

Dictamen n.º: **264/24**  
Consulta: **Consejera de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **16.05.24**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 16 de mayo de 2024, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña. ..... y Dña. ...., por los daños y perjuicios sufridos por el fallecimiento de Dña. ...., que atribuyen a la defectuosa asistencia sanitaria dispensada por el Hospital Universitario 12 de Octubre, en la errónea colocación de una sonda nasogástrica.

#### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por escrito presentado en el registro del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) el día 12 de agosto de 2022, las interesadas antes citadas, representadas por abogado, formulan reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos por el fallecimiento de madre, que atribuyen a la defectuosa asistencia sanitaria dispensada por el Hospital Universitario 12 de Octubre, en la errónea colocación de una sonda nasogástrica. (folios 1 a 3 del expediente administrativo).

Según expone el escrito de reclamación, la paciente de 74 años de edad, fue conducida por sus hijas al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre el día 12 de agosto de 2021, tras sufrir una caída accidental en el baño de su domicilio, estando consciente pero con fiebre. Fue ingresada ese mismo día por neumonía bilateral resultante de la Covid19.

Según refieren las reclamantes, el ingreso se vio dilatado por varias patologías previas que padecía la paciente, que evolucionaron de forma favorable hasta el día 2 de septiembre, “*cuando todas las predicciones de alta se vuelven atrás al producirse un empeoramiento de su estado general a causa de la errónea colocación de una sonda nasogástrica*”. Alegan que la misma radiografía de control muestra la malposición de dicha sonda nasogástrica, con extremo distal en probable espacio pleural derecho y neumotórax masivo ipsilateral.

Acompaña su escrito con fotocopia del libro de familia, informe de alta hospitalaria por *exitus* y solicita que se incorpore la historia clínica de la paciente en el Hospital Universitario 12 de Octubre. Cuantifican inicialmente el importe de su reclamación en 52.677,38 euros, pendientes de recibir la historia clínica y un informe pericial solicitado y en fase de elaboración.

Requerido el representante de las interesadas por la Administración para que firmaran la reclamación o, en su caso, aportaran documento que acreditara el otorgamiento de la representación a su abogado, mediante cualquier medio válido en derecho que deje constancia fidedigna de su existencia, el día 6 de septiembre de 2022 el representante de las reclamantes aporta copia de la escritura de poder general para pleitos otorgada por las reclamantes.

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

La paciente, de 74 años, fue trasladada al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre el día 12 de agosto de 2021 en ambulancia, tras sufrir una caída en su baño y permanecer varias horas en el suelo.

Presentaba como antecedentes personales, exfumadora desde 2011, obesidad tipo II (IMC 37), hipertensión arterial; diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) GOLD 2B, GesEPOC riesgo alto no agudizadora. Además, era alérgica a los anestésicos locales, penicilina y derivados y aminoglucósidos. Asma bronquial como comorbilidad y polisensibilizada a ácaros y epitelio de animales.

Según refleja la historia clínica, “*acude por presentar desde hace 9 días tos, disnea sin relacionarlo con los esfuerzos, fiebre de hasta 38°C, dolor generalizado tipo mialgias, astenia, odinofagia. Niega diarrea ni vómitos. Niega ansomia ni disgeusia. Niega contacto con Covid. Hoy ha presentado episodio de caída sin saber precisar mecanismo (la paciente no recuerda el episodio). La familia comenta que no ha podido contactar con la paciente hasta la tarde cuando han acudido a domicilio y la han encontrado despierta en el suelo del baño. Niega dolor torácico ni palpitaciones*”.

Tras la exploración física; analítica; test de Ag COVID-19 (positivo), radiografía de tórax: índice cardiotorácico (ICT) en límite alto de normalidad e infiltrado intersticial bilateral de predominio derecho en campo superior y electrocardiograma (ECG): ritmo sinusal a 100 lpm sin alteraciones de la repolarización. Permaneció en Urgencias febril, con desaturación, taquipnea y auscultación pulmonar patológica.

Analítica con rabdomiolisis con elevación de troponina de 324 sin alteraciones en ECG., importante elevación de PCR hasta 19 y linfopenia de 500. Insuficiencia respiratoria hipoxémica con pO<sub>2</sub> 53 y elevación de

Dímero D (DD) de hasta 7588. En rx tórax afectación bilateral de predominio en campo superior derecho. Impresiona de neumonía bilateral por Covid-19 de predominio derecho. Se inicia tratamiento con corticoides y O<sub>2</sub> con mejoría clínica.

Al presentar importante elevación de DD y troponina (pendiente de seriación) por lo que se solicitó TC torácico y se comentó con Cardiología. *“En relación a mecanismo de caída bien podría ser un sincopal en relación a lo previo”*. Secundaria a la caída presenta dolor a varios niveles sin datos de fractura tras valoración por pool de Traumatología. Por otro lado, presenta rabdomiolisis en relación con decúbito prolongado con leve deterioro de función renal, por lo que se inicia hidratación.

Se comenta con la familia, *“cuando presente mejoría clínica cursar ingreso”*.

Fue valorada por el Servicio de Medicina Interna, por Cardiología que indicó que ingresaría en la UCRI a cargo de Cardiología para monitorización. Durante el ingreso se solicitará ETT (ecocardiograma transtorácico) reglado. Como juicio clínico se indicó: neumonía bilateral por Covid de predominio derecho; insuficiencia respiratoria aguda secundaria; sospecha de tromboembolismo pulmonar (TEP); rabdomiolisis por decúbito prolongado y policontusión sin datos de fractura.

ETT urgente a pie de cama de muy escasa valoración (paciente en semisedestación por limitación de movilidad para el decúbito por el dolor en miembro inferior tras la caída, intértrigo en pliegue mamario que dificulta la adquisición de los planos apicales y regular/mala ventana acústica): función sistólica global del VI que impresiona de normal (dudosa hipoquinesia en los segmentos mediobasales de la cara inferoseptal y en la cara inferior pero realmente regular visualizados) sin claras valvulopatías significativas no derrame pericárdico (presencia de

grasa epicárdica) vena cava inferior no dilatada y con adecuado colapso inspiratorio.

La paciente presentó un ingreso prolongado con varios problemas asociados:

1) Rabdomiolisis secundario a decúbito prolongando tras caída en domicilio.

2) Fracaso renal agudo oligúrico severo en seguimiento por Nefrología. Requirió sesión de UF (ultrafiltración), recuperación posterior de diuresis. Shaldon retirado por sospecha de sobreinfección. Tras alcanzar un nadir estable de creatinina de 3.1, a partir del 31 de agosto presenta nuevo deterioro, con ascenso de creatinina hasta 3.9, de origen prerrenal.

Había estado con tendencia a hipotensión los días previos, con baja ingesta. Buena respuesta a sueroterapia, con mejoría tensional, y mejoría en cifras de creatinina, sin alteraciones iónicas.

3) Fluctuación del nivel de conciencia desde el inicio del ingreso, según Neurología en relación con encefalopatía difusa de probable origen tóxico-metabólico. TC craneal al ingreso sin alteraciones. Además, paraplejia flácida arrefléxica en miembros inferiores, muy probablemente atribuible a miopatía del enfermo crítico. Por este motivo, se asocia inadecuada nutrición de forma prolongada. Inicialmente se mantiene con sueroterapia. Se comenta el caso con el Servicio de Nutrición el 2 de septiembre, cuando ya presentaba nula ingesta, recomendando inicio de nutrición enteral preferiblemente, para lo que indican colocación de sonda nasogástrica.

4) Anemización multifactorial puesto en contexto de proceso clínico con necesidad de trasfusión de hemoderivados durante el ingreso.

5) Elevación de marcadores de daño miocárdico al ingreso, en contexto de rabdomiolisis, sin datos sugestivos de isquemia y FEVI (fracción de eyección del ventrículo izquierdo) normal en ETT reglado. Nueva curva de troponina desde el 31 de agosto (ya descendente) sin sintomatología asociada, ECG sin alteraciones sugerentes de isquemia, ETT de control sin alteraciones de la contracción segmentaria y FEVI normal. Taquicardia sinusal desde el ingreso.

6) Infección de partes blandas en relación con punto de punción de catéter Shaldom femoral izquierdo. Aislamiento de Pseudomonas Sensible en catéter. Se inicia ciprofloxacino oral el 27 de agosto (alergia a BL).

7) Rash cutáneo de predominio en el tronco coincidiendo con la retirada de Dexa iv. Visto por Dermatología, sugiere toxicodermia, buena evolución tras reinicio de corticoides. Alergología sugiere suspensión de insulina, diurético y parafina, como posibles desencadenantes. Seguimiento de diabetes por Endocrinología durante el ingreso.

Según resulta de la historia clínica, la situación de la paciente el día 1 de septiembre, previo a la colocación de la sonda nasogástrica era la siguiente (folios 62 y 63):

*“El deterioro de nivel de conciencia continúa presente, pendiente de EEG por neurología (ver su comentario). - En cuanto a la nueva elevación de Tropónina T asintomática, con CK normal, y sin correlato electrocardiográfico, está pendiente de ETT de control (citado para hoy). No obstante, la curva es descendente y optamos por actitud expectante dado que ha sido un hallazgo sin repercusión clínica (miocarditis COVID VS IAM tipo 2 en contexto de hipotensión de días previos). - En tratamiento con prednisona 15 mg diarios por toxicodermia, con buena evolución (en seguimiento por dermatología y alergia). Por parte de Alergología, recomiendan suspensión de parafina, diuréticos e insulina, como principales causantes. Me pongo en contacto con endocrinología para ajuste de tto de diabetes. - Dado*

*lo prolongado del ingreso, con estabilidad respiratoria, ya sin tratamiento para COVID, y la presencia de anticuerpos IgG antiSARSCOV2 POSITIVOS, solicitamos traslado a planta limpia de medicina interna. - Dejo solicitada analítica para mañana. - Realiza fisioterapia, por las tardes se levanta al sillón (confirmado con enfermería) - Ayer se realizó Rx de cadera izquierda por sugerencia de neurología, porque dentro de la paraplejia en MMII les parecía que esta cadera era dolorosa a la exploración. Pendiente informe. - Se explica a familiares situación de gravedad”.*

Ese día la paciente tuvo que ser atendida por el Servicio de Alergología y por el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario 12 de Octubre por la aparición de nuevas lesiones ampollosas en flanco izquierdo y rotura de lesiones ampollosas en dorso, estudiándose como una reacción alérgica tipo IV a la insulina. *“Se trataría de una reacción muy poco probable por lo que comentamos con Endocrinología y valorando el riesgo/beneficio se decide priorizar el control glucémico”.*

La mayor parte del día 1 de septiembre de 2021, lo pasó la paciente adormilada, con el nivel de conciencia disminuido y fluctuante en relación con la encefalopatía tóxico-metabólica, con miopatía del enfermo crítico, reflejándose en la historia clínica que continuaba *“postrada y adormilada”*. Además, la paciente no comió, merendó ni cenó y, en caso de mala evolución era *“candidata a UCRI/UVI”*.

En la madrugada del día 2 de septiembre de 2021, la paciente se encontraba consciente, desorientada, letárgica y sin respuesta a estímulos verbales.

Según resulta de la anotación realizada por Cardiología en la historia clínica a las 13:23 horas del día 2 de septiembre (folio 66), se habían puesto en contacto con Nutrición, ante la nula ingesta de la paciente el día anterior, que indicó la colocación de sonda nasogástrica

(SNG) y pauta de nutrición enteral. El comentario de evolución analiza todos los problemas y patologías que presentaba la paciente y concluye que “*se explica a familiares situación de gravedad*”.

Según la anotación de Enfermería, realizada a las 14:35 horas, “*a última hora del turno le ponen SNG para NE, pte rx de comprobación. Presenta saturaciones bajas de 87-88% y se suben gn 5l quedando con saturación en tomo 91-94%. Se comenta con su médico que pasa a valorarla pero no modifica nada. MEG*”.

En el comentario de evolución de Enfermería realizado a las 17:41 horas se hace constar:

“*Se reclama RX Deterioro respiratorio tras implante de sonda nasogástrica. Se comprueba en la radiografía de control malposición de sonda nasogástrica, con extremo distal en probable espacio pleural derecho, con neumotórax masivo ipsilateral. Vienen Cirujanos TX Valorada por cirujanos torácicos, se coloca tubo de Tx. En los momentos posteriores la paciente presenta deterioro clínico de muy rápida evolución, con datos hipoperfusión sistémica, cifras tensionales sistólicas <60 mmHg. Entra en FA. Se canaliza Vía Central Femoral Se intenta reanimación PCR a las 19:10h*”.

Se comunica telefónicamente a la familia el fallecimiento.

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

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 de la LPAC, se ha incorporado al expediente un informe del jefe de Servicio de Cardiología del Hospital Universitario 12 de Octubre en el que pone de manifiesto las graves complicaciones multisistémicas que padecía la paciente y que

quedan puestas de manifiesto en las anotaciones de la historia clínica cuyo texto acompaña.

Figura, asimismo, un informe de Enfermería del Hospital Universitario 12 de Octubre, del supervisor de la planta 15 de Medicina Interna que, con fecha 26 de octubre de 2022, dice que la paciente ingresó por una neumonía bilateral COVID, con múltiples complicaciones y tórpida evolución durante el ingreso, como consta en la historia clínica, informando en todo momento de la situación de gravedad a la familia.

El informe declara que, durante el ingreso de la paciente en la planta se aplican los cuidados de Enfermería necesarios y en tratamiento prescrito, adaptados a la situación clínica de la paciente. Manifiesta que el día 20 de agosto a las 3 horas am, se avisó al cardiólogo de guardia por un cambio en el estado del nivel de conciencia de la paciente con un aumento de la somnolencia haciendo éste un juicio clínico de síndrome confusional hipoactivo. Indica que el día 1 de septiembre, se objetivó un empeoramiento en el nivel de conciencia de la paciente y así quedó reflejado en la historia clínica, según consta en los comentarios evolutivos de Enfermería, la paciente no respondía a estímulos y no comía, por lo se dio aviso al cardiólogo de guardia que constató un deterioro con tiraje en la respiración toraco abdominal. Según el informe, el día 2 de septiembre, se prescribió por parte de los médicos responsables, la colocación de una sonda nasogástrica para alimentación, la cual fue insertada por los profesionales de Enfermería de la unidad, siguiendo el protocolo del hospital. En la radiografía de control, se observó la complicación referida en la historia clínica y la intervención de distintos profesionales, tras la cual se produce un deterioro clínico de rápida evolución, concluyendo con el fallecimiento e informando de ello a la familia.

Asimismo, figura en el expediente el informe del jefe de Servicio de Endocrinología y Nutrición, de 22 de diciembre de 2022 que dice:

«(...)

*Tras varias semanas de ingreso y con las complicaciones descritas, presentó un progresivo deterioro del nivel de conciencia y reducción de la ingesta de alimentos. Por ese motivo los médicos responsables de la hospitalización de la paciente consultaron de forma oral a la Unidad de Nutrición Clínica el día 2/9/2021. Esta Unidad recomendó colocación de una sonda Nasogástrica (SNG) para pautar Nutrición Enteral. La SNG fue colocada por Enfermería de la planta de hospitalización a última hora de la mañana de ese día. De acuerdo al “Procedimiento de Enfermería de Sondaje Nasogástrico del Hospital”, se solicitó correctamente Radiografía de Tórax y no se administró ningún tipo de alimentación por la SNG. La Radiografía se realizó a las 16:34 mediante un aparato portátil de Rayos X. En ella se observó la desviación de la SNG a árbol bronquial y la existencia de un neumotórax. Se retiró la SNG y se colocó un tubo de tórax con comprobación radiológica a las 18.24 horas.*

*El desplazamiento de la SNG hacia tráquea y árbol bronquial en el momento de la colocación ocurre en 1.3 a 2.4 % de los procedimientos. Sigue con mayor frecuencia en pacientes gravemente enfermos y con trastorno de nivel de conciencia. Se han descrito unos pocos casos de mortalidad relacionada con esta complicación, aunque la propia gravedad de la situación clínica de los pacientes que sufren el mal posicionamiento de la SNG dificulta establecer una relación causal entre este evento y un fatal desenlace. Es decir, que dada la gravedad clínica, el paciente pudiera fallecer con independencia de la colocación o no de la SNG.*

*En este caso se indicó la colocación de una SNG para Nutrición Enteral debido a que la enferma no ingería alimento por el deterioro del nivel de conciencia. La SNG se colocó de acuerdo con los Procedimientos establecidos por la Dirección de Enfermería del*

*Hospital; no se administró ninguna fórmula de Nutrición Enteral en espera de la comprobación radiológica de la normo posición de la SNG, se procedió con diligencia a resolver la complicación asociada a la colocación de la SNG, y, a pesar de todo ello, la enferma continuó con el deterioro clínico que terminó en la muerte».*

Con fecha 2 de enero de 2023, el supervisor de la planta 15 del Servicio de Medicina Interna amplía su anterior informe y dice:

*“Ante la solicitud de información relacionada con la colocación de la Sonda Nasogástrica (SNG) y como complemento al informe previo realizado, informamos que:*

*La colocación de la SNG se realizó según el procedimiento establecido en el centro y bajo prescripción médica.*

*Debido al deterioro del nivel de conciencia y no respuesta a estímulos de la paciente, no es posible objetivar signos de malposición de la sonda, hecho que se objetiva tras la realización de la radiografía de tórax de control realizada, avisando inmediatamente al médico responsable de la paciente.*

*El desplazamiento de la SNG hacia la vía respiratoria, es una complicación no habitual, pero posible y más cuando el nivel de conciencia de la paciente está disminuido como era el caso.*

*Habitualmente antes de la realización de ésta técnica, se informa verbalmente al paciente, hecho que no ha sido posible en éste caso, debido al estado clínico de la paciente”.*

Con fecha 16 de octubre de 2023, la Inspección Sanitaria emite informe que concluye:

*“Primera: Dña. (...) falleció por neumonía Sars-Cov2, sufriendo múltiples complicaciones durante el ingreso, entre ellas neumotórax iatrogénico por colocación de sonda nasogástrica.*

*Segunda: El pronóstico de la paciente era malo desde el principio de su ingreso, está registrado que se informó a la familia hasta en ocho ocasiones a lo largo de los 21 días de hospitalización*

*Tercera: La asistencia sanitaria prestada se ajustó en su totalidad a los conocimientos actuales de la medicina, no se escatimó ni en medios materiales y humanos para tratar de salvar la vida de la paciente”.*

Después de la incorporación al expediente de los anteriores informes, se notificó a las interesadas en el procedimiento el trámite de audiencia que no han presentado alegaciones.

Con fecha 8 de abril de 2024 la viceconsejera de Sanidad y directora general del SERMAS formula propuesta de resolución que desestima la reclamación al considerar que no se acredita la existencia de mala praxis ni concurre, por tanto, la antijuridicidad del daño.

**CUARTO.-** Por escrito de la consejera de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 10 de abril de 2024 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 230/24, 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 16 de mayo de 2024.

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 quince mil euros y por solicitud de la consejera 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.

Las reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 32.1 de la LRJSP, en cuanto familiares de la persona que recibió la

asistencia sanitaria que consideran incorrecta y cuyo fallecimiento le ocasionó un indudable daño moral. Aportan, para acreditar su parentesco con la paciente, copia del libro de familia.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en un centro sanitario integrado en la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid, el Hospital Universitario 12 de Octubre.

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, ocurrido el fallecimiento de la paciente el día 2 de septiembre de 2021, no cabe duda alguna de que la reclamación presentada el día 12 de agosto de 2022, está formulada en plazo.

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 procedural y, así, se ha solicitado el informe preceptivo previsto en el artículo 81 de la LPAC, esto es, al Servicio de Cardiología, a Enfermería y al Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario 12 de Octubre. Se ha incorporado al expediente la historia clínica de la paciente y consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria. Tras la incorporación de los anteriores informes se realizó el trámite de audiencia a las interesadas, que no han efectuado alegaciones. Después, se ha dictado la propuesta de resolución.

Por tanto, debe concluirse que la instrucción del procedimiento ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

**TERCERA.-** 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 23 de junio de 2021 (recurso de casación 8419/2019), 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*”.

**CUARTA.-** 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 5<sup>a</sup>) de 23 de febrero de 2022 (recurso de casación 2560/2021), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho tribunal (por todas, sentencias de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación núm. 4397/2010) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010) 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”.*

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.

**QUINTA.-** 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, procede analizar la concurrencia de los demás requisitos necesarios para reconocer la existencia de responsabilidad patrimonial.

En el presente caso, las reclamantes reprochan que el fallecimiento de la paciente fue debido a una actuación negligente de los servicios médicos del Hospital Universitario 12 de Octubre en la colocación de una sonda nasogástrica. Alegan que la paciente ingresó con fiebre, por neumonía bilateral resultante de la COVID-19 y que, si bien el ingreso se vio dilatado por varias patologías previas, iba teniendo buena evolución hasta el día 2 de septiembre de 2021 cuando se procedió a la colocación de la citada sonda.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron a la paciente, 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, las interesadas, que dicen haber solicitado una informe pericial que aportarían cuando dispusieran de toda la historia

clínica de la paciente, no han aportado prueba pericial alguna que acredite la existencia de mala praxis en la atención dispensada a la paciente, limitándose a efectuar las alegaciones anteriormente referidas, a pesar de haber tenido a su disposición toda la historia clínica que ha sido utilizada para la elaboración de los antecedentes de hecho de este dictamen.

En efecto, de la simple lectura de la historia clínica de la paciente resulta acreditado que esta presentaba graves patologías que complicaban la evolución de la paciente, quien el día anterior a la colocación de la sonda nasogástrica presentaba un estado de deterioro y fragilidad que condujo, entre otros factores, a la adopción de la medida de colocación de una sonda nasogástrica, ante la nula ingesta y debilidad que presentaba la paciente.

En este sentido, el informe de la Inspección Sanitaria declara que la complicación en la colocación de la sonda nasogástrica precipitó el fallecimiento de la paciente que con alta probabilidad era el desenlace más probable e indica que la causa principal del fallecimiento fue neumonía bilateral por Covid en paciente diabética de 74 años. Si la enferma no hubiera estado con baja conciencia no habría ocurrido la complicación, y si aun así la hubiera sufrido, estando con buen estado general, habría evolucionado bien tras el tratamiento de cirugía torácica.

Según el informe de la Inspección, el protocolo de colocación de sonda nasogástrica es unánime en la literatura consultada, se cumplió, la alimentación vía oral era imposible por el estado de baja conciencia de la paciente, y siendo diabética había que alimentarla, el resultado de la colocación de la sonda fue una complicación, con incidencia que oscila entre el 0.3 y el 15%. Tal y como indica el protocolo se comprobó radiológicamente la posición de la sonda. Se comprobó que estaba en espacio pleural. Según el médico inspector, se aplicó el tratamiento correcto por parte de cirugía torácica, pero la paciente no pudo remontar

debido a su deterioro clínico, que ya era previo a la colocación de la sonda y le hacía tener mal pronóstico desde el mismo día de su ingreso, 12 de agosto de 2021.

En este sentido, el informe de la Inspección Sanitaria concluye que *“no hubo mala praxis, sino que ocurrió una complicación perfectamente explicable por la baja conciencia de la paciente, y que se intentó subsanar con el procedimiento de cirugía torácica, que normalmente es eficaz y resuelve el neumotórax. Mala praxis habría sido no hacer la radiografía de control y haber empezado la dietoterapia a través de la sonda nasogástrica, incumpliendo el protocolo”* y añade que la complicación de un procedimiento puede ocurrir tanto en la presencia de buena como mala praxis. Ni la iatrogenia ni la complicación evidencian mala praxis, ésta se produce en ausencia de actuación conforme a los conocimientos actuales de la medicina y procedimientos aprobados con fundamento científico y diversos niveles de evidencia reconocidos y aceptados, lo que no ocurrió en el presente caso.

Conclusión a la que debemos atenernos dado que el informe de la Inspección Sanitaria obedece a criterios de 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 18 de mayo de 2023 (recurso nº 627/2021):

*“...sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis, puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del médico inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”.*

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

## **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la reclamación al no haber quedado acreditada la existencia de mala praxis y no concurrir la antijuridicidad del daño.

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 16 de mayo de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 264/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid