio de Medicina Preventiva.

El informe relata, según consta en la historia clínica, que el paciente, en la madrugada del 5 de octubre, presentó un cambio en el nivel de conciencia con evidente desorientación e inatención, tal y como se describe en la primera toma de esa noche, “*el paciente no recuerda el episodio, a mi valoración orientado en persona y tiempo, desorientado en espacio, refiere que no recuerdo lo ocurrido. No signos de TCE*”. En la segunda valoración por el médico de guardia, este dice “*el paciente se encuentra parcialmente orientada, en este momento está tranquilo y abordable, no presenta focalidad neurológica*”. El informe destaca que, en ambas ocasiones, y por dos médicos distintos, el diagnóstico de impresión fue el de un síndrome confusional agudo, como así quedó reflejado en ambas tomas.

El informe señala que el paciente cumplía los criterios diagnósticos de un síndrome confusional agudo: el episodio ocurrió durante la noche, quedando también descrito en la historia clínica que se encontraba inatento y desorientado, con un inicio rápido y con fluctuaciones a lo largo del día, y que durante el día previo y la mañana siguiente del 5 de octubre el paciente se encontraba en su estado basal, según se describe en las tomas de las 10:59 horas “*mejoría esta mañana, más orientado y con correcta conversación*” y 12:19 horas “*esta mañana orientado y con correcta conversación con respuesta a preguntas. No agitado ni muestra preocupación alguna*”. Además, desde un punto de vista etiológico, el paciente presentaba en días previos alteraciones del ciclo sueño-vigilia evidenciados por problemas de insomnio en las noches previas, para lo que precisó ajuste farmacológico (benzodiacepinas e hipnóticos), tenía una causa orgánica sistémica con un ingreso prolongado (durante 13 días) por neumonía bilateral por Covid-19 con insuficiencia respiratoria aguda asociada, con necesidad de oxigenoterapia y administración de fármacos como glucocorticoides, y además presentaba hiponatremia (sodio: 127 mmol/L). Todas estas son posibles causas etiológicas de un síndrome confusional agudo.

El informe explica que, una vez identificadas las posibles causas de las mismas, el manejo del síndrome confusional agudo incluye el control de las mismas, y por eso la primera medida llevada a cabo por el médico de guardia fue la retirada del Zolpidem. Las guías recomiendan evitar o administrar psicofármacos sólo en casos estrictamente necesarios, como que el comportamiento del paciente pudiera ser potencialmente peligroso con agitación grave, distrés importante o interfiera con los cuidados médicos. La eficacia del uso de antipsicóticos no ha sido demostrada claramente. La Guía Clínica Farmacogeriátrica de la Comunidad de Madrid dice que “*actualmente el manejo incluye medidas preventivas fundamentalmente no*

farmacológicos, identificar y tratar los factores de riesgo y precipitantes y si fuera necesario, tratar las SPCD. Las medidas de sujeción física sólo se recomiendan en última instancia. El objetivo del tratamiento farmacológico del delirium es etiológico y sintomático frente o la ansiedad o agitación. La evidencia disponible es muy limitada, basada en estudios observacionales y consensos de expertos”.

El informe sostiene que esos factores no concurrían pues, según las anotaciones de la historia clínica, el paciente había mejorado de la primera a la segunda toma de la noche y que no era preciso pautar medicación antipsicótica. Desde las 02:57 horas del 5 de octubre no volvió a tener ningún episodio confusional agudo, dado que no fue preciso volver a avisar al médico de guardia, y al día siguiente cuando fue valorado por su médico habitual, el cuadro agudo estaba resuelto.

El informe aclara que la necesidad de valoración del paciente por el Servicio de Psiquiatría no es acto recogido en las guías médicas para el tratamiento del síndrome confusional agudo, dado que, al ser de causa orgánica, se corrige al tratar esta, y si es preciso asociar fármacos neurolépticos, también son manejados de manera habitual por médicos no especialistas en Psiquiatría. Añade que, en la investigación llevada a cabo en el hospital, el Servicio de Psiquiatría concluyó que la actuación médica durante todo el ingreso fue correcta en relación con su sintomatología y posible cuadro confusional, y que la precipitación fue un evento completamente impredecible.

El informe explica que ante la preocupación de la familia el médico instó al paciente a llamarles para tranquilizarles y así lo hizo con su dispositivo móvil. En la toma de las 02:57 horas del 5 de octubre el médico de guardia anotó lo siguiente “*hablamos con su familia para explicar situación (mujer e hijo (nº de teléfono). Se quedan más tranquilos*”, explicando los hechos acontecidos hasta ese momento. De igual modo, entre la toma de las 10:59:57 y la toma

12:19:16, el médico informó a la mujer del estado del paciente y así figura en la historia clínica “... (mujer) *informada*: (nº de teléfono)”.

El informe añade que, dado que se trataba de una unidad con pacientes COVID, se requería continua ventilación de las habitaciones. A raíz del caso se procedió a clausurar las ventanas de la unidad y de todo el hospital hasta encontrar una solución que permitiera una correcta ventilación sin riesgo de posibles precipitaciones futuras.

En cuanto a la hora del fallecimiento, indica que a las 10:30 horas no había fallecido, pues se le practicó una radiografía de tórax una hora más tarde, a las 11:38:58. En la toma del 5 de octubre de 2020 a las 12:19:16 se completa el resultado de la radiografía “*similar a previa*” y esta anotación se produjo antes de que se comunicara al médico la precipitación del paciente, sobre las 12:30 horas.

Consta en el expediente que el 9 de diciembre de 2021 los reclamantes instaron el impulso del procedimiento.

El 12 de marzo de 2022 emitió informe la Inspección Sanitaria en el que concluyó que la asistencia prestada fue ajustada a la *lex artis*. Consideró que la reclamación basada en la existencia de un síndrome confusional no tratado adecuadamente ni por los profesionales adecuados, se debe a un desconocimiento completo de la materia médica en cuestión. Sostiene que es falso que el cuadro se debiera, única y exclusivamente, a la toma de Zolpidem, así como también es falso que para la valoración médica de un cuadro confusional sea necesaria la participación, de forma obligatoria, de un médico especialista en Psiquiatría; que es falso que no se tomaran las medidas de prevención indicadas para este cuadro, pues se realizó una contención verbal efectiva, se colocaron las barandillas laterales, así como se mantuvo la vigilancia respiratoria durante todo el tiempo. En definitiva, concluye que el cuadro clínico fue tratado en todo

momento de acuerdo a la “*lex artis ad hoc*” por parte del personal sanitario del Servicio de Neumología del centro hospitalario, actuando según lo que marca la práctica médica habitual y los conocimientos científicos existentes hasta la fecha sobre el síndrome confusional agudo.

Incorporados los anteriores informes al procedimiento, se concedió trámite de audiencia a los reclamantes y al Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

Dentro del trámite conferido al efecto, el 9 de mayo de 2022 los reclamantes formularon alegaciones en las que discreparon de las consideraciones del informe de la Inspección Sanitaria e incidieron en los reproches del escrito inicial de reclamación. Además, cuestionaron la anotación de las 12:28:32 horas del día 5 de octubre y solicitaron un informe del Departamento de Informática “*de los diferentes accesos con las correspondientes horas y días que se hayan producido en los mencionados documentos, haciendo especial mención en caso de haberse eliminado o modificado algún registro previamente recogido en un acceso posterior al de la fecha del día vigente de la historia*” y que se aportasen los anexos documentales a los que se hizo referencia en el informe del jefe de Servicio de Neumología.

Tras la incorporación de los anexos solicitados, se confirió un nuevo de trámite de audiencia a los interesados. El 13 de junio de 2022, los reclamantes formularon nuevas alegaciones incidiendo, en base a las guías clínicas incorporadas al procedimiento, en que no se emplearon todos los medios al alcance para evitar el fatal desenlace, máxime en un paciente que tenía sus facultades mentales claramente mermadas y que exigía una vigilancia estrecha y extremar el deber de cuidado por parte del personal médico y sanitario. Se insistió en la aportación del informe del Departamento de Informática.

Finalmente, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública formuló propuesta de resolución el 29 de julio de 2022, en el sentido de desestimar la reclamación formulada, al no ser el daño antijurídico.

CUARTO.- El consejero de Sanidad formula preceptiva consulta que tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el día 26 de agosto de 2022, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Ana Sofía Sánchez San Millán que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberada y aprobada, en el Pleno de este órgano consultivo celebrado el día 27 de septiembre de 2022.

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, 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 (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.

Los reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo del artículo 4 de la LPAC, en relación con el artículo 32.1 de la LRJSP en cuanto que familiares (cónyuge e hijos) de la persona que falleció por la asistencia sanitaria que considera incorrecta, y cuyo fallecimiento les ocasionó un indudable daño moral. Acreditan su parentesco mediante fotocopia del libro de familia.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto la asistencia sanitaria reprochada se prestó por el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, integrado en la red sanitaria pública madrileña por convenio singular, prestándose la asistencia al amparo del mismo. A este respecto esta Comisión viene reconociendo en numerosos dictámenes (104/21, de 23 de febrero; 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 12^a de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, 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.

Por lo que se refiere al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, a tenor del artículo 67.1 de la LPAC que se contará desde que se haya 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 este caso, el día inicial del plazo vendría determinado por el fallecimiento del familiar de los reclamantes el 5 de octubre de 2020, por lo que la reclamación formulada el 20 de abril de 2021 se ha de entender presentada dentro del plazo legal.

En cuanto al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC se ha emitido informe por el Servicio de Neumología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. También se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del paciente fallecido y se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen. Tras ello, se confirió trámite de audiencia a los interesados y se redactó la propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

No obstante, se observa que no se ha practicado la prueba solicitada por los interesados relativa a que se incorpore un informe del Departamento de Informática “*de los diferentes accesos con las correspondientes horas y días que se hayan producido en los mencionados documentos, haciendo especial mención en caso de*

haberse eliminado o modificado algún registro previamente recogido en un acceso posterior al de la fecha del día vigente de la historia”. Con dicha prueba pretenden acreditar la manipulación de la historia clínica que han sostenido a lo largo del procedimiento. Sobre la práctica de dicha prueba se pronuncia la propuesta de resolución para rechazar su práctica por considerarla innecesaria. No obstante, aunque el artículo 77.3 de la LPAC admite que el instructor pueda rechazar las pruebas propuestas “*cuando sean manifiestamente improcedentes o innecesarias*”, ese mismo precepto exige que dicho rechazo se haga en resolución motivada, no siendo por tanto la propuesta de resolución el momento oportuno para ello. No obstante, no se estima precisa la retroacción del procedimiento pues, como hemos sostenido reiteradamente, las graves acusaciones que sostienen los interesados sobre manipulación de la historia clínica deben formularse ante la jurisdicción penal que es preferente a la jurisdicción contencioso- administrativa (en este sentido nuestro Dictamen 292/21, de 22 de junio, con cita de la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León de 15 de junio de 2012, entre otros).

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

TERCERA.- 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.

Según constante y reiterada jurisprudencia, el sistema de responsabilidad patrimonial presenta las siguientes características: 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.

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 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, «*el hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar, debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc*».

En consecuencia lo único que resulta exigible a la Administración Sanitaria “... es la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en este tipo de responsabilidad es una indebida aplicación de medios para la obtención de resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente” (STS Sección 6^a Sala C-A, de 7 marzo 2007).

En la mayoría de las ocasiones, la naturaleza jurídica de la obligación de los profesionales de la medicina no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo, obligación del resultado, sino una obligación de medios, es decir, se obligan no a curar al enfermo, sino únicamente a dispensarle las atenciones requeridas,

según el estado de la ciencia (SSTS de 4 de febrero y 10 de julio de 2002 y de 10 de abril de 2003).

En definitiva, el título de imputación de la responsabilidad patrimonial por los daños o perjuicios generados por el funcionamiento normal o anormal de los servicios de asistencia sanitaria, no consiste sólo en la actividad generadora del riesgo, sino que radica singularmente en el carácter inadecuado de la prestación médica llevada a cabo, que puede producirse por el incumplimiento de la lex artis o por defecto, insuficiencia o falta del servicio.

A lo anterior hay que añadir que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido evitar o prever según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento que se producen aquéllos, de suerte que si la técnica empleada fue correcta de acuerdo con el estado del saber, el daño producido no sería indemnizable por no tratarse de una lesión antijurídica sino de un riesgo que el paciente tiene el deber de soportar y ello aunque existiera un nexo causal.

En la asistencia sanitaria el empleo de la técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido ya que cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si a pesar de ello causó el daño o más bien pudiera obedecer a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente».

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. En este caso, ya hemos

adelantado la existencia del daño moral de los reclamantes por el solo hecho del fallecimiento de su familiar, “*daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto*” y que jurisprudencia consolidada ha admitido como supuesto de lesión indemnizable, aunque de difícil valoración económica.

Una vez determinado el daño en los términos expuestos, cabe recordar, como hemos reiterado en nuestros dictámenes, que para acreditar la mala praxis que se denuncia han de aportarse medios probatorios idóneos. En este sentido se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019), cuando señala que “*las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica*”.

Los reclamantes reprochan que su familiar tendría que haber sido valorado por Psiquiatría a fin de que se pudieran tomar las pautas oportunas, tanto de prescripción de fármacos como de sujeción mecánica, y sostienen que las medidas que se adoptaron, las de suspender el Zolpidem y la de poner las protecciones de la cama para evitar caídas, fueron claramente insuficientes para una persona que presentaba un cuadro de desorientación y alteración mental y que, por tanto, se debió extremar el seguimiento y vigilancia del paciente. Sin embargo, los interesados no han aportado al procedimiento ninguna prueba de sus afirmaciones.

Así las cosas, habrá que estar a los informes médicos que obran en el expediente que han considerado que la atención dispensada fue la adecuada. En particular, resulta relevante lo informado por la Inspección Sanitaria, dado el especial valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a su opinión pues, tal y como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, así su Sentencia de 24 de

mayo de 2022 (recurso 786/2020), “*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*”. Pues bien, en este caso, la Inspección Sanitaria destaca en sus conclusiones que la asistencia prestada fue ajustada a la *lex artis*, y considera que la reclamación basada en la existencia de un síndrome confusional no tratado adecuadamente ni por los profesionales adecuados, se debe a un desconocimiento completo de la materia médica en cuestión.

En este sentido, la Inspección Sanitaria sostiene en primer lugar que el diagnóstico de un síndrome confusional agudo por parte del centro hospitalario fue acertado. En este sentido explica que dicho síndrome está caracterizado por una alteración del nivel de conciencia y de la atención; puede existir afectación de otras funciones cognitivas, como la memoria, la desorientación (que presentaba el paciente) el lenguaje, la percepción y la capacidad visuoespacial; y de funciones no intelectivas como las alteraciones del ciclo sueño-vigilia, actividad psicomotriz (que presentaba el paciente) y del estado afectivo; su inicio se da en un periodo corto de tiempo y con fluctuaciones, es decir con mayor o menor intensidad en intervalos cortos de tiempo, junto a empeoramiento nocturno (que es el momento en que le ocurrió al paciente) y su causa suele ser orgánica, es decir de causa no psiquiátrica. Añade que dicho cuadro sindrómico ocurre en el 15-30% de los pacientes ingresados en el hospital (es decir de 1,5 a 3 de cada 10), siendo por tanto común en el ámbito hospitalario.

En cuanto al diagnóstico, la Inspección Sanitaria señala que se basa en dos pasos: identificar el síndrome clínico e investigar la

etología, la causa que lo provoca. Así, la identificación del síndrome clínico se basa en datos de la anamnesis (entrevista clínica) y de la exploración física, por lo que no es necesaria ninguna prueba complementaria. Con respecto a la anamnesis, la Inspección Sanitaria destaca que se obtiene de informadores cercanos al paciente, en este caso las enfermeras, y se debe preguntar por detalles como: el comienzo, duración, circunstancias previas, lo que se hizo en el caso de este paciente, en palabras de la Inspección Sanitaria, según queda reflejado tanto en las anotaciones médicas como en las de Enfermería, y en cuanto a los antecedentes médicos así como la exposición a sustancias que pudieran provocar el cuadro, se conocían por la historia clínica realizada al paciente en su ingreso hospitalario.

Por lo que se refiere a la exploración física que debe realizarse, la Inspección Sanitaria destaca que es importante buscar signos que sugieran la causa, como suele ser la hipertensión arterial, fiebre, estado de hidratación y nutrición, enfermedades sistémicas o consumo de tóxicos. Respecto a esto, la Inspección Sanitaria pone el énfasis en que el paciente sufría una enfermedad sistémica respiratoria de gravedad, que le producía un compromiso respiratorio importante y que la hidratación del paciente, debido al cuadro clínico, estaba comprometida, como marcan los resultados de los últimos análisis donde el sodio está en niveles 125-127, niveles que marcan una hiponatremia que puede producir alteraciones en el resto del organismo. Además, el paciente estaba ingresado por una neumonía bilateral que provoca una insuficiencia respiratoria que precisa oxigenoterapia, lo que, en palabras de la Inspección Sanitaria, por sí misma, sería una causa de síndrome confusional agudo.

En cuanto a la exploración neurológica, la Inspección Sanitaria explica que en el síndrome confusional agudo, el nivel de conciencia puede estar normal o alterado, puede ir desde un paciente somnoliento o un paciente con hiperactividad y agitado; la atención se

caracteriza por la distracción, y es la anomalía característica del síndrome confusional agudo; la memoria suele estar alterada; la desorientación espacial es también común en este síndrome, tal como presentaba el paciente durante el episodio objeto de esta reclamación; hay una desorganización del pensamiento, con un contenido incoherente y razonamiento ilógico con ideas delirantes poco elaboradas, tal como ocurre en el paciente cuando dice que no se le está cuidando o cuando aparece a las 3 de la madrugada vestido de calle en el pasillo para irse a su casa; puede existir una distorsión en la información sensorial que recibe el paciente a través de sus sentidos, sobre todo el de la vista y del oído, confundiendo unos sonidos con otros y unas imágenes con otras, distorsión que se ve favorecida en horarios nocturnos, que es cuando el paciente tuvo el episodio de síndrome confusional agudo; la conducta está alterada y existe una alternancia rápida de las emociones.

Por lo que se refiere a la causa del referido síndrome, la Inspección Sanitaria destaca que se trata de un síndrome plurietiológico, esto significa que existe multitud de enfermedades que pueden dar lugar al mismo, de las cuales el paciente padecía neumonía bilateral, alteración hidroelectrolítica (hiponatremia, es decir, bajo sodio), e insuficiencia renal. Por todo ello, la Inspección Sanitaria sostiene que achacar el origen del cuadro confusional sólo y exclusivamente a la ingesta de Zolpidem, como hacen los interesados, es sumamente simplista, aparte de muy atrevido por parte de profesionales legos en la materia de la que se está tratando.

En cuanto al tratamiento pautado que es reprochado por los interesados, la Inspección Sanitaria explica que el tratamiento del síndrome confusional agudo requiere hospitalización, por lo que el paciente estaba en el lugar adecuado, y que la actitud inicial es prevención, detectando los factores predisponentes y evitando los

factores desencadenantes, teniendo en cuenta que no existen evidencias científicas de la eficacia del tratamiento farmacológico profiláctico lo que, en palabras de la Inspección Sanitaria, va en contra de lo referido, de manera errónea, en el escrito de reclamación en el que señala la supuesta existencia de un tratamiento para dicho síndrome.

En cuanto a las medidas de soporte que deben emplearse para tratar el síndrome, la Inspección Sanitaria explica que es necesario asegurar la permeabilidad de la vía aérea, que en este paciente estaba controlada en todo momento, pues estaba en vigor la orden médica de vigilancia respiratoria; también es necesaria la toma de constantes, como así se hizo, y la canalización de una vía venosa, que estaba hecha al estar el paciente ingresado; además, se debe interrumpir la medicación sospechosa de causar el síndrome, por lo que se decidió retirar el Zolpidem, sin añadir ningún otro fármaco que pudiera alterar más el comportamiento o la percepción del paciente, como hubiera ocurrido, en palabras de la Inspección Sanitaria, si se tienen en cuenta las afirmaciones del escrito de reclamación a este respecto y, por último, prevenir lesiones mediante el uso de barras de protección en la cama, que se realizó tal como queda reflejado en los distintos evolutivos.

Por otro lado, en cuanto a las medidas ambientales, la Inspección Sanitaria explica que la agitación psicomotriz debe ser controlada mediante contención verbal psicológica, que fue lo que se realizó en este episodio, a las 3 de la madrugada, mediante la cual el paciente quedó tranquilo en la cama y en cuanto a la contención física, como parece sugerir el escrito de reclamación, la Inspección Sanitaria señala que se debe usar como último recurso pues aumenta la agitación, el riesgo de broncoaspiración (grave en un paciente con patología respiratoria) y la aparición de úlceras por presión en las zonas de sujeción y, en cuanto a la contención farmacológica, que parecen

reclamar los interesados, la Inspección Sanitaria explica que se reserva única y exclusivamente para los casos de agitación grave, que no era la situación clínica del paciente pues este quedó tranquilo mediante la contención verbal realizada por el médico de guardia.

En definitiva, de acuerdo con lo informado por la Inspección Sanitaria, cabe concluir que el diagnóstico de un síndrome confusional agudo fue el correcto, no siendo precisa la valoración del cuadro por un psiquiatra como demandan los interesados pues, en palabras de la Inspección Sanitaria, las causas del mismo no se pueden deber a un solo factor, sino al conjunto de factores predisponentes y precipitantes y requieren un estudio mucho más global, que el que podría realizar un psiquiatra, pues la mayoría de esos factores son orgánicos y no psiquiátricos. De igual modo y siguiendo el criterio relevante de la Inspección Sanitaria, cabe considerar que el tratamiento pautado fue el adecuado, según las consideraciones anteriormente efectuadas, aunque desgraciadamente no pudieron evitar el fatal desenlace, que, conforme lo expuesto no resulta imputable a la actuación de los servicios sanitarios del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz pues, según la Inspección Sanitaria, actuaron según lo que marca la práctica médica habitual y los conocimientos científicos existentes hasta la fecha sobre el síndrome confusional agudo.

Por último, no podemos olvidar el contexto en el que se produjo el desgraciado fallecimiento del paciente, pues en las fechas de la asistencia sanitaria estábamos ante una pandemia que puso en un grado de tensión máxima al sistema sanitario y ante una situación excepcional en el que los medios humanos y materiales ordinarios y exigibles no eran suficientes para la atención sanitaria de los numerosos enfermos, lo que hacía necesario una racionalización de esos medios. A pesar de ello, en este caso, está acreditada en la

historia clínica una atención constante al enfermo y una vigilancia continua, incluso en los momentos previos al fatal incidente. Por otro lado, en cuanto el cambio del protocolo relativo a la ventilación de las habitaciones tras el fatídico accidente, cabe recordar que las particularidades de la Covid-19 hicieron que por el Ministerio de Sanidad se fueran elaborando unos protocolos para la atención en el ámbito hospitalario, en las unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y en Atención Primaria y Domiciliaria, con un doble objetivo: lograr el mejor tratamiento del paciente que contribuya a su buena evolución clínica; y garantizar los niveles adecuados de prevención y control de la infección para la protección de los trabajadores sanitarios y de la población en su conjunto. Esos protocolos se han ido revisando y actualizando, en función de la evolución de la enfermedad y las circunstancias concurrentes, como ocurrió en este caso, en relación con la necesidad de continua ventilación de las habitaciones, sin que ello implique mala praxis, pues el que ulteriormente se reforzaran las medidas de seguridad en el lugar no empece a la corrección de las precedentes, siempre susceptibles de mejora.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la presente reclamación al no haberse acreditado infracción de la *lex artis ad hoc*.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el

plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 27 de septiembre de 2022

La Vicepresidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 584/22

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid