

Dictamen nº: **47/23**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **02.02.23**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 2 de febrero de 2023, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña., Dña. y D., por el fallecimiento de D., por la defectuosa asistencia sanitaria prestada a su familiar en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz en el tratamiento de un linfoma cerebral.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado el día 8 de febrero de 2021 en el registro electrónico del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), los interesados anteriormente citados, asistidos por abogado, formulan reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos por el fallecimiento de su familiar el día 20 de marzo de 2020 (folios 1 a 44 del expediente administrativo).

Según refieren los reclamantes, el paciente fue diagnosticado de linfoma cerebral primario el 24 de julio de 2018, tras resección-biopsia de tumor frontal derecho. Se le pautó tratamiento de quimioterapia

según esquema MATRIx (metotrexato a dosis altas, citarabina, rituximab y tiotepa), recibiendo cuatro ciclos los días 1 de agosto, 29 de agosto, 26 de septiembre y 31 octubre de 2018.

De acuerdo con el escrito de reclamación, el 30 de enero de 2019, tras haberse sometido el paciente a un proceso de aféresis de progenitores hematopoyéticos, ingresó en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz para someterse a autotransplante de médula ósea de consolidación, tratamiento pautado para asegurar que el linfoma no volviera a aparecer. Alegan los reclamantes que el documento de consentimiento informado firmado por el paciente para esta intervención no contemplaba entre los posibles riesgos la paraplejia, la paraparesia u otras lesiones neurológicas.

Los interesados exponen que el día 30 de enero de 2019 se le administró Carmustine, el día 31 de enero de 2019 se le administró tiotepa y triple terapia intratecal con dexametasona, metotrexato y citarabina, el día 1 de febrero de 2019 se le administró nuevamente tiotepa y que el día 5 de febrero siguiente se realizó el autotransplante. Dicen que *“desde la administración de la quimioterapia intratecal, el paciente comenzó a presentar inestabilidad de la marcha y paraparesia (dismunición de fuerza) en miembros inferiores”*.

Refieren que, durante el ingreso hospitalario sufrió distintas complicaciones: mucositis leve-moderada, diarrea, episodios de desconexión del medio, inestabilidad/mareo con caída y datos de afectación cerebelosa (rotura completa de las fibras del tendón supraespinal e infraespinal y lumbalgia secundarias a la caída) y neutropenia febril y consideran que *“todos ellos eran signos evidentes de que el paciente estaba sufriendo una intoxicación por metotrexato, que se le había administrado el 31 de enero de 2019”*.

El escrito de reclamación explica, a continuación, en qué consiste el tratamiento con metotrexato, sus riesgos, cómo debe ser administrado y

los controles de la función renal que deben realizarse tras su administración. Alegan que el paciente sufrió una intoxicación por metotrexato que no fue diagnosticada por la omisión de las medidas de control, así como por falta de aplicación de procedimientos de depuración extracorpórea para corregir el cuadro provocado por el metotrexato, pautándose ácido fólico intravenoso y posteriormente oral y B12 a dosis altas y tratamiento rehabilitador.

Tras ser dado de alta el día 21 de febrero de 2019, refieren que el día 8 de marzo de 2019 tuvo que ser atendido en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos por inestabilidad de la marcha, alteración sensorial en miembros inferiores y retención aguda de orina, así como disnea a moderados esfuerzos, astenia, disuria, imposibilidad para orinar e hipoestesia en región perianal. El paciente quedó ingresado en el citado centro hospitalario y el cuadro sintomatológico continuó empeorando. Realizada resonancia magnética de columna, esta no evidenció alteraciones groseras, por lo que, tras concluir que dichos hallazgos no eran compatibles con la clínica del paciente y tras nuevo interrogatorio se consideró que el paciente presentaba una mielopatía tóxica secundaria al metotrexato.

Los reclamantes dicen que, en ese momento se les informó sobre la posibilidad de paraplejia irreversible del paciente, pudiendo incluso evolucionar la paraparesia hasta afectar a la musculatura respiratoria y de miembros superiores y que este no presentó mejoría al tratamiento farmacológico pautado, por lo que fue dado de alta el día 11 de abril e ingresado en el Hospital Guadarrama para recibir rehabilitación funcional de la lesión medular y afectación cordonal posterior.

Los interesados relacionan, a continuación, las complicaciones siguientes sufridas por el paciente y los múltiples ingresos que tuvo en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos y cómo a partir del 24 de octubre de 2019 se solicitó interconsulta a Cuidados Paliativos,

acordándose continuar los cuidados en el domicilio. No obstante, el paciente tuvo que ser nuevamente ingresado los días: 3 de noviembre con alta el día 15 siguiente; el día 20 de diciembre, recibiendo el alta el día 3 de enero de 2020; 8 de enero de 2020; 12 de febrero de 2020 con alta médica dos días después; 23 de febrero con alta domiciliaria al día siguiente.

El escrito de reclamación indica que el paciente falleció el día 20 de marzo de 2020, adjuntando copia del certificado de defunción del paciente y reprochan que no se valorara si los posibles beneficios del metotrexato superaban el riesgo de mielosupresión, así como el retraso en el diagnóstico de la intoxicación por metotrexato y el alta indebida del paciente al que se le debió haber realizado hidratación y alcalinización tras la infusión del metotrexato, se le debieron haber monitoreado los niveles plasmáticos de dicho fármaco, así como haber vigilado la función renal del paciente, lo que provocó que no se le diagnosticara la intoxicación por metotrexato y, por tanto, no se iniciaran con urgencias las medidas para eliminar el fármaco y revertir la intoxicación.

Alegan, también, el retraso en el diagnóstico de dicha intoxicación por parte del Hospital Universitario Rey Juan Carlos al no haber sido valorado el paciente por el Servicio de Neurología sino hasta cuatro días después de su ingreso y que, una vez diagnosticada la mielopatía tóxica, el tratamiento no fue el adecuado porque, al no figurar en la historia clínica la dosis administrada de ácido fólico, no se puede comprobar si esta era la adecuada.

Además, consideran que hubo una falta de información porque el documento de consentimiento informado firmado por el paciente no contemplaba como riesgo de la quimioterapia la paraplejía.

Finalmente reprochan la falta de medidas de prevención de las úlceras por presión y deficiente tratamiento de las mismas.

Solicitan como indemnización, además de los daños *iure proprio* por el fallecimiento de su familia que cuantifican en 260.410,27 € al tener en cuenta que la reclamante, viuda del paciente, tiene reconocido un grado de discapacidad del 81 % por ceguera bilateral, los daños *mortis causa*, cuya compatibilidad reconoce la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación. Por los daños “*mortis causa*” solicita una indemnización de 114.951,91 €, resultando una indemnización total de 375.362,18 €.

Acompañan con su escrito de reclamación una fotocopia del libro de familia, el certificado de defunción del paciente, informe de condiciones de salud del paciente para solicitar el reconocimiento de la situación de dependencia, informes médicos del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, documentos de consentimiento informado firmados por el paciente e informes del Hospital Universitario Rey Juan Carlos y del Hospital Guadarrama, cálculo de la indemnización *iure proprio*, reconocimiento del grado de discapacidad del 81 % de una de los reclamantes, así como copia de la declaración del IRPF de 2019 (folios 47 a 615).

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

El paciente, nacido en 1952, sin antecedentes de interés, el día 7 de julio de 2018 ingresó en el Servicio de Neurología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos tras acudir por Urgencias por cuadro de desorientación, cefalea y limitaciones en la deambulación de varios días de evolución.

Se realizó estudio con TAC y se evidenció una voluminosa lesión sólida frontal derecha, que dada su localización adyacente a la hoz interhemisférica que se consideró que corresponder con meningioma,

aunque su patrón de captación la hacía compatible con tumor glial (a valorar mediante resonancia magnética (RMN) cerebral).

Se completa estudio con TAC body, que no mostraba alteraciones, y RMN cerebral que informan de: *“Lesión intraparenquimatosa de 5 cm centrada en los giros frontales superior y medio derechos, con hallazgos sugerentes de lesión glial de alto grado, sin poder descartar completamente un linfoma primario cerebral. Condiciona leve herniación subfacial izquierda de 7 mm”*.

Se solicitó valoración por Neurocirugía que indicaron resección de la lesión.

El paciente fue dado de alta el día 13 de julio de 2018 con control en consultas de Neurología.

Con fecha 24 de julio de 2018 el paciente ingresó en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz a cargo del Servicio de Neurocirugía para intervención quirúrgica. Procedimiento Quirúrgico: Craneotomía frontal derecha. Resección tumoral. Abordaje: Abierto. Lateralidad: Derecha. Toma de muestra para Anatomía Patológica intraoperatoria, que posteriormente confirmaron como probable linfoma.

El paciente fue dado de alta el 29 de julio de 2018 con control ambulatorio en consultas de Neurocirugía y Hematología.

El día 30 de julio de 2018 el paciente fue valorado en consultas de Hematología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Se le informó del diagnóstico de linfoma cerebral primario. Se le explicó el tratamiento quimioterápico según esquema MATRIx con rituximab, metotrexato (MTX), citarabina y tiotepa, que comprendió y aceptó.

Con fecha 1 de agosto de 2018 recibió en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos el primer ciclo de quimioterapia según esquema

MATRIx con rituximab los días 1 y 6 de agosto de 2018, MTX el día 7 de agosto de 2018. Además, le pautaron rescates de folinato a las 24 horas de inicio del fármaco y se determinaron los niveles de MTX confirmándose la eliminación progresiva del mismo. La citarabina se administró los días 8 y 9 de agosto de 2018 y tiotepa el día 10 de agosto.

El día 23 de agosto de 2018 acudió al Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz a control en consultas de Neurocirugía. Le retiraron las grapas y le dieron el alta con seguimiento por Hematología.

Entre los días 29 de agosto y 7 de septiembre de 2018 recibió el segundo ciclo de quimioterapia según el esquema pautado. El día 3 de septiembre de 2018 ingresó en el Servicio de Oncología y el día 4 de septiembre se administró MTX pautándose rescates de folinato a las 24 horas de inicio del fármaco y se determinaron los niveles de MTX confirmándose la eliminación progresiva del mismo.

El siguiente ciclo tuvo lugar entre los días 26 de septiembre y 5 de octubre, procediéndose a la administración del MTX el día 2 de octubre, previo ingreso del paciente, pautándose rescates de folinato a las 24 horas de inicio del fármaco y determinándose los niveles de MTX para confirmar la eliminación progresiva del mismo. Además, previa a la administración de citarabina se le administraron 300 mg iv de vitamina B6, así como colirio dexametasona 2 gotas en cada ojo cada 8 horas.

El día 17 de octubre de 2018 se realizó en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz proceso de aféresis de progenitores hematopoyéticos para un posterior auto trasplante de medula ósea de consolidación. Citaferesis/Criopreservación: 16.23 millones de células CD34+/kg de peso, en un volumen de 258 ml, distribuido en 3 bolsas.

El cuarto ciclo de quimioterapia se inició el día 31 de octubre de 2108 según el protocolo, ingresando el paciente el día 5 de noviembre

para la administración de MTX el día 6 de noviembre. Como en los ciclos anteriores, se pautaron rescates de folinato a las 24 horas de inicio del fármaco y se determinaron los niveles de MTX confirmándose la eliminación progresiva del mismo. Además, con carácter previo a la administración de citarabina se le administraron 300 mg iv de vitamina B6, así como colirio dexametasona 2 gotas en cada ojo cada 8 horas.

Con fecha 30 de enero de 2019 el paciente ingresó en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz para la realización de Trasplante Autólogo de progenitores hematopoyéticos (Auto-TPH).

Al día siguiente, 31 de enero, como parte del acondicionamiento para la realización de la infusión de los progenitores hematopoyéticos, se realizó punción lumbar para estudio de líquido cefalorraquídeo (LCR) sin incidencias. Se administró triple terapia (MTX, citarabina y corticoide) intratecal. Consta en la historia clínica que ese día el paciente presentó un episodio que se describe así en la historia clínica:

«31/01/2018 22.14h médico de guardia

“Avisan a la 08:10 tras encontrar al paciente estuporoso, con ausencia de respuesta a estímulos. A mi llegada paciente con ojos cerrados sentado en el sillón. No obedece a órdenes sencillas. Responde a la voz. Tono muscular conservado. Pupilas isocóricas y reactivas.

TA: 110/90 FC: 133 SpO₂: 90% Diuresis durante la tarde de 1000mL.

-AC: Rítmica, taquicárdica, bien hidratado, nutrido y perfundido, normocoloreado y eupneico. AP: MVC sin ruidos sobreañadidos

A los 20 minutos el paciente recupera progresivamente la conciencia respondiendo a órdenes sencillas, orientado en tiempo, espacio y persona.

Se habla con familiares (no estaban en el momento del episodio) quienes refieren haber estado hablando con el paciente a las 19:30 por teléfono. Describen que a esa hora han oído un ruido y han dejado de escuchar al paciente. Valorado por nosotros posteriormente a las 08:10 estuporoso.

***Analítica: Leucocitosis neutrofílica, hemoglobina estable, plaquetas en rango. Función renal e iones en rango, PCR de 2.70. MDM negativos.*

--GV: Acidosis metabólica, pH de 7.26, Bicarbonato de 16 y Ac.láctico de 90.

***TAC de Cráneo: Informe oral. Superponible a previos.*

***ECG: Ondas T negativas en III. No ECG previo para comparar.*

El paciente no tiene datos de sepsis ni clínica infecciosa. Se revisa ficha técnica de carmustina y tiotepa. La tiotepa puede dar episodios convulsivos. En ninguno de los dos fármacos administrados está descrito Acidosis metabólica asociada.

Reevalúo al paciente a las 21:45 refiere recuperación completa aunque presenta dolor en región lateral de brazo/hombro derecho. Se revisa PICC sin palpar cordón venos, no se objetivan alteraciones a dicho nivel (no calor, no rubor, no dolor a la palpación).

Impresiona de etiología muscular.

***JC: Impresiona de probable crisis epiléptica a filiar secundaria a acidosis metabólica*

***PLAN: Se pauta 1/6M de Bicarbonato a administrar en 1-1.5h. Se administra bicarbonato en el suero. Pauto Keppra por posible episodio de Crisis epiléptica. Control estrecho de constantes y diuresis. Si nuevos episodios avisar a MÉDICO DE GUARDIA.*

Se avisa a Neurología que solicita EEG».

El día 2 de enero de 2019 el paciente presentó otro episodio de disminución de consciencia. Según la historia clínica, *“su mujer (invidente) nos relata que mientras se encontraba manteniendo conversación normal, ha comenzado con hipo y posteriormente ha dejado de hablar y ha oído un ronquido”*. Se solicitó valoración por Neurología

La infusión de los progenitores hematopoyéticos tuvo lugar el día 5 de febrero de 2019. Consta en la historia clínica nueva valoración, ese mismo día, por parte del Servicio de Neurología que dice:

“-EEG: CONCLUSIÓN: Registro E.E.G. de vigilia que muestra área de lentificación frontal derecha en relación a lesión subyacente. No se registran anomalías epileptiformes.

-RM cerebral: Cambios postquirúrgicos tras resección de tumoración frontal derecha, sin signos de resto/recidiva tumoral intraparenquimatosa, si bien en la zona intervenida se observa cavidad postquirúrgica con moderado realce meníngeo en la pared posterior de la cavidad, sin grandes cambios respecto al previo (HRJC, realizado en otro centro) y que no asocia aumento significativo de CBVr en perfusión, valorar seguimiento con RM. Resto del estudio sin cambios significativos.

***Revisamos imagen, cerebelo sin afectación.*

J. CLÍNICO: Episodios de bajo nivel de conciencia a estudio, no impresionan de crisis epilépticas. Inestabilidad con datos de afectación cerebelosa difusa en exploración (toxicidad por QT y Vimpat??)

PLAN: Suspendo Vimpat y dejo con Keppra 250-0-250. Se puede completar estudio con Doppler de territorio vertebro-basilar”.

Consta nueva valoración por el Servicio de Neurología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz el día 12 de febrero de 2019, en la que consta que el paciente presentaba buena evolución, que deambulaba solo unos pasos, “*ya no tiene inestabilidad*” y que no había tenido “*nuevos episodios de pérdida de conocimiento*”. Se indicó reducir el tratamiento de Keppra durante una semana y luego suspender.

Según la anotación de la historia clínica correspondiente al Servicio de Neurología del día 18 de febrero:

“Ya se ha iniciado retirada, no queda clara la naturaleza de los episodios. Hago pauta de retirada, suspendo dosis de esta noche y mañana dar ultima dosis por la mañana suspender”.

El paciente fue dado de alta el día 21 de febrero de 2019 con control postrasplante por el Servicio de Hematología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz el día 28 de febrero.

De acuerdo con la anotación de la historia clínica correspondiente a ese día, 21 de febrero de 2019:

“Ha ido a mejor. ECOG 1. Está comiendo bien. Afebril. Está con dificultad para orinar, que achaca a próstata. También refiere dolor de espalda como contractura, y persiste con dolor en hombro derecho en relación con rotura de suprainfraespinoso. Tiene miedo de caerse, refiere inestabilidad y tendencia al mareo”.

El día 8 de marzo de 2019 el paciente ingresó en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos, a cargo del Servicio de Hematología, por un cuadro progresivo de inestabilidad en la marcha. El estudio realizado mostró que el paciente presentaba una mielopatía con afectación de cordón posterior. En ausencia de datos de recidiva de su enfermedad de base mediante RMN y con niveles de Vit.B12 y ácido fólico normales se sospecha de una mielopatía tóxica secundaria a MTX. Por lo que se inicia tratamiento con corticoides, folínico iv (posteriormente oral), Vit. B12 y rehabilitación. Se informa a la familia del diagnóstico, del mal pronóstico con posibilidad de evolución a una paraplejía irreversible.

Al alta, dada el día 12 de abril de 2019, para su traslado al Hospital Guadarrama, se continuó con tratamiento rehabilitador.

El paciente estuvo ingresado en la Unidad de Recuperación funcional de neurológicos del Hospital Guadarrama desde el día 12 de abril de 2019 hasta el 30 de mayo de 20219, observándose recuperación funcional. Sin embargo, presentó varios picos febriles con varios focos (úlceras por presión e ITU) que precisaron de manejo y control por sus especialistas por lo que fue trasladado al Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

En este sentido, el día 30 de mayo de 2019 tuvo que ser ingresado a cargo del Servicio de Hematología del citado centro hospitalario, donde ingresó por varios picos febriles por lo que se realizaron los correspondientes estudios complementarios y se inició antibioterapia de amplio espectro. Se realizaron las curas por parte de Enfermería y se mantuvo el tratamiento rehabilitador. Finalmente, el paciente fue dado de alta tras estabilidad clínica y resolución del cuadro febril el día 28 de junio de 2019.

El paciente tuvo que ingresar nuevamente el día 29 de julio de 2019 a cargo del Servicio de Hematología del Hospital Universitario Rey

Juan Carlos por infección del tracto urinario con resolución del cuadro tras inicio de tratamiento antibiótico.

El día 6 de agosto de 2019 fue atendido en consultas de Hematología del citado centro hospitalario. Presentaba urocultivo de control negativo y hemocultivos también negativos.

Con fecha 13 de agosto de 2019 fue visto en consultas de Rehabilitación del Hospital Universitario Rey Juan Carlos donde, tras ser valorado y comprobado un adecuado manejo del paciente con silla de rueda eléctrica, fue dado de alta con revisión en 3 meses.

El paciente estuvo ingresado entre los días 17 y 23 de agosto de 2019 en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Rey Juan Carlos por nueva infección del tracto urinario con resolución del cuadro tras inicio de tratamiento antibiótico.

El día 28 de agosto de 2019 el paciente ingresó nuevamente en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Rey Juan Carlos por shock séptico con probable origen escara sacra. Se inició antibioterapia de amplio espectro con crecimiento de *Pseudomona* multisensible en cultivo de la escara. Se realizó TAC que descartó osteomielitis y se realizó curetaje por el Servicio de Cirugía Plástica. El paciente permaneció ingresado hasta el día 13 de septiembre de 2019, fecha en la que fue dado de alta hospitalaria.

Con fecha 10 de octubre de 2019 ingresó nuevamente en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Rey Juan Carlos por sepsis grave de origen cutáneo (escara sacra). Se inició antibioterapia de amplio espectro y fue valorado por Cirugía Plástica que realizó desbridamiento quirúrgico. A pesar de ello, ante la sospecha de osteomielitis crónica, se informó al paciente y los familiares de la situación de gravedad. Se recomendó continuar el tratamiento en un

centro de media estancia, pero el paciente y los familiares lo rechazaron, dado que el paciente identificaba su calidad de vida con el deseo de permanecer alejado de atención sociosanitaria. Tras estabilidad clínica fue dado de alta el día 25 de octubre siguiente, con continuación de las curas por parte de Enfermería del centro de salud.

El 3 de noviembre de 2019 el paciente ingresó de nuevo por sepsis de origen en la úlcera sacra, tratada con antibioterapia de amplio espectro. Fue valorado de nuevo por la Unidad de Soporte Hospitalario. Los familiares y el paciente deseaban el cuidado en su domicilio de la cura de la úlcera pese a la complejidad de la misma, por lo que se coordinó, como se estaba haciendo hasta ese momento, con Enfermería de Atención Primaria. Fue dado de alta el día 15 de noviembre de 2019.

El paciente fue atendido en consultas de Hematología el día 16 de diciembre de 2019. Refería pérdida de voz y progresión de la debilidad a miembros superiores.

El día 20 de diciembre de 2019 tuvo que ingresar a cargo del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Rey Juan Carlos por infección de úlcera en el talón izquierdo, donde permaneció hasta el día 3 de enero de 2020.

Con fecha 12 de febrero de 2020 ingresó nuevamente en el Servicio de Medicina Interna por infección respiratoria no consolidante, de posible origen broncoaspirativo. Tras conseguir estabilidad clínica, el paciente fue dado de alta el día 14 de febrero con tratamiento antibiótico de forma ambulatoria.

El día 23 de febrero de 2020 el paciente precisó nuevo ingreso en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Esta vez por broncoaspiración e infección del tracto urinario en paciente portador de sonda vesical. Tras conseguir estabilidad clínica el paciente

fue dado de alta al día siguiente, 24 de febrero, con tratamiento antibiótico de forma ambulatoria.

El paciente falleció el día 20 de marzo de 2020, según certificado de defunción de su médico de Atención Primaria.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó su tramitación, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 de la LPAC, consta un informe del jefe de Servicio de Hematología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, de 23 de marzo de 2021 (folios 673 a 675), que describe la asistencia prestada al paciente por dicho servicio, hace un resumen de la evolución analítica del paciente durante la administración de MTX intravenoso a altas dosis. El informante indica que, durante el ingreso del paciente en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, y previo a recibir el tratamiento de acondicionamiento, el paciente recibió MTX intratecal *“que no precisa el mismo manejo que su administración sistémica o intravenosa. Es decir, no se precisa alcalinizar ni realizar niveles de metotrexato posteriores dada que la dosis de metotrexato es mínima (12 mg). La evaluación clínica, y analítica incluyendo función renal durante su ingreso en FJD fue diaria”*.

El informe añade:

“Tras la realización del autotrasplante de progenitores hematopoyéticos y ya de alta, el paciente acude de Urgencias al HURJC el viernes 8 de marzo de 2019 por retención aguda de orina e inestabilidad para la marcha. Al tratarse de un paciente diagnosticado de una patología tumoral primaria cerebral con clínica

neurológica, se solicita resonancia magnética cerebral ese mismo día a las 16;15 horas.

Tras reevaluar al paciente, el lunes 11 de marzo de 2019 se realizan interconsultas al Servicio de Urología, Neurología y Auxiliar de Geriatría para valorar movilidad y alteraciones neurológicas del paciente.

El 12 de marzo de 2019 se realiza la resonancia magnética cerebral y junto con otras pruebas complementarias solicitadas por el Servicio de Neurología, llegándose al diagnóstico de presunción de mielopatía tóxica por Metotrexate, tras haberse descartado otras posibles causas.

En resumen, la administración de los fármacos indicados por su enfermedad que recibió este paciente en HRJC fue siempre adecuada a los protocolos y con las medidas precisas para disminuir en lo posible la toxicidad. Hay que tener en cuenta que los fármacos utilizados dentro del esquema MATRIX no están exentos de potenciales toxicidades a diferentes niveles, incluido el sistema nervioso central; sin embargo, dada la gravedad de la enfermedad de base, el balance beneficio-riesgo justifica el empleo de este esquema”.

El día 22 de marzo de 2021 emite informe el jefe de Servicio de Neurología del Hospital Universitario Rey Juan Carlos que se pronuncia sobre la asistencia prestada a partir del día 8 de marzo de 2019 y las pruebas realizadas al paciente para concluir:

“Posteriormente, tras revisión de pruebas complementarias, evaluación clínica en varias ocasiones, se emite el diagnóstico de presunción de mielopatía tóxica por metotrexate. Este diagnóstico es un diagnóstico de exclusión, para el que es necesario la realización de pruebas complementarias para llegar al mismo. Este cuadro es

una complicación infrecuente y muy grave del metotrexate intratecal. Se cree que es una reacción idiosincrática al fármaco, es decir, una reacción anormal que algunos pacientes tienen frente a un medicamento, y para la que no suele haber explicación ni posibilidad de detección a priori.

Una vez emitido el diagnóstico de presunción, el día 25 de marzo de 2019, el paciente recibe tratamiento médico con folinato cálcico”.

Con fecha 17 de marzo de 2021 emite informe el jefe asociado del Servicio de Equipo de Soporte Hospitalario del Hospital Universitario Rey Juan Carlos (folios 690 y 691). El informe destaca la difícil situación en la que se encontraba el paciente el 22 de octubre de 2019, cuando el paciente fue valorado por primera vez por dicho servicio, que presentaba paraplejia secundaria a mielotoxicidad por MTX, a lo que se añadía la necesidad de sonda vesical permanente, incontinencia fecal y úlcera por presión sacra de gran tamaño con curas complejas, así como infecciones de repetición con aislamientos de gérmenes multirresistentes y las medidas adoptadas conjuntamente con el paciente y su familia que manifestaron el deseo de ser atendido y cuidado a ser posible en su domicilio. De esta forma, se dio aviso al centro de Atención Primaria para que, mediante la enfermera de enlace se intentara garantizar la coordinación entre los distintos niveles asistenciales para una adecuada atención y apoyo en las curas del paciente.

Asimismo, el jefe de Servicio de Hematología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz emite informe con fecha 26 de abril de 2021 (folios 5.102 a 5.109). El informe da respuesta a los reproches formulados por los reclamantes. En este sentido, declara que la administración de MTX intratecal *“no amerita la monitorización de niveles plasmáticos ni la administración de folinato cálcico como rescate, procedimientos que sí se realizaron en HRJC cuando se administró de manera sistémica”*. El jefe de Servicio de Hematología dice que todos los

pacientes sometidos a trasplantes de progenitores hematopoyéticos reciben hidratación y tienen una monitorización analítica muy frecuente (casi siempre diaria y en algunas ocasiones cada máximo 48 horas). Como prueba de esta afirmación, incorpora en el informe los datos de las analíticas realizadas durante el ingreso del paciente desde el 30 de enero y hasta el 21 de febrero de 2019. Destaca el informe que, desde la primera crisis comicial se solicitó interconsulta al Servicio de Neurología que siguió al paciente durante el resto del ingreso, manejando la medicación antiepiléptica e indicando la realización de RMN y TC cerebrales. En cuanto a lo alegado por los reclamantes en relación con los síntomas que presentaba el paciente que demuestran la intoxicación por MTX, el informe destaca que la *“mucositis leve-moderada, la diarrea y la neutropenia febril no son signos (y mucho menos evidentes) de una intoxicación por metotrexate. Son signos y síntomas que presentan prácticamente el 90-100% de los pacientes sometidos a un trasplante de progenitores hematopoyéticos en relación con la quimioterapia sistémica que reciben (en este caso, BCNU y Tiotepa) y la consecuente toxicidad gastrointestinal”*.

El informe del jefe de Servicio de Hematología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz añade que la potencial toxicidad neurológica está presente en la mayor parte de los fármacos antineoplásicos empleados para el acondicionamiento y destaca que todas las dosis recibidas se administraron siempre de acuerdo con la posología recomendada, con seguridad y añade:

“Por tanto, causas potenciales de toxicidad neurológica más allá de la administración intratecal de Metotrexate existen, pero en un paciente de estas características con un linfoma cerebral maligno, los beneficios de realizar estas medidas terapéuticas superan a los potenciales riesgos que implican, generalmente bajos. En cualquier caso, la aparición de la complicación neurológica no es resultado de

una mala praxis ni una dejación de responsabilidades en el cuidado y monitorización del paciente por parte de sus facultativos tratantes”.

Sobre el documento de consentimiento informado, el informe señala que este contemplaba los riesgos sufridos por el paciente y que no hay una lista pormenorizada de todos y cada uno de los signos/síntomas que el paciente puede llegar a presentar; resulta imposible predecir el curso clínico individual de cada paciente y añade:

“Es lógico intuir que no puede añadirse una lista interminable de todos los riesgos potenciales expuestos con detalle, puesto que podría suponer un verdadero tratado de semiología”.

Se ha incorporado al procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria de fecha 23 de mayo de 2022 (folios 7.333 a 7.346) que analiza la asistencia sanitaria prestada al paciente y concluye que la asistencia sanitaria prestada al paciente fue adecuada a la *lex artis ad hoc*.

La médica inspectora destaca que:

“El paciente recibió en total 4 ciclos de tratamiento quimioterápico según el esquema MATRIx sin incidencias. En situación de remisión completa se realizó tratamiento de consolidación mediante trasplante autólogo.

Para ello, se administró tratamiento de acondicionamiento que consistió en Carmustine el 30/01/2019 y Tiotepa los días 31/01/2019 y 01/02/2019. Además, se valoró la realización de punción lumbar para confirmar la ausencia de enfermedad a nivel de LCR.

Por lo que el 31/01/2019 se administró la triple terapia intratecal consistente en Metotrexate, Citarabina y Corticoides. La realización de la punción lumbar fue valorada dado que no se había repetido

desde el diagnóstico y se consideró beneficiosa para el paciente. La administración de metotrexate intratecal no precisa realizar determinaciones de niveles en sangre ni tampoco de función renal así como tampoco precisa de la administración de rescates con ácido folínico como ocurre con la administración de altas dosis de metotrexato intravenoso.

La mielopatía es una complicación poco común que se ha descrito con metotrexate intratecal y citarabina intratecal así como con cisplatino, cladribina y carmustina intravenosa entre otros. Es un síndrome que cursa con dolor de espalda o piernas seguido de paraplejía, pérdida sensorial y disfunción del esfínter. El inicio suele ser entre 30 minutos y 48 horas después del tratamiento, pero puede ocurrir hasta dos semanas después. No existe un tratamiento estándar, aunque se ha observado mejoría tras la administración de folinato, cianocobalamina y metionina.

El paciente recibió también Carmustina intravenosa el día 30/01/2019 y había firmado los consentimientos informados del trasplante autólogo mediante los cuales había sido informado de los riesgos que asumía con la realización del mismo entre los que destacaba la toxicidad de la quimioterapia que afecte a algún órgano vital como riesgo grave. No se detallan de forma explícita las complicaciones de cada órgano vital que pueda verse afectado pero la realización de un trasplante autólogo como tratamiento de consolidación implica riesgos leves, graves y secuelas dada la naturaleza del procedimiento. Por ello, también se informa de las alternativas en el caso de que no se realice el trasplante autólogo. El paciente firmó los consentimientos del trasplante asumiendo las posibles complicaciones que pudieran surgir”.

El informe de la Inspección Sanitaria añade, como conclusión, que el paciente recibió el tratamiento de acondicionamiento del trasplante

autólogo de acuerdo al protocolo establecido; que desarrolló un cuadro neurológico que fue valorado por el servicio de Neurología con seguimiento estrecho y sin poder concluir la etiología del mismo además de evidenciarse su resolución. Fue, por tanto, dado de alta y posteriormente comenzó con un cuadro de inestabilidad que requirió ingreso hospitalario y estudio nuevamente por Neurología que pudo concluir el diagnóstico de mielopatía tóxica secundaria a MTX. Se inició el tratamiento además de informar al paciente y los familiares de la gravedad del cuadro clínico.

Según el informe:

“A pesar de aplicar todas las medidas prescritas por sus médicos, el paciente evolucionó de forma desfavorable y desarrolló úlceras por presión en zona sacra y en miembros inferiores que requirieron inicialmente curas por Enfermería. Sin embargo, desarrolló varios cuadros de sepsis febril con origen cutáneo (úlceras por presión) que requirieron ingreso hospitalario con administración de antibioterapia intravenosa de amplio espectro junto con curetaje de las mismas por Cirugía Plástica. A pesar de la insistencia de los médicos de la necesidad de ingresar en una unidad de cuidados intermedios para continuar con el adecuado tratamiento de las úlceras, el paciente y los familiares manifestaron el deseo de que se realizara en su domicilio por lo que Enfermería de Atención Primaria acudió de forma rutinaria a la cura de las mismas”.

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes y de la historia clínica, se evacuó el oportuno trámite de audiencia a todos los interesados en el procedimiento, tanto los reclamantes como el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz y el Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

El día 4 de julio de 2022 presenta escrito de alegaciones el representante de los reclamantes que reitera que hubo una insuficiente información en el documento de consentimiento informado firmado por el paciente, que no contemplaba expresamente paraplejia, la paraparesia u otras lesiones neurológicas. Alega también el retraso en el diagnóstico de la paraparesia y su posterior tratamiento, que califica como deficiente.

Con fecha 30 de junio de 2022 presenta alegaciones el gerente del Hospital Universitario Rey Juan Carlos que se opone a la reclamación e insiste en que resulta probado que la actuación dispensada por el citado centro sanitario fue conforme a la *lex artis*.

Finalmente, con fecha 17 de octubre de 2022, se ha formulado propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación al considerar que no concurre la antijuridicidad del daño ni existe nexo causal entre el fallecimiento del paciente y la asistencia sanitaria prestada.

CUARTO.- Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 27 de octubre de 2022 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 673/22, a la letrada vocal Dña. Rocío Guerrero Ankersmit que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 2 de febrero de 2023.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación, adecuadamente numerada y foliada, que se considera suficiente.

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 € por 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, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

Los reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 32.1 de la LRJSP, en cuanto que son familiares de la persona que recibió la asistencia sanitaria que consideran incorrecta (como acredita el libro de familia) y cuyo fallecimiento le ocasionó un indudable daño moral.

Ahora bien, los interesados también reclaman por los daños sufridos por el paciente desde “*que fue intoxicado por metotrexate*” hasta su fallecimiento el día 20 de marzo de 2020 con la fuerte sintomatología que presentaba y sin un diagnóstico adecuado y que valoran en 114.951,91 €. Alegan, además, que un defecto de información en el documento de consentimiento informado firmado por el paciente. El estudio de estas cuestiones, no exentas de controversia, serán objeto de análisis en una consideración jurídica aparte.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por dos centros concertados con la Comunidad de Madrid, como son el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz y el Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

A este respecto esta Comisión viene reconociendo la legitimación de la Comunidad de Madrid en los supuestos en los que la asistencia sanitaria se presta en centros concertados siguiendo el criterio mantenido por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en sentencias como la de 14 de marzo de 2013 (rec. 1018/2010).

En esta misma línea se sitúa la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de las Islas Canarias (Santa Cruz de Tenerife) de 22 de mayo de 2019 (rec. 68/2019) que, tras destacar que la LPAC no recoge una previsión similar a la disposición adicional 12^a de la LRJ-PAC, 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 lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC el derecho a

reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el presente caso, fallecido el paciente el día 20 de marzo de 2020, la reclamación está presentada el día 8 de febrero 2021, por lo que no existe duda alguna de que se ha formulado en plazo.

En cuanto al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que se ha recabado informe de los servicios de Hematología, de Neurología y del Equipo de Soporte Hospitalario, todos ellos del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, así como del Servicio de Hematología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz y se ha incorporado al procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria.

Después de la incorporación de los anteriores informes se ha dado audiencia a todos los interesados en el procedimiento, que han efectuado alegaciones y se ha dictado propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

TERCERA.- Como se ha avanzado en la consideración jurídica anterior, los reclamantes solicitan, además de los daños *iure proprio* por el fallecimiento de su familiar, los daños *mortis causa*, cuya compatibilidad reconoce la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

Según el escrito de reclamación, los daños personales sufridos por el causante en vida, son transmitidos a sus herederos *mortis causa*, por lo que solicitan una indemnización de 114.951,91 desde “*que fue intoxicado por metotrexate*” hasta su fallecimiento el día 20 de marzo de

2020 con la fuerte sintomatología que presentaba y sin un diagnóstico adecuado. Alegan también un defecto de información en el documento de consentimiento informado firmado por el paciente.

La transmisibilidad mortis causa del derecho al resarcimiento de los daños personales (físicos, psíquicos y morales) no es una cuestión pacífica en nuestro derecho. Muestra de ello es la división de posturas que, sobre esta cuestión, mantienen los distintos órganos consultivos.

El Consejo de Estado en sus dictámenes 514/2018, de 19 de julio y 942/2018, de 20 de diciembre, admite la legitimación para suceder al fallecido únicamente cuando se trata de pretensiones indemnizatorias de los daños patrimoniales ligados a la enfermedad del causante. En cambio, no admite la legitimación para suceder en las pretensiones referidas a los daños personales y morales sufridos por el causante durante su enfermedad.

El Consejo Consultivo de Andalucía no admite la legitimación *iure hereditatis* en sus dictámenes 447/2019, de 26 de junio y 332/2021, de 6 de mayo. Tampoco la admiten el Consejo Consultivo de Canarias (dictámenes 66/2020, de 3 de marzo; 141/2022, de 8 de abril y 408/2022, de 27 de octubre); la Comisión Jurídica Asesora del País Vasco en su dictamen 58/2019 y el Consejo Consultivo de la Comunidad Valenciana, entre otros, en sus dictámenes 194/2021, de 31 de marzo y 369/2022, de 1 de junio, en los que concluye que los herederos solo estarán legitimados activamente para reclamar *iure hereditatis* en aquellos casos en los que el causante hubiese ejercitado la reclamación antes de fallecer.

Son favorables a la transmisibilidad del derecho al resarcimiento de los daños personales el Consejo Consultivo del Principado de Asturias (dictámenes 49/2019, de 21 de febrero; 143/2021, de 22 de julio; 222/2021, de 4 de noviembre y 123/22, de 2 de junio); el Consejo Consultivo de Castilla-La Mancha, en sus dictámenes 382/2020, de 12

de noviembre y 159/2022, de 26 de mayo; el Consejo Consultivo de Castilla y León (dictamen 375/2019, de 29 de agosto); Comisión Jurídica Asesora de Cataluña (dictámenes 211/2016, de 28 de julio; 226/202, de 23 de junio y 201/2022, de 9 de junio) y Consejo Consultivo de la Región de Murcia (dictamen 259/2021, de 5 de noviembre).

En relación con esta cuestión, el Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, se pronunció en su dictamen 250/2012, de 25 de abril rechazando la transmisibilidad *iure hereditatis* del derecho al resarcimiento de los daños personales aprobado por mayoría y con un voto particular. Esta es también la postura mantenida por esta Comisión Jurídica Asesora en sus dictámenes 285/16, de 7 de julio y 201/17, de 18 de mayo, entre otros, ha venido considerando, de acuerdo con la Sentencia nº 77/2013, de 24 de enero de 2013, del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Décima, recurso nº 458/2010) que se trataba de daños que no eran transmisibles a los herederos.

Según la citada sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, “(...) *dado que los demandantes reclaman ser indemnizados no sólo por el daño moral que les ha causado el fallecimiento de don (...) sino también, y en su condición de herederos, por los daños y perjuicios materiales y morales que éste padeció en vida, conviene dejar sentado que, en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria, el derecho a la indemnización de los daños y perjuicios sufridos por el paciente fallecido no es transmisible "mortis causa", de manera que el derecho de los herederos no surge "iure hereditatis", sino que es un derecho originario y propio de los familiares, bien por razón de los lazos afectivos que mantenían con el paciente, bien en cuanto dependían económicamente de él, o por ambas causas*”.

Conviene resaltar que la meritada sentencia hacía referencia al *“derecho a la indemnización de los daños y perjuicios sufridos por el paciente fallecido”* –derecho de crédito, por tanto-, que consideraba intransmisible.

La reciente Sentencia de 31 de octubre de 2022 del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Décima, recurso nº 603/2021), supone un cambio de criterio en esta materia (que ya apuntaba, entre otras, en las sentencias 511/2018, de 26 de julio; 949/2021, de 30 de noviembre y 488/2022, de 6 de junio) y que se fundamenta en la doctrina sentada por la Sentencia nº 141/2021, de 15 de marzo, dictada por el Pleno de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo, en el recurso extraordinario por infracción procesal nº 1235/2018 (en adelante, STS 141/2021). Sentencia que afirma la transmisibilidad mortis causa de la acción para que los herederos reclamen la indemnización por los daños corporales y morales sufridos por el causante en vida y concluye que *“el daño corporal sufrido por el causante antes del fallecimiento, pericialmente determinado, puede ser reclamado por los herederos y es compatible con el daño experimentado por estos como por su fallecimiento”*.

La STS 141/2021 considera que el derecho al resarcimiento de un daño de contenido personal no es un derecho personalísimo que se extinga por la muerte. Según la meritada sentencia:

«No nos hallamos, en el caso que enjuiciamos, ante derechos personalísimos, que se extinguen por la muerte, como los derechos políticos al sufragio, los derivados de la función pública desempeñada, o los propios de la condición de nacional de un determinado país, ni tampoco ante derechos reales personalísimos como el usufructo vitalicio (art. 513 CC) o los derechos de uso y habitación (arts. 525 y 529 CC). La sentencia 62/1981, de 17 de febrero, señala, en este ámbito delimitador, que han de tenerse como

intransmisibles, los derechos “[...] de carácter público, o los ‘intuite personae’ o personales en razón a estar ligados a una determinada persona en atención a las cualidades que le son propias -los en general denominados o calificados de personalísimos-, como parentesco, confianza y otras, que por ley o convencionalmente, acompañan a la persona durante su vida”.

De acuerdo con la anterior doctrina, la STS 141/2021 entiende que el derecho de los particulares a ser resarcidos económicamente por los daños y perjuicios sufridos, a consecuencia de una conducta jurídicamente imputable a otra persona (artículo 1902 del Código Civil), genera un derecho de crédito de contenido patrimonial, condicionado a la concurrencia de los presupuestos de los que surge la responsabilidad civil. Entiende así que *“los bienes jurídicos sobre los que recae el daño cuando son la vida, la integridad física, los derechos de la personalidad, tienen carácter personalísimo y, como tales, no son transmisibles por herencia, pero cuestión distinta es el derecho a ser resarcido económicamente por mor de la lesión padecida, en tanto en cuanto goza de la naturaleza de un crédito de contenido patrimonial, que no se extingue por la muerte del causante (art. 659 CC)”*.

Entiende así la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo que el derecho a la reparación del daño personal sufrido, en cuanto supone el derecho a ser resarcido económicamente por causa de la lesión padecida, es un derecho de crédito de contenido patrimonial que puede transmitirse a los herederos.

Según la STS 141/2021:

«Este derecho al resarcimiento económico nace desde el momento en que es causado el daño, como resulta del juego normativo de los arts. 1089 y 1902 del CC, no cuando es ejercitado ante los tribunales o reconocido en una sentencia judicial, que tiene efectos meramente

declarativos y no constitutivos del mismo”. “Lo adquiere el lesionado desde que lo sufre y queda integrado en su patrimonio, susceptible de ser transmitido a sus herederos”».

La STS 141/2021 concluye el análisis de la legitimación de los herederos para reclamar diciendo que

“Por consiguiente, el daño corporal sufrido por el causante antes del fallecimiento, pericialmente determinado, puede ser reclamado por los herederos y es compatible con el daño experimentado por éstos como perjudicados por su fallecimiento”.

De los términos de la sentencia resulta que no todo derecho al resarcimiento económico del daño personal sufrido por el causante y que está integrado en su patrimonio desde que lo sufre, es transmisible a sus herederos, sino que es “*susceptible de ser transmitido*” para lo que es preciso que con carácter previo al fallecimiento del causante haya sido “*pericialmente determinado*”.

Procede ahora determinar la postura mantenida por esta Comisión Jurídica Asesora que, al igual que en su día lo consideró el Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, ha entendido que el derecho al resarcimiento del daño es un derecho de crédito que nace cuando se produce el daño y que, al recaer sobre derechos personalísimos, no patrimoniales, no es transmisible, a menos que se haya ejercitado en vida del causante, extinguiéndose en caso de fallecimiento.

A juicio de este órgano consultivo, el derecho al resarcimiento de la lesión por daños personales es un derecho de crédito *intuitu personae* que solo lo puede reclamar el titular lesionado. Si fuera un derecho de crédito sin más, sería transmisible tanto *inter vivos* como *mortis causa*, de conformidad con el artículo 1112 del Código Civil, que establece que todos los derechos adquiridos en virtud de una obligación, en este caso una obligación extracontractual, “*son transmisible con sujeción a las*

leyes, si no se hubiese pactado lo contrario”. El derecho de crédito *intuitu personae* no es transmisible por acto *inter vivos*.

Conviene recordar, en este punto, la Sentencia del Tribunal Supremo (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Octava) de 22 de enero de 2020, que analiza si el derecho a ser indemnizado por la Administración puede ser cedido y concluye que:

“La cesión de créditos de naturaleza jurídico-administrativa no está prevista por la ley con alcance general y, desde luego, no lo está para el crédito a ser indemnizado en virtud de responsabilidad patrimonial de la Administración, en cualquiera de sus modalidades. Tampoco existe un criterio jurisprudencial establecido sobre si cabe - y, en su caso, en qué condiciones- la cesión del crédito dimanante de la responsabilidad patrimonial de la Administración”.

Si no es posible la transmisión *inter vivos* del derecho de crédito al resarcimiento del daño porque es un derecho personalísimo, cabe plantearse si es posible su transmisión *mortis causa* o si, como cualquier otro derecho personalísimo, se extingue por su muerte.

Para analizar esta cuestión, es necesario acudir a la interpretación del artículo 659 del Código Civil que se limita a señalar que la herencia comprende todos los bienes, derechos y obligaciones de una persona que no se extingan por su muerte.

El Código Civil no da una regla general acerca de ello y, como tampoco en todos los supuestos particulares se pronuncia acerca de su transmisibilidad, hay que decidir sobre esta cuestión conforme a la finalidad de cada uno de ellos, su contenido social y la apreciación que en casos semejantes hace la ley.

Existe escasa jurisprudencia sobre esta cuestión, debiendo tomar como punto de partida la Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de octubre de 1943, que afirma lo siguiente:

«Si bien es cierto que en nuestra legislación se nota la falta de un concepto genérico que sirva de guía en la diferenciación de derechos transmisibles e intransmisibles “mortis causa”, no lo es menos que en el Código Civil abundan pasajes en que, con referencia a relaciones jurídicas individualizadas o concretas, se declara que el derecho fenece o no con la muerte del titular y que, en último término, la deficiencia o aparente laguna legislativa de que se trata puede ser remediada cumplidamente por las vías y procedimientos normales de la interpretación e integración del sistema jurídico, y así, atendiendo a la naturaleza y contenido de la relación jurídica y a las declaraciones legales y convencionales que le afectan, cabe llegar a una determinación enunciativa de los derechos exceptuados de la transmisión por causa de muerte, como suele formularla la doctrina científica, comprendiendo como intransmisibles, en principio y con ciertas salvedades, los derechos de carácter público; los personalísimos o de tal suerte ligados a determinada persona por sus cualidades, parentesco, confianza, etc., que tienen su razón de ser preponderante y a veces exclusiva en elementos o circunstancias que sólo se dan en el titular -ossibus inhaerent-, y por último, algunos derechos patrimoniales de duración limitada, legal o convencionalmente, a la vida de una persona; (...).»

Los derechos del causante que no integran la herencia de este se pueden sistematizar distinguiendo por su duración vitalicia, por su carácter personalísimo y por tener un destino determinado.

Entre los derechos de duración vitalicia, pueden citarse el usufructo (artículo 513.1º del Código Civil), los derechos de uso y

habitación (ex. artículo 525 y 529.1º del Código Civil) o la renta vitalicia (artículo 1808 del Código Civil).

Por lo que se refiere a los derechos personalísimos, pueden citarse los derechos públicos, como el derecho al sufragio; los de carácter familiar, como la patria potestad, la tutela y el derecho de alimentos; los derivados de relaciones contractuales o extracontractuales considerados *intuitu personae* y la condición de socio en las sociedades civiles.

Finalmente cabe mencionar como derechos del causante que no integran la herencia aquellos que tienen un destino predeterminado como son los bienes donados con pacto de reversión (artículo 641 del Código Civil), o las ropas, mobiliarios y enseres que constituyen el ajuar de la vivienda habitual común de los esposos, “*que se entregarán al que sobreviva sin computárselo en su haber*” (artículo 1321 del Código Civil).

Centrándonos en el estudio de los derechos derivados de relaciones contractuales *intuitu personae*, se pueden citar como supuestos de este tipo las derivadas del contrato de trabajo, que se extingue por la muerte del trabajador; del arrendamiento de obra si fue concertado con el ejecutor “*por razón de sus cualidades personales*” (artículo 1595 del Código Civil); del mandato (artículo 1732.3º con las particularidades previstas en los artículos 1738 y 1739); de la comisión mercantil, respecto al comisionista fallecido (artículo 280 del Código de Comercio) y del comodato hecho en consideración de la persona del comodatario (artículo 1742 del Código Civil), sin perjuicio de la transmisión de las resultas patrimoniales pendientes de liquidar de todos estos contratos.

El derecho de los particulares a ser resarcidos económicamente por los daños y perjuicios sufridos genera un derecho de crédito de contenido patrimonial, como dice la STS 141/2021, “*condicionado a la concurrencia de los presupuestos de los que surge la responsabilidad civil*” o patrimonial, como en el presente caso.

Ahora bien, a juicio de este órgano consultivo, hay que tener en cuenta la naturaleza del bien o derecho dañado. Si se trata de un bien o derecho patrimonial, como puede ser el daño sufrido en un automóvil, el derecho de crédito a la reparación del mismo es transmisible con el automóvil. En cambio, cuando el daño recae sobre la vida, la integridad física o derechos de la personalidad, el derecho de crédito a la reparación del mismo es *intuitu personae*, al estar ligado al perjudicado que ha sufrido la lesión, teniendo en cuenta las circunstancias que sólo se dan en el titular del derecho de crédito-*ossibus inhaerent*-.

Prueba de este carácter accesorio del derecho de crédito al resarcimiento del daño, indisolublemente unido a la naturaleza del derecho o bien lesionado es el hecho de que, en el seguro de daños, el artículo 34 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (en adelante, LCS) contempla la posibilidad de transmisión del objeto asegurado, el artículo 43 establece que el asegurador, una vez pagada la indemnización, pueda ejercitar los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al asegurado frente las personas responsables, del mismo, hasta el límite de la indemnización y en, en cambio, para el seguro de personas, de acuerdo con el artículo 82 de la LCS, el asegurador, aun después de pagada la indemnización, no puede subrogarse en los derechos que en su caso correspondan al asegurado contra un tercero como consecuencia del siniestro, salvo los gastos de asistencia sanitaria.

El derecho al resarcimiento del daño se trata, por tanto, de un derecho de crédito *intuitu personae*, que nace desde el momento en que se produce el daño y que, de acuerdo con el artículo 67.1 de la LPAC, prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo, aclarando que en caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, como los que estamos analizando, “*el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación de las secuelas*”.

Transcurrido el plazo del año previsto por la ley, al tratarse de un plazo de prescripción, y salvo que haya habido actos del perjudicado que interrumpen la prescripción, el derecho al resarcimiento del daño sufrido se extingue.

La cuestión que se plantea en estos casos es qué sucede en el supuesto de fallecimiento del perjudicado antes del transcurso de un año para ejercitar su acción para reclamar el derecho de crédito al resarcimiento del daño sufrido.

A juicio de este órgano consultivo, si el reclamante fallece antes de haber transcurrido el plazo de un año desde la fecha de la curación o estabilización de las secuelas y, por tanto, antes de que transcurra el plazo de prescripción, el derecho al resarcimiento de la lesión, al ser un derecho *intuitu personae*, se extingue con el fallecimiento de su titular y, por tanto, no forma parte de la herencia y, en consecuencia, no es posible su transmisión a los herederos. En este sentido, las obligaciones contraídas a título personal o *intuitu personae* se extinguen por el fallecimiento del deudor, como ocurre en el derecho de alimentos (artículo 150 del Código Civil) o en el contrato de arrendamiento de obra, cuando se ha encargado a una persona “*por razón de sus cualidades personales*” (artículo 1595 del Código Civil) y no se transmiten a sus herederos.

El derecho al resarcimiento del daño por la lesión sufrida puede equipararse, a efectos de suplir la laguna legislativa sobre la transmisibilidad del derecho al resarcimiento del daño en la responsabilidad patrimonial, con el derecho a reclamar alimentos entre parientes previsto en los artículos 142 y siguientes del Código Civil, al tratarse también de un derecho de crédito patrimonial “*intuitu personae*”.

Al igual que en el derecho de alimentos entre parientes, derecho personalísimo de carácter patrimonial que ostentan recíprocamente las personas previstas en el artículo 143 del Código Civil que carezcan de lo indispensable para el sustento, habitación, vestido y asistencia médica, que genera en quien lo reclama un derecho de crédito a su favor pero que el Código Civil exige que se formule demanda para reclamarlos; el derecho al resarcimiento del daño causado por la Administración requiere también una reclamación previa en vía administrativa.

Así resulta del artículo 148 del Código Civil, que establece que la obligación de dar alimentos será exigible desde que los necesitare para subsistir la persona que tenga derecho a percibirlos, pero no se abonarán sino desde la fecha en que se interponga la demanda. En el caso del derecho al resarcimiento del daño personalísimo, puede exigirse desde la producción del mismo, pero, en cualquier caso, es necesaria su concreción en la reclamación que ha de formularse.

De acuerdo con el artículo 151 del Código Civil, el derecho de alimentos no es renunciable ni transmisible a un tercero. Tampoco pueden compensarse con lo que el alimentista deba al que ha de prestarlos, pero *“podrán compensarse y renunciarse las pensiones alimenticias atrasadas y transmitirse a título oneroso o gratuito el derecho a demandarlas”*. De igual modo, el derecho al resarcimiento del daño personalísimo no es transmisible sin perjuicio de que, una vez concretado y cuantificado el daño en la reclamación, pueda transmitirse este.

Como hemos expuesto anteriormente, los derechos de carácter personalísimo, como son los dimanantes de relaciones contractuales consideradas *intuitu personae*, no forman parte de la herencia y, por tanto, no son transmisibles a los herederos, sin perjuicio de la transmisión de las resultas patrimoniales pendientes de liquidar de todos estos contratos.

A idéntica conclusión se llega para el supuesto de los derechos de carácter personalísimo como son los dimanantes de relaciones extracontractuales consideradas *intuitu personae*, en los que el daño recae sobre la vida, la integridad física o derechos de la personalidad.

La regla general es la intransmisibilidad de estos derechos de crédito *intuitu personae* y son excepciones las previstas en los artículos 4 y 6 de la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal, familiar y a la propia imagen (en adelante, L.O. 1/1982) y el artículo 7.1 del Texto Refundido de la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos de Motor, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, (en adelante, TRLRCSCVM)

En relación con la primera de las leyes citadas, la L.O.1/1982 explica el preámbulo que, aunque la muerte del sujeto de derecho extingue los derechos de la personalidad, la memoria de aquél constituye una prolongación de esta última que debe también ser tutelada por el Derecho, por ello, se atribuye la protección en el caso de que la lesión se hubiera producido después del fallecimiento de una persona a quien esta hubiera designado en su testamento, en defecto de ella a los parientes supervivientes, y en último término, al Ministerio Fiscal con una limitación temporal que se ha estimado prudente. En el caso de que la lesión tenga lugar antes del fallecimiento sin que el titular del derecho lesionado ejerciera las acciones reconocidas en la ley, sólo subsistirán éstas si no hubieran podido ser ejercitadas por aquél o por su representante legal, pues si se pudo ejercitarlas y no se hizo existe una fundada presunción de que los actos que objetivamente pudieran constituir lesiones no merecieron esa consideración a los ojos del perjudicado o su representante legal. En cambio, la acción ya entablada sí será transmisible porque en este caso existe una expectativa de derecho a la indemnización. Conviene tener en cuenta, además, que la

protección civil del honor, de la intimidad y de la propia imagen no es solo un derecho a ser resarcido económicamente, pues así resulta de su artículo 9, que establece que la tutela judicial comprende la adopción de todas las medidas necesarias para poner fin a la intromisión ilegítima entre las que enumera, a título ejemplar, la indemnización de los daños y perjuicios causados.

Por lo que se refiere a la excepción del TRLRCSCVM, se trata también de un supuesto especial de responsabilidad civil, la causada a terceros en accidentes de tráfico que establece un sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, en el que se recoge un sistema legal de delimitación cuantitativa del importe de las indemnizaciones exigibles como consecuencia de la responsabilidad civil en que se incurre con motivo de la circulación de vehículos a motor. Este sistema indemnizatorio se impone en todo caso, con independencia de la existencia o inexistencia de seguro y de los límites cuantitativos del aseguramiento obligatorio, y se articula a través de un cuadro de importes fijados en función de los distintos conceptos indemnizables que permiten, atendidas las circunstancias de cada caso concreto y dentro de unos márgenes máximos y mínimos, individualizar la indemnización derivada de los daños sufridos por las personas en un accidente de circulación. Constituye, por tanto, una cuantificación legal del “*daño causado*” a que se refiere el artículo 1902 del Código Civil, y de la responsabilidad civil a que hace referencia el artículo 116 del Código Penal.

Este sistema legal de valoración (SLV) determina una indemnización al perjudicado por un accidente, de acuerdo con los principios de reparación íntegra del daño y vertebración del daño (artículo 33 TRLRCSCVM) que supone la aplicación de unas reglas y límites establecidos en el SLV consiguiendo así la objetivación en la valoración del daño.

La aplicación de este sistema de valoración del daño supone, automáticamente, el reconocimiento de un derecho de crédito para el perjudicado por un accidente de tráfico, de acuerdo con los criterios y límites establecidos en la ley, de manera que la reparación del daño sufrido se traduce siempre en una indemnización económica.

El SLV previsto en el TRLRCSCVM ha dado lugar a un gran número de pronunciamientos judiciales, especialmente en el orden civil formando una doctrina consolidada sobre el derecho de daños en esta materia especial que no puede trasladarse íntegramente a la materia de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

El derecho al resarcimiento del daño personalísimo no es transmisible, sin perjuicio de que, determinado el alcance del daño en la reclamación formulada, sea transmisible el derecho de crédito así solicitado.

La determinación del alcance del daño se exige por los tribunales del orden civil, en cualquier caso, como presupuesto previo para entender transmitido el derecho a reclamar los daños de carácter personalísimo. Así, la Sentencia 535/2012 del Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, de 13 de septiembre, (recurso de casación nº 2019/2009) dice:

“El perjuicio extrapatrimonial trae causa del accidente, y el alcance real del daño sufrido por la víctima estaba ya perfectamente determinado a través de un informe del médico forense por lo que, al margen de su posterior cuantificación, era transmisible a sus herederos puesto que no se extingue por su fallecimiento, conforme el artículo 659 del CC. Como señala la sentencia de 10 de diciembre de 2009, a partir de entonces existe una causa legal que legitima el desplazamiento patrimonial a favor del perjudicado de la indemnización por lesiones y secuelas concretadas en el alta

definitiva, tratándose de un derecho que, aunque no fuera ejercitado en vida de la víctima, pasó desde ese momento a integrar su patrimonio hereditario, con lo que serán sus herederos, en este caso sus padres, los que ostentan derecho -iure hereditatis- (...)”.

En este mismo sentido, la propia STS 141/2021 dice que el derecho al resarcimiento del daño, lo adquiere el lesionado desde que lo sufre y queda integrado en su patrimonio, “*susceptible de ser transmitido a sus herederos*”. Esto significa que no todos los derechos de crédito *intuitu personae* para el resarcimiento del daño personal son transmisibles a sus herederos, sino que solo son transmisibles aquellos en los que el alcance del daño se haya determinado bien por una reclamación o un informe pericial como concluye que la STS 141/2021:

“Por consiguiente, el daño corporal sufrido por el causante antes del fallecimiento, pericialmente determinado, puede ser reclamado por los herederos y es compatible con el daño experimentado por éstos como perjudicados por su fallecimiento”.

Aplicada la anterior doctrina al presente caso, se observa que el paciente no formuló reclamación alguna por los daños sufridos por la intoxicación del metotrexate, sin que tampoco conste la existencia de un informe pericial destinado a determinar el alcance del daño para ser reclamado por el paciente, por lo que no puede considerarse que transmitiera el derecho al resarcimiento de dichos daños.

CUARTA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 106.2 de la Constitución Española, que 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, previsión desarrollada por la LRJSP en su título preliminar, capítulo IV, artículos 32 y siguientes. Regulación que, en términos generales, coincide con la que se contenía en los artículos 139 y

siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC).

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2018 (recurso de casación 5006/2016), de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere:

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. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que *“es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo, 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996, 16 de noviembre de 1998, 20 de febrero, 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)”*.

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

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005 y las 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”*.

QUINTA.- En la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada *“lex artis”* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 4ª) de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010), en la apreciación de la concurrencia de la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (recurso de casación núm. 4229/2011) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010) *«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”».

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, como señalan las sentencias de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010) y de 27 de abril de 2015, (recurso de casación núm. 2114/2013), en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales “puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido”, cabe entender conculcada la *lex artis*, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal.

SEXTA.- Aplicada la anterior doctrina al presente caso, resulta acreditado el fallecimiento de una persona, que provoca un “*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).

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

Los interesados reprochan que no se valorara si los posibles beneficios del metotrexato superaban el riesgo de mielosupresión, así como el retraso en el diagnóstico de la intoxicación por metotrexato y el alta indebida del paciente al que se le debió haber realizado hidratación y alcalinización tras la infusión del metotrexato, se le debieron haber monitoreado los niveles plasmáticos de dicho fármaco, así como haber vigilado la función renal del paciente, lo que provocó que no se le diagnosticara la intoxicación por metotrexato y, por tanto, no se iniciaran con urgencias las medidas para eliminar el fármaco y revertir la intoxicación.

Sobre la primera de las cuestiones planteadas por los reclamantes, el informe de la Inspección Sanitaria destaca cómo la enfermedad que padecía el paciente, linfoma cerebral primario, se puede curar con los tratamientos actualmente disponibles, a diferencia del tratamiento convencional que se usaba consistente en radioterapia holocraneal, en el que se conseguía una supervivencia media de 10-12 meses con una supervivencia a los años inferior al 30,2 %.

En relación con el tratamiento administrado al paciente, el médico inspector destaca cómo la toxicidad ligada al procedimiento es muy aceptable y los resultados de eficacia antitumoral muy buenos, con excelentes cifras de supervivencia libre de enfermedad y supervivencia global.

Por otro lado, no aportan prueba alguna que demuestre que hubo mala praxis en la administración del MTX, debiendo tener en cuenta que, como destaca el informe de la Inspección, la realización de la punción lumbar fue valorada dado que no se había repetido desde el diagnóstico y se consideró beneficiosa para el paciente. La administración de metotrexate intratecal no precisa realizar determinaciones de niveles en sangre ni tampoco de función renal, así como tampoco precisa de la administración de rescates con ácido folínico como ocurre con la administración de altas dosis de metotrexato intravenoso porque, como indican los dos informes emitidos por los hematólogos, el MTX intratecal no precisa el mismo manejo que su administración sistémica o intravenosa. Es decir, no se precisa alcalinizar ni realizar niveles de metotrexato posteriores dada que la dosis de metotrexato es mínima (12 mg). Además, la evaluación clínica, y analítica incluyendo función renal durante su ingreso en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz fue diaria.

En relación con el cuadro neurológico que presentó el paciente tras el trasplante, el médico inspector destaca cómo fue valorado diariamente por el Servicio de Neurología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz que solicitó las pruebas pertinentes, sin arrojar resultados de interés por lo que, tras la remisión del cuadro no se pudo aclarar la etiología del mismo, siendo dado de alta tras la recuperación de cifras hematopoyéticas.

Tampoco puede hablarse de retraso en el diagnóstico de la mielopatía por parte del Servicio de Neurología del Hospital Universitario

Rey Juan Carlos porque el diagnóstico de mielopatía tóxica por MTX se alcanzó por exclusión, tras la realización de pruebas complementarias que tuvieron que realizarse en los primeros días del ingreso.

Finalmente, reprochan la falta de medidas de prevención de las úlceras por presión y deficiente tratamiento de las mismas, lo que tampoco resulta acreditado. Frente a ello, el jefe asociado del Servicio de Equipo de Soporte Hospitalario del Hospital Universitario Rey Juan Carlos destaca la difícil situación del paciente que presentaba paraplejia secundaria a mielotoxicidad por MTX, a lo que se añadía la necesidad de sonda vesical permanente, incontinencia fecal y úlcera por presión sacra de gran tamaño con curas complejas.

Por lo expuesto, siguiendo el criterio emitido por la Inspección Sanitaria, cabe afirmar que el marido y padre de los reclamantes recibió una asistencia adecuada a su sintomatología y a las circunstancias concurrentes, sin que se omitiese tratamiento médico conocido que hubiera podido revertir la evolución tórpida de la enfermedad ni, por ende, el fallecimiento.

En suma, no se ha acreditado la existencia de una infracción de la *lex artis* por más que lamentablemente la asistencia sanitaria prestada no pudiese salvar la vida del paciente, como concluye el informe de la Inspección Sanitaria.

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”.

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 2 de febrero de 2023

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 47/23

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid