

Dictamen nº: **621/22**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **04.10.22**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 4 de octubre 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. y por Dña., por los daños y perjuicios sufridos por el fallecimiento de su cónyuge y padre respectivamente, D., que atribuyen a la deficiente asistencia sanitaria prestada en el Hospital Universitario Infanta Elena (en adelante HUIE).

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 10 de mayo de 2021, las personas citadas en el encabezamiento, presentaron en el registro de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid un escrito en el que formulan una reclamación por la atención sanitaria prestada a su cónyuge/padre en el HUIE.

Refiere la reclamación que el paciente ingresó en el HUIE con fecha 22 de marzo de 2020, por aumento de su disnea habitual en los cinco días previos, hasta hacerse de mínimos esfuerzos y de reposo,

acompañado de ligero aumento de tos. El paciente no presentaba fiebre y mantenía buen estado general.

Se le sometió a radiografía de tórax para valorar posible afectación pulmonar por COVID-19, pero los hallazgos no eran típicos de neumonía vírica por SARS-CoV-2. Además, el resultado del test PCR de detección del virus resultó negativo. El diagnóstico fue neumonía adquirida en la comunidad y, pese a que a las pruebas habían descartado que el paciente estuviera infectado por Covid-19, se procedió a su aislamiento y se le pautó tratamiento para la COVID. Al entender de los reclamantes, este manejo, en un paciente con patología múltiple y en tratamiento con numerosa farmacología provocó posteriormente un grave empeoramiento en sus patologías de base.

Se le dio el alta a domicilio el 2 de abril de 2020.

Con fecha, 22 de mayo de 2020, el paciente acudió al Servicio de Urgencias del HUIE por astenia (fatiga general), aumento progresivo de disnea y malestar general de varios días de evolución. En Urgencias, se sometió al paciente a analítica urgente, radiografía de tórax y perfil cardíaco. El segundo perfil cardíaco se realizó a las 17:00h, donde ya se evidenciaba un aumento de los marcadores de necrosis miocárdica (MNM).

Continúa señalando que no obstante lo expuesto, no fue hasta las 23:57h (6 horas después) cuando la cardiólogo de guardia valoró la elevación de los MNM y, además, de forma no presencial.

Ante estos hallazgos, se pautó electrocardiograma, que resultó sugestivo de SCACEST (Síndrome coronario agudo con elevación del ST). Para corroborarlo, se realizó ecocardiograma, que confirmó SCACEST tipo IAM (infarto agudo de miocardio) inferior.

Refiere que, la madrugada del 23 de mayo de 2020 se sometió al paciente a cateterismo urgente con implante de stent farmacoactivo, con buen resultado angiográfico. Se pautó doble antiagregación con ácido acetilsalicílico (aas) + *clopidogrel* 75, suprimiéndole su medicación habitual con *Sintrom*. A juicio de los reclamantes, esta modificación ocasionó que el estado del paciente empeorara posteriormente.

De lo expuesto, concluye la reclamación formulada que se diagnosticó el infarto de miocardio con 6 horas de retraso, lo que influyó en el tratamiento posterior, que se podía haber evitado con un diagnóstico temprano. Pese a que se recomendó el ingreso del paciente en UCI para monitorización durante 24-48 horas, la UCI desestimó el ingreso a su cargo, incluso cuando se le informó expresamente del aumento de las troponinas (TnT) en el paciente.

Señalan los reclamantes que finalmente el paciente ingresó a cargo de Cardiología, donde fue dado de alta ese mismo día a las 13:28 horas, con la indicación de que no habían pasado ni 12h desde que se había realizado el cateterismo.

Continúa señalando la reclamación que con fecha 11 de junio de 2020, el paciente volvió a acudir al Servicio de Urgencias del HUIE porque, desde que sufrió el infarto agudo de miocardio, presentaba disnea moderada que avanzó hasta ortopnea, disnea paroxística nocturna, tos seca, poliuria y edema de miembros inferiores. Además, desde hacía 5-6 días el paciente tenía heces con sangre. Consta, asimismo, según refieren, que el paciente refirió dolor torácico en hemicárdia izquierdo tipo punzante, a punta de dedo y con la inspiración, distinto al dolor del SCACEST.

El paciente tenía prescrito tratamiento con *Adiro*, *Clopidogrel* (doble antiagregación) y *Sintrom* (anticoagulante).

Los resultados de la analítica que se le realizaron evidenciaron anemia (hemoglobina de 6.4 g/dl), a lo que Cardiología de guardia relacionó la insuficiencia cardíaca. Se le pautó tratamiento con Furosemida intravenosa.

Refieren seguidamente que el 12 de junio de 2020, mediante tacto rectal, se comprobó la presencia de melenas. Se le diagnosticó hemorragia digestiva alta (HDA) y se decidió su ingreso en Medicina Interna para estudio. En cuanto al plan de actuación, consta expresamente que el paciente debía permanecer anticoagulado.

No obstante, pese a las indicaciones, se mantuvo la doble antiagregación pero se suspendió el anticoagulante del 12 al 14 de junio. Se reanudó el tratamiento con heparina de bajo peso molecular el día 15 de junio, y se volvió a suspender ese mismo día.

Se continúa el relato indicando que, el 16 de junio de 2020, a las 15:00 horas, el paciente desarrolló un cuadro hemisférico derecho "de inicio súbito". Clínicamente, el paciente presentaba debilidad fluctuante en extremidades izquierdas, somnolencia, desviación no forzada de la cabeza y ojos a la derecha. Fue valorado por neurólogo de guardia a través de telemedicina. Después, tras realización de TAC y angio TAC, se le diagnosticó ictus isquémico (síndrome de arteria cerebral media derecha completa con trombo en segmento proximal de ACM derecha).

Entienden los reclamantes que, el ictus isquémico que sufrió el paciente se debió a la suspensión de los anticoagulantes durante varios días, pese a que se había indicado expresamente que el paciente debía permanecer anticoagulado.

Dada la necesidad de realización de trombectomía mecánica primaria (extracción del trombo), puesto que el paciente no era susceptible de trombo lisis intravenosa, el HUIE contactó con el Hospital Universitario Puerta de Hierro (HUPH), donde se trasladó al paciente con

urgencia. El paciente llegó al HUPH a las 18:30 horas (una hora y media después de que el hospital recibiera el aviso de traslado del paciente, y 3 horas y media después de que la sintomatología de ictus comenzara). Se realizó trombectomía y se consiguió la extracción completa del trombo y, posteriormente, fue ingresado en la UCI.

Durante su estancia en la UCI, la evolución del paciente fue tórpida. Pese a la trombectomía, no se observó mejoría en la situación neurológica. Además, presentó neumonía bilateral broncoaspirativa, que precisó tratamiento antibiótico.

El 17 de junio de 2020, ante la situación respiratoria basal y la evolución neurológica, se decidió el manejo conservador del paciente. El 19 de junio de 2020, fue trasladado a planta de Neurología, donde persistió mal estado general con evolución tórpida.

Indican los reclamantes que el 20 de junio de 2020, el paciente presentó empeoramiento clínico con compromiso respiratorio y neurológico, con deterioro del nivel de conciencia. Se indicaron pruebas complementarias urgentes pero, dado el discomfort respiratorio refractario a medidas terapéuticas y la situación de terminalidad, se decidió la adecuación del esfuerzo terapéutico, siendo así que el paciente falleció el 21 de junio de 2020.

Del relato fáctico expuesto, advierten los reclamantes cuatro actos médicos reprochables que son los que vienen a fundamentar su reclamación, a saber: i) incorrecto tratamiento del paciente durante su ingreso en el mes de marzo de 2020, considerando al respecto que al paciente se le pautó tratamiento para el COVID-19 sin que estuviera infectado, lo que influyó en su pluripatología de base y empeoró gravemente su estado; ii) retraso en el diagnóstico del infarto sufrido el 22 de mayo de 2020, señalando que dado que el paciente se encontraba en Urgencias del HUIE, una revisión inmediata de las pruebas

realizadas, en particular, del perfil cardiaco, hubiera evidenciado que los MNM estaban alterados, y que cuando finalmente un facultativo valoró las pruebas ya habían pasado 6 horas desde que el resultado estaba disponible. Este retraso empeoró la patología coronaria del paciente y su pronóstico, y requirió intervenir al paciente de forma urgente para realizarle cateterismo; iii) el paciente sufrió un ictus isquémico por la supresión de la anticoagulación. A su entender esta suspensión la anticoagulación fue el motivo por el cual el paciente sufrió un ictus isquémico. Dados los antecedentes cardiológicos del paciente que, además, había sufrido un infarto agudo de miocardio hacía apenas dos semanas, no se debió suspender la anticoagulación en ningún momento; iv) demora en el tratamiento del trombo, toda vez que indican que el paciente comenzó con sintomatología de ictus el 16 de junio de 2020 a las 15:00 horas y que, no obstante, pese a la gravedad del cuadro, no valoró al paciente un neurólogo de forma presencial, sino a distancia, considerando que, tampoco se indicaron las pruebas diagnósticas con la máxima premura. Señalan que el HUIE no contaba con todos los medios necesarios para tratar al paciente, puesto que no tenía neurólogo de presencia física, pese a que era día laborable y no tenían medios para realizar en dicho centro la trombectomía. Todo ello provocó que el paciente fuera intervenido para la extracción del trombo proximal pasadas varias horas desde que sufrió el ictus. Lo cual, sin duda, empeoró su pronóstico.

Interesan una indemnización por importe de 187.228,8 euros. La reclamación viene acompañada de copia del libro de familia a efectos de acreditar el parentesco de las reclamantes con el fallecido, y diversa documentación médica reflejo de la asistencia médica reseñada en la misma.

SEGUNDO.- En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo al que se han incorporado las

historias clínicas del HUIE y del HUPH, pone de manifiesto los siguientes hechos.

El paciente de 74 años presentaba diversos antecedentes referidos principalmente a diagnóstico de hipertensión, diabetes, dislipemia, virus de la inmunodeficiencia humana estadio B3 con buen control, valvulopatía reumática con doble lesión mitral y aórtica con prótesis mecánica, fibrilación auricular crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica con enfisema pulmonar con obstrucción grado severo estable, ictus isquémico en territorio de la cerebral media izquierda, estenosis carotidea de ACI derecha por dúplex 80%, por angioTC de TSA 50% en seguimiento por Neurología, carcinoma vesical en tratamiento e insuficiencia cardiaca. Exfumador desde los 50 años. Alergia a omeprazol, amoxicilina, metformina.

El 22 de marzo de 2020 acude al HUIE por aumento de la disnea habitual desde 5 días antes que se hace de mínimos esfuerzos, reposo, ligero aumento de la tos no productiva, no fiebre, no dolor torácico, no diarrea. Se advierte, buen estado general, taquipnea ligera en reposo con tiraje supraclavicular leve, tolera decúbito y conversación. Auscultación cardio-pulmonar rítmica sin soplos, clic valvular normal, murmullo vesicular conservado con crepitantes inspiratorios base derecha. Abdomen sin hallazgos. Extremidades, no edemas ni signos de tvp. Rx tórax: esternotomía media. Engrosamiento peribroncovascular de predominio perihiliar, a valorar insuficiencia cardiaca. Severa cardiomegalia mayor que en control anterior. Derrame pleural izquierdo de escasa cuantía. Atelectasia laminar en campo pulmonar medio izquierdo. No se observan claras consolidaciones. Hallazgos no típicos de neumonía vírica por COVID-19 en el contexto de la pandemia. No se puede descartar concomitancia.

Queda ingresado en Medicina Interna con el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad de características víricas sugerente

de COVID-19 e insuficiencia respiratoria leve. Durante el ingreso tiene una evolución favorable con aportes de oxígeno y tratamiento pautado según protocolo. Presenta clínica con menos disnea con saturaciones en torno a 95 con gafas nasales a 21, que es lo que tiene prescrito en domicilio. Recibe tratamiento con hidroxicloroquina y doxiciclina, además de la medicación que tenía pautada previamente. Al alta, que tiene lugar el día 2 de abril de 2020 se encuentra clínica y hemodinámicamente estable.

Con fecha 22 de mayo de 2020, acude de nuevo a Urgencias del HUIE por disnea progresiva desde una semana antes sin dolor torácico, palpitaciones ni síntomas de infección. En la exploración física se advierte, TA 120/80 mmHg. Peso 95 kg. Talla 176 cm. IMC 30.7. Consciente, orientado, buen estado general. AC: arrítmico, soplo en foco mitral grado II. Auscultación pulmonar murmullo vesicular conservado, salvo crepitantes finos basales. Abdomen blando depresible, no megalias. EEII con signos de insuficiencia venosa crónica. En las pruebas complementarias destaca elevación de marcadores cardiacos con pico de troponina T ultrasensible: 2730 ng/l (punto de corte 14 ng/l), CK 944 U/l, CKMB 66.39 ng/ml, proBNP 384 pg/ml, Hb 9.6g/dl, dímero D 223 µg/dl, filtrado glomerular 86.43, gasometría pH 7.39, pCO₂ 51 mmHg, bicarbonato actual 30.9 mEq/l. En el ECG inicial se evidencia fibrilación auricular a 70 lpm, QRS estrecho, con supradesnivel del ST-T en torno a 1 mm en cara inferior, con descenso espeacular en I y aVL.

Ante la sospecha inicial de infarto agudo de miocardio se realiza coronariografía e ingresa en Cardiología. Ecocardiograma transtorácico: VI no dilatado con hipertrofia ligera. Función sistólica global límite inferior de la normalidad FEVI 50-55% visual y con aplanamiento leve septal por posible sobrecarga derecha e hipoquinesia de cara inferior. Ventrículo derecho ligeramente dilatado, no hipertrófico, con función global moderadamente deprimida con TAPSE de 12, onda S VD 8. Dilatación severa de aurícula izquierda y ligera de aurícula derecha.

Prótesis mitral metálica con gradiente medio de 7 mmHg, sin insuficiencia mitral patológica. Prótesis aórtica metálica con gradientes normales (GM 15 mmHg, GP 36 mmHg, no objetiva insuficiencia aórtica patológica. Insuficiencia tricuspídea moderada, que permite calcular al menos gradiente AD-VD de 64 mmHg, con curva no completa, alta probabilidad de HTP. Raíz de aorta de calibre normal y aorta ascendente proximal ligeramente dilatada de 40 mm. Llenado monofásico por FA. No derrame pericárdico. Vena cava dilatada sin colapso espiratorio.

Se alcanza como conclusión: Función ventricular izquierda en el límite inferior de la normalidad, con hipoquinesia en cara inferior previamente conocida y aumento de la disfunción a nivel de VD, con signos de aumento de presiones cavidades derechas. Prótesis mitral y aórtica mecánicas normofuncionantes.

Con diagnóstico de síndrome coronario agudo con elevación del ST tipo infarto inferior en evolución se decide la realización de cateterismo urgente por persistencia de las alteraciones descritas en el ECG y marcadores de necrosis cardiaca en ascenso.

En el cateterismo coronario realizado en la madrugada del 23 de mayo de 2020, con acceso cubital derecho, se observa, dominancia derecha. Tronco coronario izquierdo, descendente anterior y circunfleja sin lesiones. Coronaria derecha presenta ramo posterolateral ocluido. Se realiza intervencionismo coronario percutáneo a posterolateral de coronaria derecha: Se sonda con catéter JR4 y se avanza guía Fielder a PL, sin lograrse flujo por lo que se realiza inflado de balón de 2x10 tras lo cual se visualiza vaso distal de aceptable calibre y buen desarrollo, implantándose stent farmacoactivo Xience de 2.5x12 que queda con buen resultado angiográfico final.

Tras el procedimiento permanece clínica y hemodinámicamente estable. Se pauta doble antiagregación con ácido acetil salicílico+.

clopidogrel. Ingresa en UCI 24-48h para monitorización. Refiere disnea a moderados esfuerzos similar a su situación basal. Telemetría fibrilación auricular a 70 lpm, QRS estrecho. No arritmias relevantes. La evolución es favorable y se le da de alta el 26 de mayo de 2020.

El 11 de junio de 2020 acude a Urgencias por presentar disnea de pequeños esfuerzos progresiva, asociando disnea paroxística nocturna y ortopnea. Refiere además dolor torácico en hemitórax izquierdo tipo punzante a punta de dedo y con la inspiración, que no le recuerda el dolor del SCACEST. Refiere deposiciones oscuras tipo alquitrán que identifica como sangre, desde varios días antes (una semana después del alta) asociando epigastralgia con las comidas. No vómitos. En tratamiento con adiro, clopidogrel y sintrom, no tiene protectores gástricos por posible alergia a omeprazol, según consta en historia desde 25 de octubre de 2018. Nunca valorado ni estudiado en alergia, impresiona más de interacción medicamentosa. Rx tórax rotada poco inspirada, cardiomegalia, aumento de trama hiliar y parahiliar derecha similar a la de 22 de mayo de 2020, aumento de trama intersticial derecha con pinzamiento de senos costofrénicos, no claro infiltrado parenquimatoso. ECG eje normal, fibrilación auricular a 70 lpm, QRS 0.08, QTc 0.41, bloqueo de rama derecha, no signos de isquemia aguda (similar a ECG postinfarto de 26 de mayo de 2020).

Con los diagnósticos de insuficiencia cardiaca en paciente cardiópata, IAM inferior reciente con stent farmacoactivo en CD, anemia crónica agudizada, hemorragia digestiva alta y EPOC agudizado, ingresa para monitorización cardiaca y tratamiento depletivo con furosemida IV. Se transfunden concentrados de hematíes.

Evaluado por Cardiología, se decide suspender anticoagulación (13 de junio de 2020) y revertir con vitamina K. No consideran que haya contraindicación para realizar gastro-colonoscopia. Recomiendan al alta suspender adiro, mantener clopidogrel al menos 3 meses e introducir Sintrom. Se inicia bomba IBP.

Se realiza gastroscopia con los hallazgos de erosiones aisladas en antro, ascenso corto de mucosa ectópica y ausencia de restos hemáticos a ningún nivel. Diagnóstico: Hemorragia digestiva alta autolimitada. Gastritis erosiva sin estigma de sangrado reciente. Probablemente el sangrado es más bajo.

El 15 de junio de 2020 tras la realización de gastroscopia se inicia anticoagulación con enoxaparina por alto riesgo trombótico y se suspende adiro. Continúa con bomba de omeprazol.

El 16 de junio de 2020 a las 15 horas presenta bruscamente cuadro de pérdida de fuerza fluctuante en extremidades izquierdas. A la exploración: consciente, lenguaje presente con monosílabos, parálisis facial derecha, apertura ocular espontánea ojo izquierdo, derecho cerrado, desviación de la mirada a la derecha, hemiparesia izquierda, heminegligencia izquierda. Movilidad conservada derecha. Sudoroso. AC rítmica. AP MVC. EEII no edematosas. TA 139/62 mmHg, 36.4º, sat O2 99% GN a 2 l, glucemia 142. Se realiza TC urgente que muestra únicamente lesión maláctica antigua en punta del lóbulo temporal izquierdo sin signos precoces de isquemia aparentes en un estudio artefactado por los movimientos. De forma secuencial se realiza angioTC en el que se observa un stop en segmento MI de arteria cerebral media derecha. Hay además una ausencia de relleno de arteria vertebral derecha que impresiona de crónica. Juicio Diagnóstico: Ictus de ACM derecha. Valorado el caso por Neurología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, dado que el paciente está en tratamiento antitrombótico activo no se considera pertinente realizar trombolisis intravenosa por lo que se procede a organizar traslado a otro centro para realizar trombectomía mecánica primaria.

En el HUPH de acuerdo entre Neurología y Neurorradiología se decide realizar trombectomía mecánica previa intubación. Se realiza con técnica solumnbra. Se consigue extracción de trombo proximal en la T

carotidea, apreciándose en la serie de control flujo a la arteria cerebral anterior pero persistencia de oclusión en MI completa, por lo que se realiza otro pase con misma técnica, esta vez con Catalyst 7 y stent Catch 6x40 mm consiguiendo extracción completa del trombo en este pase y flujo intracraneal conservado. TICI3. Procedimiento sin complicaciones.

Durante la estancia en UCI presenta mala evolución. A pesar de la trombectomía exitosa no se observa mejoría en la situación neurológica quedando el paciente consciente, somnoliento. Pupilas mióticas y reactivas, dirige mirada. Cierra los ojos voluntariamente y opone resistencia al abrir el ojo derecho por intropion. Obedece órdenes sencillas con hemicuerpo derecho. Fuerza 0/5 en MSI. Algún movimiento leve espontáneo con MII. RCP extensor derecho. Paresia facial izquierda. TC de control con infarto extenso en territorio de ACM derecha con mínimo efecto de masa. También hiperdensidad en cisura de Silvio posiblemente en relación con trombosis vascular sin poder descartar posibilidad de componente hemorrágico.

En este contexto, teniendo en cuenta que la causa del ictus sea posiblemente cardioembólica se habla con Neurología y con Cardiología se considera necesario reanudar la anticoagulación, aunque dados los hallazgos del TC y el altísimo riesgo de transformación hemorrágica se decide esperar 24h. Se inicia antiagregación con AAS. Presenta neumonía bilateral broncoaspirativa, precisando Fi O₂ más elevadas. Estable desde el punto de vista hemodinámico sin evidencia de sangrado. Se inicia nutrición parenteral periférica.

El 19 de junio de 2020 es trasladado a la Unidad de Ictus, persiste mal estado general con evolución tórpida tanto a nivel respiratorio como neurológico, mantiene NIHSS de 18 puntos y persiste fiebre así como compromiso respiratorio. Tras detección de SA se ajusta antibioterapia a meropenem y vancomicina, así como tratamiento TARGA para administración por SNG tras valoración por Medicina Interna. El 20 de

junio de 2020 se detecta FA en telemetría, persiste necesidad de oxigenoterapia con alto flujo y fiebre a pesar de ajustes en tratamiento. Empeoramiento clínico con compromiso respiratorio así como a nivel neurológico con importante deterioro del nivel de conciencia. Se solicitan analítica con gasometría y troponina, Rx tórax urgentes. Se pauta manitol como medida antiedema sin respuesta.

Reevaluado en varias ocasiones a lo largo de la tarde, disconfort respiratorio refractario a medidas terapéuticas, se comunica a la familia y dada la situación terminal se decide adecuación del esfuerzo terapéutico, falleciendo a las 6:50 del día 21 de junio de 2020.

TERCERO.- A raíz de la formulación del escrito de reclamación se ha instruido el correspondiente procedimiento de responsabilidad patrimonial y se han solicitado los informes que se consideraron pertinentes, de los que se destacan los siguientes particulares.

Se comunica la reclamación a la aseguradora de la Administración, que por escrito fechado el 24 de mayo de 2021, señala que toda vez que los hechos reclamados ocurren en el HUIE, no estarían cubiertos por la poliza suscrita, al encontrarse dicho centro asegurado en la póliza de responsabilidad civil suscrita por el Servicio Madrileño de Salud.

Por escrito registrado el 28 de junio de 2021, la Dirección Médica del HUIE aporta la historia clínica del paciente, así como los informes emitidos por los servicios de Cardiología, Medicina Interna, Urgencia, Digestivo y Neurología, poniendo de manifiesto que la asistencia prestada al paciente lo ha sido en el marco del concierto suscrito con la Comunidad de Madrid, siendo el personal facultativo interviniente propio de la plantilla de la mercantil titular del centro hospitalario de referencia.

El 2 de junio de 2021 se emite informe por el jefe de servicio de Cardiología del HUIE, en el que tras exponer la asistencia médica

prestada al paciente señala que dicha actuación médica se ha ajustado a las últimas guías de práctica clínica recomendadas por la Sociedad Europea de Cardiología, Sociedad Española de Cardiología y Asociación Americana del Corazón, en las que se señala que la práctica de cateterismo urgente con realización de angioplastia primaria con implante de stent es una indicación IA, precisando que dicho cateterismo no se realizó porque hubiera un retraso en el diagnóstico y manejo del infarto, sino porque es una práctica habitual en esta patología. Indica igualmente que el retraso desde el inicio de los síntomas hasta la realización del cateterismo no influyó de forma deletérea en su evolución por cuanto se trataba de un vaso secundario, la función sistólica del VI estaba conservada y no presentó complicaciones agudas post IAM. Precisa igualmente que después del cateterismo, el paciente fue ingresado en Cardiología con alta cuatro días después. Finaliza señalando que si un paciente con triple terapia antitrombótica presenta, como el paciente, una hemorragia grave está indicando suspender la anticoagulación asumiendo el riesgo de trombosis de las prótesis.

El 16 de junio de 2021, se emite informe por el jefe del Servicio de Medicina Interna del HUIE, en el que expone que el paciente ingresa el 22 de marzo de 2020 en pleno pico de asistencia de COVID con un cuadro respiratorio y datos analíticos que no sugerían un origen bacteriano, por lo que la sospecha de COVID la considera bien fundamentada, sin que ello quede desvirtuado por la PCR negativa efectuada, toda vez que ello no permite descartar médicalemente la presencia de virus, siendo así que la sensibilidad de la prueba rondaba el 70%. Se le pautó hidroxicloroquina sin que en las pruebas realizadas, analíticas, radiografías y electrocardiogramas se observara efecto secundario alguno atribuible a dicho medicamento. Considera igualmente que la suspensión de la anticoagulación fue correcta, ante la situación de una hemorragia que ponía en riesgo la vida del paciente, señalando que el ictus posterior fue una circunstancia lamentable

derivada de un riesgo que debía asumirse. Concluyendo en que la actuación de su servicio fue correcta y ajustada a *lex artis*.

El 23 de junio de 2021 se emite informe por el jefe del Servicio de Urgencias del HUIE, en el que se pone de manifiesto la asistencia prestada en dicho servicio, señalando que en la visita del 22 de marzo de 2020 al paciente se le instauró el tratamiento previsto en el protocolo hospitalario vigente para pacientes con sospecha de COVID. En la visita del 22 de mayo de 2020, tras una serie de pruebas complementarias y de cambios electrocardiográficos sugestivos de cardiopatía isquémica aguda se comenta el caso con Cardiología quienes confirman sospecha y proceden a realizar cateterismo con implantación de stent y posterior ingreso a su cargo. Concluye, por tanto, en la conformidad médica de las actuaciones practicadas.

Con fecha 31 de mayo de 2021, se emite informe por el jefe de servicio de Digestivo del HUIE en el que tras la relatar la asistencia prestada, señala que las guías clínicas de manejo de la hemorragia digestiva alta no varicosa en paciente con doble antiagregación y anticoagulación ante inestabilidad o ausencia de mejoría está indicada la suspensión de la anticoagulación e incluso revertir con vitamina K así como reintroducir dentro de los primeros siete días tras su suspensión, lo que en el caso del paciente se realizó a las setenta dos horas con heparina a dosis anticoagulantes.

El informe del jefe de servicio de Neurología viene fechado el 21 de junio de 2021 y aborda los distintos reproches formulados por los reclamantes. En cuanto a la causa del ictus señala que no es posible conocer el origen del trombo que causa el ictus, que tiene varias posibles fuentes, varias de ellas de origen cardíaco y otras relacionadas con la enfermedad ateroesclerótica propia de la pared de los vasos sanguíneos que afecta especialmente a la arteria carótida del lado derecho del paciente. En relación al tratamiento antitrombótico, indica que se

suspende el día 12 de junio a fin de evitar problemas hemorrágicos mayores con la evidencia de una hemorragia digestiva en el ingreso. Se reinicia el día 15 con heparinas de bajo peso molecular a dosis anticoagulantes, siendo así que cuando el paciente sufre el ictus estaba de facto con triple terapia antitrombótica. Sobre la atención al ictus, señala que el HUIE no dispone de Unidad de Ictus ni de Neurólogo de presencia física para atención de ictus agudo, por lo que el programa de atención pasa por el apoyo del Neurólogo de guarda presencial en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Descarta finalmente que se haya incurrido en demora en la atención del ictus, exponiendo tras el relato cronológico que es de observar que la valoración clínica inicial se produjo a las 10-15 minutos de inicio de los síntomas. Que estudiadas las pruebas de neuroimagen practicadas, se advierte la procedencia de la trombectomía mecánica primaria para lo que se contacta con el hospital de referencia que está atendiendo en ese momento a otro paciente, por lo que se contacta con el HUPH, correspondiendo el tiempo hasta su ingreso a la activación de una UVI móvil del SUMMA112 y al propio traslado a dicho hospital.

El 27 de abril de 2022 emite informe la Inspección Sanitaria en el que considera correcta la asistencia sanitaria prestada al paciente.

Se concede trámite de audiencia al HUIE que presenta sus alegaciones con fecha 30 de junio de 2022 en las que viene a reiterarse en la conformidad a *lex artis* de la asistencia prestada al paciente.

Se concede, igualmente, trámite de audiencia a las reclamantes que con fecha 7 de julio de 2022, formulan alegaciones por las que tras la valoración de la documental remitida se ratifican sustancialmente en su reclamación.

Finalmente, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública, formuló propuesta de resolución, de 24 de agosto de 2022, en la

que propone al órgano competente para resolver, desestimar la reclamación al haberse ajustado la actuación sanitaria a la *lex artis*.

CUARTO.- El 6 de septiembre de 2022 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial. Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 565/22 al letrado vocal D. Javier Espinal Manzanares, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 4 de octubre 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, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros, y a solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, se regula en la LPAC 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.

Las reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, conforme a lo dispuesto en el artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, al ser la mujer e hija del paciente fallecido por la asistencia sanitaria que dicen inadecuada, cuyo fallecimiento les genera un indudable daño moral.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid toda vez que la asistencia sanitaria que consideran incorrecta se prestó en el HUIE, centro sanitario concertado con la Comunidad de Madrid. Debemos señalar que es imputable a la Administración sanitaria la responsabilidad por el funcionamiento de los servicios públicos en el seno de las prestaciones propias del Sistema Nacional de Salud, sea cual fuere la relación jurídica que la une al personal o establecimientos que directamente prestan esos servicios, sin perjuicio de la facultad de repetición que pudiera corresponder. En este sentido se ha manifestado esta Comisión Jurídica Asesora (Dictámenes 112/16, de 19 de mayo, 193/17, de 18 de mayo y 107/18, de 8 de marzo, entre otros muchos) asumiendo la reiterada doctrina del Tribunal Superior de Justicia de Madrid expresada, entre otras, en las sentencias de 30 de enero (recurso 1324/2004, Sala de lo contencioso-Administrativo, Sección 8^a) y de 6 de julio de 2010 (recurso 201/2006, Sala de lo Contencioso- Administrativo, Sección 9^a).

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 duodécima 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.

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 este caso el fallecimiento del paciente tuvo lugar el 21 de junio de 2020 y la reclamación de responsabilidad patrimonial se formula el 10 de mayo de 2021 por lo que es claro que se ha formulado en el plazo debido.

Por lo que se refiere 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 los servicios de Medicina Interna, Urgencias, Neurología y Digestivo del HUIE. También se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del reclamante 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 las reclamantes y al HUIE, y se redactó la propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

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, en los términos establecidos por la ley. 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 CA, 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 14/22 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.- En este caso, como hemos visto en los antecedentes, las reclamantes alegan la existencia de diversas irregularidades en la atención médica de esposo/padre que consideran que en su conjunto se han traducido en su fallecimiento.

De acuerdo con las alegaciones efectuadas por las reclamantes, lo relevante a la hora de enjuiciar la responsabilidad patrimonial es si se produjo la omisión de medios denunciada, pues como hemos señalado reiteradamente en nuestros dictámenes, en la medicina curativa nos encontramos ante obligaciones de medios y no de resultado, de tal forma que se cumple la *lex artis* cuando se utilizan todos los medios (de diagnóstico, de tratamiento, etc.) de los que se dispone. También hemos dicho con frecuencia que esta obligación de medios debe entenderse ceñida al contexto del momento y las circunstancias en que se efectúa la asistencia, es decir, a los síntomas que presenta el paciente y a las probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología. En este sentido, con cita de la jurisprudencia, hemos recordado que lo que procede es un empleo de medios ordinarios y diligencia para cerciorarse de los diagnósticos que se sospechen, sin que se pueda cuestionar el diagnóstico inicial por la evolución posterior de los acontecimientos.

Centrado así el objeto de la reclamación, vamos a analizar los reproches de las interesadas, partiendo de lo que constituye la regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019), 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*”.

Las reclamantes no han aportado a las actuaciones prueba alguna de sus afirmaciones, por el contrario, entendemos que los informes médicos que obran en el expediente contrastados con la historia clínica

examinada descartan la mala praxis denunciada. En particular, la Inspección Sanitaria, tras analizar el proceso asistencial reprochado ha considerado que la actuación de los distintos servicios implicados fue conforme a la *lex artis*. En este punto cabe recordar el especial valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a la opinión de la Inspección Sanitaria, 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”*.

Partiendo de lo expuesto, la primera de las irregularidades asistenciales alegadas en la reclamación viene referida al incorrecto tratamiento del paciente durante su ingreso en el mes de marzo de 2020, toda vez que entienden que se le pautó tratamiento para la COVID-19 sin que estuviera infectado, lo que influyó en su pluripatología de base y empeoró gravemente su estado.

Al respecto de dicha cuestión, señala el informe de la Inspección médica que estamos ante un paciente que ingresa en marzo de 2020 con signos de insuficiencia cardíaca y una neumonía bilateral que por los hallazgos analíticos y radiológicos y sobre todo en el contexto epidemiológico de esa fecha, no puede descartarse que sea por COVID-19. El hecho de que la PCR sea negativa, como argumenta el informe de Medicina Interna y refrenda la bibliografía médica, no descarta el diagnóstico, ya que una proporción de casos, que aumenta con los días de evolución de la enfermedad, tienen PCR negativa.

Señala seguidamente la Inspección que la actitud terapéutica adoptada es acorde con los protocolos vigentes en ese momento:

aislamiento, hidroxicloroquina, antibiótico y anticoagulación, y que de igual modo, durante el ingreso no presentó efectos secundarios de la medicación y la sintomatología mejoró progresivamente hasta el momento del alta. Es por ello que concluye al respecto de lo alegado por los reclamantes que el diagnóstico estaba justificado y el tratamiento fue correcto.

En relación al segundo de los reproches asistenciales formulados en la reclamación, retraso en el diagnóstico del infarto sufrido el 22 de mayo de 2020, se descarta el mismo por la Inspección. Señalando al respecto que la secuencia temporal en la realización de las pruebas diagnósticas que conducen al diagnóstico de IAM es razonable, el tratamiento realizado es el indicado por las Guías de Práctica Clínica de las Sociedades Científicas y el resultado de la intervención es bueno siendo dado de alta 4 días más tarde en situación clínica estable.

Por otro lado, el tratamiento al alta incluye la doble antiagregación que es necesario mantener tras la realización del implante de stent coronario y la anticoagulación por ser portador de prótesis mecánicas, ambos correctos de acuerdo con el conocimiento científico.

El tercero de los reproches asistenciales efectuados por las reclamantes venía referido a que el ictus isquémico sufrido por el paciente tenía como causa la supresión de la anticoagulación. Al respecto, la Inspección considera justificada médicaamente la supresión de la anticoagulación, señalando que esta actuación, como recogen los informes de Medicina Interna y Cardiología y la bibliografía científica, es correcta, ya que ante una hemorragia grave con anemia grave, cuadro que presentaba este paciente, debe suspenderse el tratamiento anticoagulante e incluso revertir con vitamina K, así como reintroducir dentro de los primeros 7 días tras la suspensión. En este caso tras confirmar ausencia de sangrado activo se reinicia a los 2 días. La aparición de un ictus es una posible complicación de la suspensión de

anticoagulación, en un paciente con alto riesgo trombótico tanto cardioembólico como por la enfermedad aterosclerótica, y es un riesgo, que de acuerdo al conocimiento científico, es asumible en esta situación.

La eventual demora en el tratamiento del trombo padecido por el paciente, es la última de las irregularidades asistenciales que sustentan la reclamación formulada, si bien queda descartada por el Inspección en su informe. Razona al respecto, la Inspección que la secuencia temporal, como se puede comprobar en la historia y los informes clínicos, es la necesaria para realizar las pruebas complementarias que confirman el diagnóstico. Una vez diagnosticado se contacta con el neurólogo de guardia del HURJC, que valora el caso indicando la realización de una trombectomía mecánica primaria. Se activa el Código Ictus, previsto en el Plan de Ictus de la Comunidad de Madrid, por el que se gestiona el traslado a un centro que disponga de intervencionismo vascular, en este caso el Hospital Puerta de Hierro, donde se realiza trombectomía sin complicaciones consiguiendo extracción completa del trombo. Es su entender por tanto, que el tiempo transcurrido hasta el tratamiento ha sido el necesario para confirmar el diagnóstico y gestionar y efectuar el traslado a un centro con intervencionismo vascular.

Por lo expuesto, siguiendo el criterio de la Inspección que ha quedado expuesto, se impone señalar que estamos ante un paciente con pluripatología muy grave, que presenta tres ingresos por motivos distintos desde marzo a junio de 2020. Durante esos ingresos se han realizado las pruebas necesarias para obtener los diagnósticos y se han aplicado los distintos tratamientos de acuerdo con los protocolos vigentes, pese a lo cual, la evolución ha sido desfavorable, con la aparición de graves complicaciones respiratorias y no ha sido posible evitar el fallecimiento del paciente.

Por todo lo expuesto, 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 4 de octubre de 2022

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 621/22

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid