

Dictamen nº: **650/21**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **21.12.21**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora, aprobado por unanimidad, en su sesión de 21 de diciembre de 2021, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el asunto sobre responsabilidad patrimonial promovido por D., D. y Dña., por el fallecimiento de su esposa y madre, Dña., que atribuyen a la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario La Paz y en el Hospital de Cantoblanco, en el tratamiento de una enfermedad respiratoria.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 12 de marzo de 2019, un abogado, actuando en representación de las personas mencionadas en el encabezamiento, presenta un escrito en el Registro del Servicio Madrileño de Salud, en el que detalla que la persona por cuyo fallecimiento se reclama se encontraba afectada de hipercolesterolemia y artritis reumatoide erosiva en tratamiento con leflunomida (Arava), prednisona y Arcoxia y que a mediados de febrero de 2018 empezó a padecer un cuadro de fiebre, tos, expectoración y cuadro confusional que motivó que acudiese a su médico de Atención Primaria en el Centro de Salud de Mirasierra, quien tras explorar a la paciente le pautó tratamiento con

paracetamol. No obstante, la sintomatología se incrementó en los días posteriores, llegando incluso a sufrir el día 17 de febrero un 2018 un desvanecimiento que motivó que se demandase la asistencia de una UVI móvil, que tras la exploración recomendó que continuara con el tratamiento inicialmente pautado. Sin embargo, la falta de mejoría de la paciente motivó que sus familiares solicitasen al día siguiente asistencia médica domiciliaria en la que se acordó la inmediata remisión de la misma al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario La Paz.

El escrito de reclamación continúa relatando que en el referido centro hospitalario se realizó una placa de tórax que se informó como “*alteraciones inespecíficas del parénquima pulmonar con aumento de la densidad en base izquierda*” y una PCR del virus de la gripe, con resultado negativo para el Haemophilus influenzae A y positivo para el Haemophilus influenzae tipo B, en base a lo cual se diagnosticó el padecimiento de una gripe B, para la que se pautó tratamiento con Tamiflu, prednisona, ceftriaxona, sin retirar el tratamiento con Arava, y acordándose su inmediata remisión al Hospital de Cantoblanco.

Continuando con el relato fáctico de la reclamación, el escrito refiere que durante el ingreso en el último hospital citado, y a pesar del tratamiento pautado, la paciente continuó siempre aturdida, constatándose la existencia de persistente febrícula, así como progresiva leucocitosis, a pesar de lo cual se le indicó que se iba a proceder al alta hospitalaria, lo que no llegó a producirse, al constatarse un severo incremento de la referida leucocitosis. Subraya que durante el ingreso no se suspendió el tratamiento con Arava a pesar de tratarse de un inmunosupresor.

El escrito de reclamación detalla que el 26 de febrero de 2018 se realizó un nuevo control analítico a la paciente que constató la perseverancia de la leucocitosis, por lo que se realizó una nueva placa

de tórax, que constató la persistencia de infiltrado en el lóbulo inferior izquierdo, junto a la existencia de crepitantes en base izquierda y la permanencia de la febrícula, lo que hizo sospechar que podía estar padeciendo realmente un proceso neumónico a pesar de lo cual no solo se continuó con el tratamiento con Arava, sino que además se decidió cambiar el tratamiento antibiótico intravenoso inicialmente pautado, ceftriaxona, por un tratamiento antibiótico oral, cefixima, a pesar de su menor eficacia.

Según el escrito de reclamación, el día 2 de marzo de 2018 la paciente sufrió una disminución del nivel de consciencia y al día siguiente, un severo cuadro de hipotensión con importante afectación del estado general que hizo sospechar la existencia de un cuadro séptico de origen respiratorio que motivó su traslado urgente al Hospital Universitario La Paz, donde se le practicó un TAC de tórax que describió imágenes sugestivas de sobrecarga hídrica, que motivaron que se cambiase nuevamente el tratamiento antibiótico pautado. El 4 de marzo sufrió un empeoramiento, y tras la práctica de un TAC craneal, se diagnosticó por el Servicio de Medicina Interna como *“neumonía retrocardiaca con derrame pleural izquierdo paraneumónico. Encefalopatía y síndrome confusional hipoactivo en el contexto de cuadro infeccioso y patología respiratoria. Brote agudo de artritis reumatoide con afección de pequeñas articulaciones de manos”*. A partir de ese momento la tórpida evolución de la paciente motivó que se ingresara a la misma en la UCI el día 6 de marzo como consecuencia del aumento de la insuficiencia respiratoria padecida que obligó a tener que proceder a su intubación y que acabase desarrollando un fallo multiorgánico secundario a la sepsis padecida que precipitó su fallecimiento el día 12 de marzo de 2018.

En virtud de todo lo expuesto, realizan los siguientes reproches:

La radiografía de tórax realizada a la paciente en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario La Paz el día 18 de febrero de 2018 ya constataba la existencia de un proceso neumónico en el lóbulo inferior izquierdo que no fue detectado y que motivó que se le diagnosticase el padecimiento de una gripe B, pautándose un tratamiento insuficiente y que se acordase la derivación al Hospital de Cantoblanco, en lugar de dejarla ingresada en el Hospital Universitario La Paz en donde poder recibir la exhaustiva asistencia y control médico que la grave patología infecciosa respiratoria padecida requería.

La paciente estaba en tratamiento con Arava, fármaco inmunosupresor que debilita las defensas de la paciente y cuya ficha técnica ya establece la necesidad de su inmediata supresión e incluso lavado-eliminación cuando el paciente desarrolla un proceso infeccioso respiratorio como en este caso y que de forma absolutamente injustificada no se llegó a retirar, condicionando así la tórpida evolución del proceso neumónico padecido por la paciente hasta acabar desencadenando su fallecimiento.

Un deficiente control del tratamiento antibiótico pautado a la paciente, lo que motivó un injustificado cambio del mismo a lo largo de los días que repercutió de forma directa en la mala evolución, sin estar justificado el cambio en la administración de los mismos por vía intravenosa a vía oral, a pesar de estar acreditada la menor eficacia de la vía oral frente a la vía intravenosa.

Por todo ello, se reclama una indemnización en cuantía que no se concreta, en espera del examen de la historia clínica completa de la paciente.

El escrito de reclamación se acompaña con un documento privado por el que los interesados confieren su representación al

abogado firmante del escrito de reclamación (folios 1 a 15 del expediente).

Consta en el expediente que a requerimiento del instructor del procedimiento se requirió a los interesados para que acreditaran el parentesco con la paciente por cuyo fallecimiento se reclama, lo que fue subsanado por los reclamantes mediante la aportación de copia del libro de familia y el DNI de los interesados de los que resulta que la paciente era la esposa y madre de los reclamantes.

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

La esposa y madre de los reclamantes, de 79 años de edad en la fecha de los hechos, contaba con antecedentes de hipercolesterolemia, cierto deterioro cognitivo desde hacía un año y artritis reumatoide tratada con Arava, Arcoxia y corticoides.

El 16 de febrero de 2018 acude al Centro de Salud Mirasierra por presentar un cuadro de tos con algo de expectoración, sin fiebre. El médico de Atención Primaria realiza la exploración y anota una saturación de oxígeno de 97%, auscultación pulmonar normal y faringe hiperémica. Con el juicio clínico de faringitis aguda, prescribe paracetamol y Fluimucil.

El 18 de febrero de 2018 se avisa al SUMMA 112 para que acuda al domicilio de la paciente por presentar mareo recurrente, polialgias, desorientación, fiebre, flemas y síncope el día anterior. En la exploración muestra vías aéreas permeables, respiración y auscultación pulmonar normal, saturación de oxígeno del 98%, pulsos periféricos normales, auscultación cardíaca rítmica y tensión arterial 110/60. Se realiza exploración neurológica que muestra a la paciente consciente, pupilas reactivas, Glasgow de 14 (normal) y ausencia de

focalidad neurológica. Se emite el juicio clínico de síndrome confusional agudo y se remite a la paciente al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario La Paz para valoración y seguimiento.

A las 17:00 horas del día 18 de febrero la paciente es atendida en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario La Paz al presentar fiebre (38°), mal estado general, expectoración y cuadro confusional de 3 días de evolución. Se anota que el marido está ingresado por gripe B en el Hospital de Cantoblanco. También consta el tratamiento habitual de la paciente (prednisona, Arava, Arcoxia y diversas vitaminas). A la exploración se aprecia temperatura de 37,1°C, tensión arterial de 130/78, saturación de oxígeno del 98% y exploración respiratoria, cardiocirculatoria, abdominal y neurológica normal. Se realiza analítica (bioquímica y gasometría venosa) que muestra ligeras alteraciones (pocos linfocitos, plaquetas bajas, proteína C reactiva elevada y fibrinógeno elevado). También se realiza radiografía de tórax que muestra signos de osteopenia y arteriosclerosis. A nivel pulmonar se consignan alteraciones inespecíficas del parénquima y un dudoso aumento de densidad en base izquierda. Finalmente se realiza PCR para virus respiratorio sincitial, gripe A y gripe B, dando positivo para virus Influenza B. Con el diagnóstico de *“infección respiratoria por virus de la gripe B”*, se prescribe tratamiento con Tamiflu y se remite a la paciente a la Unidad de Geriatría del Hospital de Cantoblanco, donde ingresa a las 22:00 horas de ese mismo día con buen estado general, sin dolor ni disnea, consciente y desorientada en tiempo y espacio, con el diagnóstico de infección por virus respiratorio tipo B e imagen radiológica de un dudoso infiltrado basal en pulmón izquierdo, por lo que se le administra, además de oseltamivir (antivírico), dos antibióticos: ceftriaxona y levofloxacino.

En el evolutivo consta que, al día siguiente del ingreso, la familiar de los interesados tiene buen estado general, si bien el 20 de febrero presenta una saturación de oxígeno del 96%. El 21 de febrero sigue

con tos y expectoración; fiebre de 37,1°C, igual saturación y además presenta un brote de artritis reumatoide. La analítica muestra una Proteína C reactiva de 147 y 17.000 leucocitos y se decide aumentar la prednisona. El 22 de febrero la paciente presenta buen estado general por lo que se plantea posible alta al día siguiente si la analítica estuviera bien. El 23 de febrero sigue con buen estado general, pasea, está sin fiebre y se aprecia descenso de la Proteína C reactiva, pero ha aumentado la leucocitosis. Consta que se informa al hijo de que, aunque clínicamente la paciente está bien, analíticamente persisten signos de infección. Se pauta repetir la analítica en dos días.

El 26 de febrero la madre y esposa de los interesados sigue con fiebre, con buen estado general; la inflamación articular ha mejorado, pero la leucocitosis se mantiene elevada, aunque se considera reactiva. Se decide cambiar los antibióticos de administración intravenosa a oral.

El 27 de febrero la paciente presenta algo de tos y dolor de manos, pero sin inflamación; la saturación basal de oxígeno es del 95%. Se realiza Rx de tórax que muestra una pequeña infiltración en segmento de lóbulo inferior izquierdo. Se alcanza el juicio clínico de neumonía del lóbulo inferior izquierdo como complicación de gripe B. Consta que se informa a la familia.

Los días siguientes la familiar de los interesados se mantiene estable y continua en tratamiento hasta que el 2 de marzo presenta un cuadro de disminución del nivel de consciencia, sensación de inestabilidad y fluctuación llamativa de la tensión arterial. Se anota que los familiares refirieron episodios anteriores similares. Se realiza ECG con resultados normales y una analítica urgente que muestra una pO₂ de 70,5, 69.000 plaquetas, leucocitosis de 36.500 con un 89,4% de neutrófilos, PCR de 99 y aumento de lactato. Se anota mala evolución de una neumonía del lóbulo inferior izquierdo en paciente

inmunodeprimida. Se consigna como plan terapéutico “*suspender Arava: infección no controlada y trombopenia*”. Se cambia el tratamiento antibiótico a vancomicina y meropenem.

El 3 de marzo consta que la paciente ha empeorado, con cuadro de hipotensión, leucocitosis, disnea e inestabilidad hemodinámica, lo que hace sospechar de un cuadro distributivo y sepsis de origen respiratorio en paciente inmunodeprimida por lo que se solicita su traslado al Hospital Universitario La Paz, ingresando en el Servicio de Urgencias, donde tras examinarla y valorarla se consigna que presenta hipotensión con mala tolerancia a la fluidoterapia, anotándose como diagnóstico principal: “*neumonía retrocardíaca con derrame pleural izquierdo paraneumónico y brote agudo de artritis reumatoide con afectación de pequeñas articulaciones de las manos*”. Tras ser valorada por los intensivistas, se descarta el ingreso en la UCI.

Se realiza TC de arterias pulmonares que muestra signos de sobrecarga hídrica/hipertensión pulmonar y descarta presencia de tromboembolismo pulmonar. Se emite el juicio clínico de “*cuadro de infección respiratoria con insuficiencia respiratoria aguda y de insuficiencia cardíaca aguda y derrame pleural bilateral*”. La paciente ingresa a cargo del Servicio de Medicina Interna.

El 4 de marzo la paciente es valorada, a petición de sus familiares, por el Servicio de Medicina Interna sospechándose un cuadro confusional hipoactivo en el contexto del proceso infeccioso de base. Se solicitan analíticas. A las 20:00 horas de ese día presenta un episodio de desviación de la mirada y movimientos de boca y brazos que obliga a descartar infección en el sistema nervioso central, por lo que se practica punción lumbar, obteniéndose líquido claro. Las analíticas muestran anemia ligera, leucocitosis de 33.800 con un 94,8% de neutrófilos y 75.000 plaquetas. También se realiza TC craneal que muestra atrofia córtico-subcortical difusa y posible

leucopatía isquémica de pequeño vaso. Se solicita interconsulta al Servicio de Neurología que confirma la presencia de encefalopatía y síndrome confusional hipoactivo en contexto de cuadro infeccioso y patología respiratoria.

El día 5 de marzo se realiza un TC de cuello, tórax y abdomen con contraste intravenoso apreciándose un escaso derrame pleural y afectación pulmonar parenquimatosa bilateral en vidrio deslustrado que ha progresado significativamente desde el control previo, de posible origen infeccioso o inflamatorio. El resto de órganos no muestra patología relevante.

El 6 de marzo el Servicio de Medicina Interna solicita el traslado de la paciente a la UCI, por una sepsis respiratoria nosocomial con mala evolución pese a soporte hidroelectrolítico y tratamiento antibiótico. Se comenta la posibilidad de neumopatía por broncoaspiración derivada de disfagia y episodios de atragantamiento y tratamiento con corticoides al no poderse descartar una neumonitis inflamatoria postviral en paciente predispuesto.

La madre y esposa de los reclamantes ingresa en la UCI con el diagnóstico de shock séptico de origen pulmonar con insuficiencia respiratoria secundaria y coagulopatía por sepsis. Se consigna además insuficiencia cardíaca congestiva descompensada que se trata con diuréticos.

El 7 de marzo se retira la vancomicina y amikacina para evitar nefrotoxicidad, manteniendo meropenem y antifúngico.

El 8 de marzo continua inestable y se consigna que impresiona como probable posibilidad una neumonitis intersticial por leflunomida (Arava). Al día siguiente presenta tendencia a la hipotonía, situación hemodinámica similar y fracaso renal. Se informa a la familia de la

gravedad de la situación.

El 10 de marzo se retira la sedación para mejorar la oxigenación. La evolución posterior es desfavorable, falleciendo el 12 de marzo.

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

Consta en el expediente la historia clínica de la paciente del Centro de Salud Mirasierra, del Hospital Universitario La Paz y del Hospital de Cantoblanco (folios 36 a 380 del expediente).

Asimismo, figura en el procedimiento el informe de 30 de mayo de 2019 del director del Centro de Salud Mirasierra en el que se explica que la última anotación que figura en la historia clínica relativa a la familiar de los reclamantes es la relativa al día 16 de febrero de 2018 por una faringitis aguda con saturación normal, siendo vista por una facultativa que a la fecha del informe ya no presta sus servicios en el referido centro de salud.

Obra en el expediente que el 8 de julio de 2019 los interesados presentaron un escrito en el que cuantificaron el importe de la indemnización solicitada en una cantidad superior a 150.000 euros, sin mayor concreción.

El día 26 de julio de 2019 emite informe el jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario La Paz, en el que tras mencionar brevemente los datos de la asistencia sanitaria dispensada a la madre y esposa de los reclamantes, explica que la infección por el virus de la gripe B en pacientes inmunodeprimidos, como en el caso que nos ocupa, comporta una especial gravedad con desarrollo de un cuadro de neumonitis vírica, sobreinfección bacteriana secundaria y,

eventualmente, sepsis grave, shock séptico y *exitus*. El informe añade que en el caso de la paciente fallecida se adoptaron las medidas diagnósticas y terapéuticas suficientes y adecuadas dada la situación clínica en cada momento, incluido el ingreso en la UVI, aunque lamentablemente la evolución final no pudo evitarse pese a todas las medidas de tratamiento adoptadas.

Asimismo, se ha incorporado al procedimiento el informe del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario La Paz en el que se explica, en primer lugar, en relación con la radiografía de tórax realizada a la paciente, que la misma fue valorada e informada por un facultativo especialista en Radiología siendo correcta y, coincidiendo con los datos aportados por la anamnesis, la exploración física y la analítica, determinando el diagnóstico de infección respiratoria y el tratamiento instaurado fue con oseltamivir (Tamiflu) para la infección vírica confirmada microbiológicamente y con ceftriaxona (tratamiento empírico con antibiótico de amplio espectro) para posible infección bacteriana asociada. En segundo lugar, en cuanto a la no retirada del fármaco Arava, el informe señala que, tras revisar el tratamiento pautado en el Servicio de Urgencias, se comprueba que se inicia la terapia para la patología aguda que le condiciona acudir a Urgencias y la paciente no recibe tratamiento con leflunomida (Arava R). Por último, en cuanto al deficiente control del tratamiento antibiótico pautado a la paciente, el informe expone que, en el Servicio de Urgencias, desde el primer momento, se inicia tratamiento antibiótico de amplio espectro empírico endovenoso.

Posteriormente, se ha incorporado al procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria que, tras analizar los antecedentes del caso y los informes emitidos en el curso del procedimiento, así como realizar las correspondientes consideraciones médicas, concluye que “*no existe evidencia de que la atención prestada haya sido incorrecta, inadecuada*

o negligente”. Considera que el personal sanitario que atendió a la paciente, siguió siempre los procedimientos más adecuados a su estado clínico aplicando todos los medios diagnósticos y terapéuticos disponibles en relación con la patología que presentaba y la evolución de su proceso.

Concluida la instrucción del expediente, se confirió trámite de audiencia a los reclamantes. No consta que los interesados formularan alegaciones en el trámite conferido al efecto (folios 391 a 394).

Finalmente, el 5 de octubre de 2020 se formuló propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado mala praxis en la asistencia sanitaria dispensada a la madre y esposa de los reclamantes.

Remitido el expediente a esta Comisión Jurídica Asesora, el Pleno de este órgano consultivo aprobó el Dictamen 517/20, de 17 de noviembre, en el que se concluyó que procedía retrotraer el procedimiento para que se recabase el informe del Hospital de Cantoblanco, puesto que los interesados centraban sus reproches no solo en la asistencia sanitaria dispensada por el Hospital Universitario La Paz sino también en la de dicho centro hospitalario, al que imputaban una actuación contraria a la *lex artis* al no haber retirado el tratamiento inmunosupresor que estaba recibiendo su familiar, así como al haber administrado un inadecuado tratamiento antibiótico.

Además, se consideró que debía recabarse el informe del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario La Paz, puesto que los interesados denunciaban que en la radiografía de tórax realizada a la paciente el día 18 de febrero de 2018 ya constaba la existencia de un proceso neumónico, que sin embargo no fue detectado. Señalamos que este reproche había sido contestado de manera muy somera por el Servicio de Urgencias del referido centro hospitalario, que es el servicio

que pautó dicha prueba, y que tampoco el informe de la Inspección Sanitaria, cuyo valor por su objetividad, imparcialidad y profesionalidad solemos destacar en nuestros dictámenes, analizaba en profundidad esa queja de los reclamantes.

Por otro lado, al no haberse acreditado debidamente la representación por el firmante del escrito de reclamación, se dijo en el dictamen que debía recabarse la oportuna acreditación.

Una vez recibido el citado Dictamen 517/20, de 17 de noviembre, consta en el expediente que se realizaron los siguientes trámites:

El 10 de diciembre de 2020 emite informe el jefe del Servicio de Radiología del Hospital Universitario La Paz que se limita a reproducir el resultado de las pruebas radiológicas realizadas a la paciente los días 18 y 26 de febrero de 2018 y 3 de marzo de 2018, sin mayor explicación.

El 17 de febrero de 2021 el Hospital Universitario La Paz vuelve a remitir el informe de 26 de julio de 2019 del Servicio de Medicina Interna del citado centro hospitalario, que ya obraba en el expediente examinado, en contestación al requerimiento de nuestro Dictamen 517/20 relativo a que se recabase el informe del Hospital de Cantoblanco.

Recabado nuevo informe de la Inspección Sanitaria, el 25 de febrero de 2021 el médico inspector se ratificó en el anteriormente emitido, no considerando necesario ampliarlo o modificarlo.

Tras los mencionados trámites se confirió trámite de audiencia a los interesados. Consta en el procedimiento que el 25 de mayo de 2021 formularon alegaciones en las que insistieron en los términos de su reclamación inicial.

Finalmente, el 21 de mayo de 2021 se dicta propuesta de resolución en la que se considera desestimar la reclamación al no haberse acreditado infracción de la *lex artis* en la actuación tanto del Hospital Universitario La Paz como del Hospital de Cantoblanco.

Remitido el expediente a esta Comisión Jurídica Asesora, el 15 de junio de 2021, el Pleno de este órgano consultivo aprobó el Dictamen 278/21, en el que se concluyó que procedía una nueva retroacción del procedimiento, pues la tramitación llevada a cabo tras el Dictamen 517/20, de 17 de noviembre, era claramente insuficiente a los efectos de que esta Comisión Jurídica Asesora pudiera entrar a examinar el fondo de asunto, pues no se había recabado el informe del Hospital de Cantoblanco, y en su lugar se había incorporado un informe que ya obraba en el expediente examinado y que, en consecuencia, ya fue calificado como insuficiente para responder a los reproches efectuados por los interesados. Por otro lado, también se consideró que el informe del Servicio de Radiología del Hospital Universitario La Paz, se limitaba a transcribir los datos sobre las pruebas radiológicas que figuran en el expediente, sin dar una explicación técnica a las cuestiones planteadas por los interesados que permitiera a este órgano consultivo adoptar una adecuada resolución sobre la cuestión controvertida relativa al retraso diagnóstico reprochado. Además, se recordó que debía requerirse a los interesados para que acreditaran la representación que ostentaba el abogado firmante del escrito de reclamación.

CUARTO.- Tras el Dictamen 278/21, de 15 de junio, de esta Comisión Jurídica Asesora se han sustanciado los siguientes trámites:

Consta que el 21 de junio de 2021 se requirió a los interesados para que acreditaran la representación que ostentaba el firmante del escrito de reclamación. Dicho requerimiento fue atendido el 1 de julio de 2021 mediante un escrito firmado por los reclamantes en el que

solicitaban que no se cursaran más comunicaciones con el abogado que hasta ese momento les había representado.

El 29 de junio de 2021 emite informe el jefe del Servicio de Radiología del Hospital Universitario La Paz dando una explicación técnica a los datos que figuran en las radiografías de tórax realizadas el 18 y el 26 de febrero de 2018 y en el TAC de 3 de marzo de 2018. En particular, por lo que se refiere a la radiografía realizada el 18 de febrero de 2018 cuestionada por los interesados sostiene que en la misma no se aprecian signos del proceso neumónico al que se refieren los interesados.

El jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital de Cantoblanco emite informe el 30 de junio de 2021 en el que se da contestación a los reproches efectuados por los reclamantes. En relación con el tratamiento con Arava (leflunomida), el informe explica que se mantuvo ya que la paciente tenía una artritis reumatoide erosiva, con frecuentes brotes inflamatorios, de manera persistente, y su retirada implicaba un alto riesgo de brote inflamatorio, que en su caso empeoraría el curso clínico de la paciente. Por otro lado, señala que en el informe de traslado al Hospital de Cantoblanco se describe un infiltrado basal izquierdo y, precisamente por ello, se pautan dos antibióticos (ceftriaxona y levofloxacino) para asegurar la cobertura antibacteriana necesaria para la situación. En cuanto a la sustitución de ceftriaxona por cefixima, explica que se trata de una cefalosporina de tercera generación, con un amplio espectro de cobertura antibiótica, igual de amplio que la ceftriaxona, y con una excelente absorción oral, por lo que no es correcta la afirmación recogida en la reclamación sobre la menor eficacia de los tratamientos orales frente a los tratamientos intravenosos.

El informe concluye señalando que la mala evolución clínica de la madre y esposa de los reclamantes era previsible por la edad, la

artritis reumatoide con afectación articular grave, y la comorbilidad y los antecedentes de deterioro cognitivo de perfil fronto-temporal, diagnosticado en el Servicio de Geriatria del Hospital "Cruz Roja" en diciembre de 2017. Considera que se procedió adecuadamente al ingreso en UCI, en donde lamentablemente falleció seis días después.

Tras la emisión de los anteriores informes se dio traslado a la Inspección Sanitaria que el 26 de julio de 2021 se ratificó en los informes anteriormente emitidos.

Conferido nuevo trámite de audiencia a los interesados, estos formularon alegaciones el día 29 de octubre de 2021 en las que insistieron en los términos de sus escritos anteriores.

El 16 de noviembre de 2021 se dicta propuesta de resolución en la que se considera desestimar la reclamación al no haberse acreditado infracción de la *lex artis* en la actuación tanto del Hospital Universitario La Paz como del Hospital de Cantoblanco.

QUINTO.- El 19 de noviembre de 2021 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada en relación con la asistencia sanitaria dispensada a la familiar de los reclamantes.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente a la letrada vocal Dña. Ana Sofía Sánchez San Millán que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 21 de diciembre de 2021.

A la vista de estos antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

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

En el caso que nos ocupa, los interesados han cifrado la cuantía de la indemnización que reclaman en una cantidad superior a 15.000 euros, por lo que resulta preceptivo el dictamen de este órgano consultivo.

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada, según consta en los antecedentes, ha de ajustarse a lo dispuesto en la LPAC.

Como ya dijimos, los reclamantes, hijos y esposo de la paciente fallecida, ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), en cuanto sufren el daño moral que provoca el fallecimiento de su familiar. Se ha acreditado debidamente la relación de parentesco que ligaba a los interesados con la fallecida mediante copia del libro de familia.

Los reclamantes actuaron inicialmente representados por un abogado respecto al que no se había acreditado el poder de representación que ostentaba de los interesados, motivo por el que esta Comisión Jurídica Asesora insistió en sus anteriores dictámenes en que se subsanara el defecto de representación observado. Tras el requerimiento efectuado por el instructor del procedimiento, los reclamantes han renunciado a dicha representación si bien con la formulación de alegaciones por su parte han venido a convalidar la actuación de su representante (así el Dictamen 73/14, de 12 de febrero, del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid).

La legitimación pasiva resulta indiscutible que corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria reprochada se prestó por el Hospital Universitario La Paz y por el Hospital de Cantoblanco, centros sanitarios integrados en la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

En cuanto al plazo, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, a tenor del artículo 67.1 de la LPAC, tienen un plazo de prescripción de un año desde la producción del hecho que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo, que se contará, en el caso de daños de carácter físico o psíquico, desde la curación o la fecha de determinación del alcance de las secuelas.

En este caso, en el que se reclama por el fallecimiento de la madre y esposa de los interesados, lo que aconteció el 12 de marzo de 2018, dicha fecha constituye el *dies a quo*, por lo que cabe considerar que la reclamación interpuesta el 12 de marzo de 2019 se ha formulado dentro del plazo legal.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y así se observa que se ha incorporado al expediente la

historia clínica de la paciente fallecida y, en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC, inicialmente se emitió informe por el Servicio de Medicina Interna y por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario La Paz. Asimismo, se recabó el informe de la Inspección Sanitaria con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen. Posteriormente, tras el Dictamen 278/21, se ha incorporado al expediente el informe del Servicio de Radiología del Hospital Universitario La Paz y del Servicio de Medicina Interna del Hospital de Cantoblanco. Tras ello se recabó nuevo informe de la Inspección Sanitaria que se ratificó en el anteriormente emitido y se confirió trámite de audiencia a los interesados. Por último, se formuló propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada.

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

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada de la que es exponente la Sentencia del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2018 (núm. rec. 5006/2016), requiere la concurrencia de varios requisitos:

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e

inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.

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

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

En concreto, cuando se trata de daños derivados de la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público porque el criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios.

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

triste que sea el resultado producido ya que la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”.

CUARTA. - Del breve resumen de los presupuestos de la responsabilidad patrimonial incluidos en la consideración jurídica precedente, se deduce que no cabe plantearse una posible responsabilidad de la Administración sin la existencia de un daño real y efectivo a quien solicita ser indemnizado. En este sentido recuerda la Sentencia de 13 de febrero de 2018 del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (recurso 597/2017), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo que *“la existencia de un daño real y efectivo, no traducible en meras especulaciones o expectativas”* constituye el núcleo esencial de la responsabilidad patrimonial traducible en una indemnización económica individualizada, de tal manera que resulte lesionado el ámbito patrimonial del interesado *“que es quien a su vez ha de soportar la carga de la prueba de la realidad del daño efectivamente causado”*.

Ciertamente 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”* (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004 –recurso 7013/2000- y en similar sentido la Sentencia de 25 de julio de 2003 –recurso 1267/1999-, entre otras) y que jurisprudencia consolidada ha admitido como supuesto de lesión indemnizable (Sentencias del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 1993 –recurso 395/1993-, 19 de noviembre de 1994 –recurso 12968/1991- y 28 de febrero de 1995- recurso 1902/1991-), aunque de difícil valoración económica.

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

Como hemos visto en los antecedentes, los reclamantes reprochan que la radiografía de tórax realizada a la paciente en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario la Paz el día 18 de febrero de 2018 ya constataba la existencia de un proceso neumónico en el lóbulo inferior izquierdo que no fue detectado y que motivó que se le diagnosticase el padecimiento de una gripe B, pautándose un tratamiento insuficiente y que se acordase la derivación al Hospital de Cantoblanco, en lugar de dejarla ingresada en el Hospital Universitario La Paz. Asimismo, denuncian que no se retirara el tratamiento inmunosupresor (Arava), lo que en su opinión condicionó la tórpida evolución del proceso neumónico padecido por la paciente hasta acabar desencadenando su fallecimiento. Además, inciden en que hubo un deficiente control del tratamiento antibiótico pautado a su familiar, al realizarse de manera injustificada, a su juicio, el cambio en la administración de los mismos por vía intravenosa a vía oral, lo que entienden repercutió de forma directa en la mala evolución.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron a la madre y esposa de los reclamantes, debemos partir de lo que constituye regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de noviembre de 2019 (recurso 886/2017).

Como es sabido, y así lo destaca, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2020

(recurso 829/2017) *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados”*.

En el presente caso, los reclamantes no aportan prueba alguna que acredite la existencia de mala praxis por parte de los servicios médicos del Hospital Universitario La Paz y el Hospital de Cantoblanco contra los que dirigen sus reproches, por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente, contrastados con la historia clínica examinada ponen de manifiesto que la asistencia sanitaria dispensada fue conforme a la *lex artis*. En este sentido, resulta relevante lo informado por la Inspección Sanitaria, ya que como hemos señalado reiteradamente, actúa con imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 13 de septiembre de 2018 (recurso no 309/2016). Pues bien, en este caso, la Inspección Sanitaria, en el primer informe que ha emitido en el curso del procedimiento, ratificado en los dos emitidos posteriormente, concluye que *“no existe evidencia de que la atención prestada haya sido incorrecta, inadecuada o negligente. El personal sanitario que atendió a la paciente, siguió siempre los procedimientos más adecuados a su estado clínico aplicando todos los medios diagnósticos y terapéuticos disponibles en relación con la patología que presentaba y la evolución de su proceso”*.

En relación con el primer reproche de los interesados relativo al retraso diagnóstico de la patología respiratoria que afectaba a su familiar, que entienden condicionó el tratamiento que reputan insuficiente, cabe destacar que los informes médicos que obran en el procedimiento consideran que se pautó el tratamiento adecuado en función de los signos y síntomas que presentaba la paciente. En este sentido, el informe del Servicio de Radiología señala que en la radiografía realizada en el Servicio de Urgencias el día 18 de febrero de 2018 no se apreciaban signos de neumonía, si bien, tal y como señala el informe del Servicio de Medicina Interna del Hospital de Cantoblanco, existía una imagen radiológica de un dudoso infiltrado basal en pulmón izquierdo, de modo que con dicho resultado y además con una prueba positiva para virus Influenza B, se pautó la remisión a dicho centro hospitalario, con un tratamiento con oseltamivir (Tamiflu) para la infección vírica confirmada microbiológicamente y además un tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro para una posible infección bacteriana asociada. Para la Inspección Sanitaria, a cuyas conclusiones debemos atender, no existen indicios de que se produjera un error de diagnóstico, y lo más relevante, el tratamiento fue el adecuado (antiviral y cobertura antibiótica para evitar complicaciones bacterianas), así como el ingreso en el Hospital de Cantoblanco, que no cuestiona, para vigilar la evolución.

En relación con lo indicado, conviene recordar que para evaluar la corrección de una concreta práctica médica hay que estar a la situación y síntomas del momento en que se realiza esta. Ello se traduce en que se deben aplicar a los pacientes todos los medios disponibles para su diagnóstico y tratamiento. Esta obligación de medios debe entenderse ceñida al contexto del momento y las circunstancias en que se efectúa la asistencia, es decir, a los síntomas que presenta cada paciente y a las probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología.

Como destaca la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de abril de 2018 (recurso 75/2017):

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

Por lo que se refiere a la retirada del inmunosupresor (Arava) que los interesados defienden sin más apoyo que sus propias consideraciones que no suponen criterio técnico alguno, el informe del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital de Cantoblanco es claro cuando explica que se trata de un inmunomodulador que no se puede retirar bruscamente si su uso es imprescindible y en este caso se mantuvo dicho tratamiento porque la paciente padecía una artritis reumatoide erosiva, con frecuentes brotes inflamatorios, de manera

persistente, y su retirada implicaba un alto riesgo de brote inflamatorio, lo que en su caso empeoraría el curso clínico de la madre y esposa de los interesados. De hecho, como se constata en la historia clínica, cuando se efectúa el traslado del Hospital de Cantoblanco al Hospital Universitario La Paz, el día 3 de marzo de 2018, se consigna *“un brote agudo de artritis reumatoide con afectación de pequeñas articulaciones de las manos”*, a pesar de mantener el tratamiento inmunosupresor, por lo que, como afirma el Servicio de Medicina Interna, la supresión del fármaco que demandan los reclamantes habría condicionado sin duda una agravación de dicha patología con mayores complicaciones. El mantenimiento del tratamiento cuestionado tampoco merece reproche para la Inspección Sanitaria, al no existir en los primeros momentos *“una infección grave no controlada”* que es la indicación para la retirada del inmunosupresor, de hecho, se constata en la historia clínica que la evolución inicial fue favorable hasta el día 27 de febrero, hasta el punto de que se llegó a plantear el alta de la paciente, si bien a partir de ese momento la evolución se complicó, de modo que el 2 de marzo, cuando la patología respiratoria mostró signos de gravedad, fue cuando se decidió la retirada del fármaco.

Por último, por lo que se refiere al cambio del tratamiento antibiótico de vía intravenosa a vía oral que para los interesados condicionó la mala evolución de su familiar, cabe señalar que dicha afirmación no encuentra respaldo en los informes médicos que obran en el expediente a cuyas consideraciones debemos atender dada la falta de prueba aportada por los interesados. En este sentido, el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Cantoblanco destaca la falta de base científica de dicha aseveración de los interesados y ha explicado en el procedimiento que la cefixima por vía oral, se trata de una cefalosporina de tercera generación, con un amplio espectro de cobertura antibiótica e igual de amplio que la ceftriaxona, que la

paciente tenía inicialmente pauta, y además con una excelente absorción oral.

En definitiva, los informes incorporados al procedimiento, que no han sido contradichos con prueba alguna aportada por los interesados, permiten entender que no hubo ninguna vulneración de la *lex artis*, sino que se hizo un seguimiento adecuado de la paciente, en función de los signos y síntomas que presentó en cada momento, adoptándose las medidas adecuadas para su tratamiento, que sin embargo no impidieron el fatal desenlace.

Por ello, a la luz de los mencionados informes contrastados con la historia clínica y en particular, teniendo en cuenta el relevante criterio de la Inspección Sanitaria, para quién, la asistencia sanitaria dispensada en fue conforme a la *lex artis*, debemos concluir, a falta de otra prueba aportada por los interesados que desvirtúe dichas afirmaciones, que no se ha acreditado la mala praxis ni el retraso de diagnóstico denunciados.

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

CONCLUSIÓN

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

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 21 de diciembre de 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 650/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid