

Dictamen n.º: **40/24**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **01.02.24**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 1 de febrero 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., Dña., Dña., Dña. y D., por el fallecimiento de su respectivo esposo y padre D., que atribuyen al retraso en el diagnóstico de un síndrome serotoninérgico versus metabólico en el Hospital Universitario La Paz.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 30 de marzo de 2021 el abogado de las personas citadas en el encabezamiento presentó en el registro de la Consejería de Sanidad una reclamación de responsabilidad patrimonial, en la que refieren que su familiar, de 69 años en el momento de los hechos y con los antecedentes médicos de disfunción, condromalacia rotuliana, hiperuricemia, hipoacusia, hipotiroidismo, neoplasia vesical y trastorno afectivo bipolar, recibía tratamiento con Plenur, Olanzapina, simvastatina, Zyloric, Eutirox, Bilastina, Volutsa y Orfidal.

El escrito relata la evolución clínica del paciente desde el 18 de marzo de 2020, cuando acudió a las 22:25 horas a Urgencias del Hospital Universitario La Paz por un cuadro de fiebre de seis días de duración (aproximadamente de 38,5 °C), y contactó con un enfermo hospitalizado por COVID-19, hasta su fallecimiento el 2 de abril de 2020.

Los reclamantes señalan que, desde el momento inicial del ingreso, el paciente presentó síntomas neurológicos, como presencia de temblor y desorientación, y que, al sospechar los profesionales sanitarios de una infección por COVID-19, no se valoraron otras alternativas que justificasen los síntomas del paciente y tampoco se exploró neurológicamente al paciente por protocolo como reza el informe de Urgencias. Así, según afirman, hicieron al paciente una PCR para el SARS-Cov-2 que resultó positiva y confirmó la enfermedad por COVID-19, de modo que ingresaron al paciente en el gimnasio del hospital y allí se procedió al aislamiento, iniciándose tratamiento con oxigenoterapia y terapia broncodilatadora con cámara y antipiréticos.

Con la reclamación se adjunta un informe médico pericial suscrito por un especialista en Neurología, según el cual, respecto a la Covid-19, el paciente evolucionó a la curación con negativización viral comprobada el 30 de marzo de 2020 mediante prueba PCR, de modo que la causa del fallecimiento no fue esta enfermedad, que fue superada, sino el retraso de diagnóstico del síndrome serotoninérgico con la pérdida de oportunidad para tratar dicho síndrome, con todo lo que supone en cuanto al pronóstico de la enfermedad, así como la privación del tratamiento oportuno en UCI cuando el paciente sufría un fallo multiorgánico reversible de *“encefalopatía sugestiva de síndrome serotoninérgico versus metabólica”*, lo que también supuso una pérdida de oportunidad para el paciente.

La reclamación considera actuaciones reprobables del Servicio Madrileño de Salud las siguientes:

El retraso diagnóstico del síndrome serotoninérgico impidió que se tomaran las medidas oportunas (tratamiento de soporte, retirada inmediata de fármacos) para lograr un tratamiento adecuado y mejorar el pronóstico del paciente, pronóstico que es bueno cuando las medidas terapéuticas son instauradas de forma precoz. La falta de medidas oportunas y adecuadas provocaron una pérdida de oportunidad para tratar el síndrome serotoninérgico y se relacionan claramente con el fatal desenlace sufrido por el paciente.

El fracaso multiorgánico que presentó el paciente era reversible y estaba indicado para su manejo, y no se hizo, la permanencia en la UCI para monitorización de constantes, vigilancia de la vía aérea y tratamiento con fluidos intravenosos, habiendo evitado el fallecimiento del paciente, siendo evidente que se privó al paciente de los medios y tratamiento para su curación.

El informe médico pericial ya señalado establece que, a pesar de presentar síntomas neurológicos desde los momentos iniciales del ingreso (aumento del temblor habitual, inestabilidad) e incluso antes del ingreso si se atiende al relato familiar, no se realizó ninguna exploración neurológica hasta ocho días después, coincidiendo con la valoración por el Servicio de Neurología. De igual modo, según se afirma, en la historia clínica se justifica que no se realiza una exploración por protocolo (justificado por la alta contagiosidad de la COVID-19). *“Sin embargo, aunque es posible que este procedimiento se llevase a cabo para evitar el riesgo de contagio del SARS-Cov-2, hay que recordar que no existe ningún protocolo ni guía clínica que afirme (ni antes ni después de la aparición de la COVID-19) que no se debe explorar neurológicamente a un paciente con síntomas neurológicos”.*

El informe también indica que se inició tratamiento con hidroxiclороquina fuera de indicación (aunque con consentimiento verbal de la familia según la historia clínica y de un modo comprensible en ese momento histórico), pero no se tuvo en cuenta que este fármaco interaccionaba con los demás fármacos que tomaba el paciente y facilitó el desarrollo de un síndrome serotoninérgico.

Por otro lado, el perito también refiere que el diagnóstico de fracaso multiorgánico se estableció por la presencia de insuficiencia renal y la grave disminución del nivel de conciencia, pero *“la insuficiencia renal era reversible pues era cierto que al menos en parte era prerrenal secundaria a la deshidratación asociada a la hipernatremia que presentaba y que esta situación era reversible utilizando el tratamiento apropiado con fluidos intravenosos siendo obligada la monitorización de constantes y diuresis”*. Además, según afirma el facultativo especialista, el fracaso del sistema nervioso central expresado por la grave disminución del nivel de conciencia requería vigilancia continua en la UCI para evitar las complicaciones de la encefalopatía toxico-metabólica de carácter reversible que presentaba y que para su tratamiento era preciso preservar la ventilación pulmonar con vigilancia de la vía aérea e intubación orotraqueal y monitorización continua de las constantes hemodinámicas con obligada estancia en la UCI.

En definitiva, el perito considera que el fracaso multiorgánico que presentó el paciente era potencialmente reversible y estaba indicado para su manejo, y no se hizo, permanencia en la UCI para monitorización de constantes, vigilancia de la vía aérea y tratamiento con fluidos intravenosos, de modo que, de haberse tomado estas medidas se hubiera evitado el fallecimiento.

Por ello, solicitan una indemnización por todos los conceptos de 202.657 euros, y acompañan con el escrito de reclamación tres

escrituras de poder otorgadas por los diferentes firmantes del escrito de reclamación en favor de su abogado, una copia del libro de familia y diversa documentación médica, así como el citado informe pericial.

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

Se trata de un paciente de 70 años que acude a Urgencias del Hospital Universitario La Paz el 18 de marzo de 2020 por fiebre de 38,5 °C desde 6 días antes. Refiere contacto con enfermo hospitalizado de coronavirus. No asocia tos. Sin disnea. Sin diarrea ni estreñimiento. Sin otra sintomatología en ese momento. Antecedentes de disfunción renal, condromalacia rotuliana, dislipemia, hiperuricemia, hipoacusia, hipotiroidismo, neo vesical y trastorno afectivo bipolar. Hábitos tóxicos: consumidor de alcohol.

En la exploración física: temperatura 37 °C, tensión arterial 139/94 mmHg. Frecuencia cardíaca 90 latidos por minuto. Saturación de oxígeno 93%. Regular estado general, sudoroso, bien hidratado, perfundido y coloreado.

No se explora por protocolo en ese momento. En analítica destaca: proteína C reactiva: 115 mg/L (valores normales: 0-5). Radiografía de tórax: se aprecian opacidades parcheadas seudonodulares con leve patrón intersticial en el lóbulo superior derecho, compatible con afectación por COVID. PCR SARS-Cov-2: positivo.

Dados los hallazgos radiológicos, la edad del paciente, el estado general y las comorbilidades asociadas, se decide pasar a área de gimnasio habilitada. Pendiente de analítica. Se procede al aislamiento del paciente en el box de aislamiento de Urgencias, el personal sanitario utiliza los equipos de protección ante enfermedades

infecciosas de alto riesgo. Se obtienen muestras para estudio de infección por SARS-Cov-2 y se envían a Microbiología.

Plan: oxigenoterapia si la saturación oxígeno es inferior al 93%. Terapia broncodilatadora en cámara si hay disnea. Antipiréticos si hay fiebre.

Con fecha 19 de marzo de 2020, el paciente se encuentra clínicamente estable: tensión arterial 123/77 mmHg; saturación de oxígeno basal 91%, con gafas nasales 96%. Radiografía compatible con COVID. Se contacta con la hija, quien informa de antecedentes psiquiátricos.

Tratamiento habitual: Pristiz, Plenur, Mirtazapina; Lorazepam, Zyprexa. Plan: Se asocia Ceftriaxona.

Evolución en el turno de tarde: se decide ingreso hospitalario porque necesita las gafas nasales para saturar correctamente. Se inicia tratamiento específico para infección SARS-Cov-2, previo consentimiento informado verbal (fármacos autorizados con uso fuera de ficha técnica): hidroxicloroquina. Se inicia cobertura antibiótica empírica por sospecha de sobreinfección. Tratamiento de soporte/sintomático/profilaxis. Oxigenoterapia si la saturación de oxígeno es inferior 93%. Antipiréticos convencionales si hay fiebre.

Diagnóstico principal: neumonía COVID-19. Insuficiencia renal leve.

El 20 de marzo de 2020 el paciente ingresa en el Servicio de Medicina Interna por infección COVID. Al ingreso: frecuencia cardíaca 90 latidos por minuto; temperatura 37 °C; tensión arterial 139/94 mmHg; saturación de oxígeno basal 93%.

Exploración física: consciente y desorientado en las tres esferas, inatento, poco colaborador. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado con crepitantes en bases. Auscultación cardíaca: rítmico sin soplos. Abdomen: ruidos hidroaéreos positivos, no doloroso, sin peritonismo ni defensa. Sin edemas en miembros inferiores, sin signos de trombosis venosa profunda, pulsos distales positivos.

En una radiografía, se objetivan hallazgos compatibles con afectación por COVID. PCR SARS Cov- 2: positiva.

De acuerdo a protocolo establecido, el paciente recibe tratamiento dirigido con hidroxiclороquina para COVID-19, junto con ciclo de Ceftriaxona. Desde el ingreso, presenta empeoramiento clínico progresivo.

Con fecha 21 de marzo de 2020, el paciente se encuentra tembloroso y con mucha inestabilidad. A las 07:00 horas se administra paracetamol IV con temperatura de 37,7 °C.

Exploración física: buen estado general, tranquilo, eupneico, saturación oxígeno 92% con gafas nasales a 3 litros por minuto. En radiografía de tórax: opacidades parcheadas seudonodulares con leve patrón intersticial en el lóbulo superior derecho. PCR SARS-Cov-2: positivo.

En analítica destaca alteración de: linfocitos 0.61 (1,1-4,5), plaquetas 140 (150-370), fibrinógeno 1028 mg/dL (150-450), creatinina en suero 1,57 (0,7- 1,3), proteína C reactiva 115 mg/L (0-5).

Se deja interconsulta a Psiquiatría para valoración y ajuste de medicación.

A las 14:31 horas, en la exploración: bradipsíquico, tranquilo, eupneico. Saturación con oxígeno con gafas nasales 89%, con gafas

nasales a 4 litros por minuto. Saturación de oxígeno con mascarilla: 94%.

Se contacta con Psiquiatría para ajuste de tratamiento y valoración del paciente.

A las 14:53 horas: afebril y normotenso. Desaturación de oxígeno con gafas nasales. Se cambia a mascarilla a 6 litros. Tras ser valorado por el médico, se ponen gafas nasales de nuevo, manteniendo saturación de oxígeno a 99% a 4 litros por minuto.

El 22 de marzo de 2020, a las 07:39 horas, el paciente se encuentra afebril. Buena saturación de oxígeno con gafas nasales. Pasa la noche tranquilo.

Exploración física: bradipsíquico, temblor fino distal, moviliza extremidades, inatento, con dificultad para atención. Saturación oxígeno con gafas nasales 95%.

Juicio clínico: neumonía bilateral por COVID 19. Delirium hipoactivo, sin poder descartar farmacológico. Plan: se avisa a Psiquiatría. Se suspende Risperidona, el resto del tratamiento se mantiene.

A las 20:08 horas (Psiquiatría de guardia). Se solicita valoración para ajuste de tratamiento en paciente ingresado por neumonía por coronavirus con diagnóstico de trastorno bipolar. Médicos y Enfermería a cargo en planta informan de somnolencia, reactividad a estímulos. Analítica con litemia en rango: litio 1,16 mmol/L, función renal conservada.

Se ajusta medicación: se retira benzodiazepinas, se mantiene resto de tratamiento a misma dosis: Olanzapina (no dar si excesiva

somnolencia), Pristiq, Elontril, Plenur. Plan: nueva analítica con litemia la siguiente semana.

A las 21:41 horas, el paciente se encuentra afebril, pasa la tarde muy adormilado, aunque responde a estímulos verbales y se toma la medicación oral. Se modifica el tratamiento por Psiquiatría. Saturaciones del 94% con gafas nasales.

El 23 de marzo de 2023 consta en la historia clínica el informe del equipo de Psiquiatría: *“paciente de 70 años con diagnóstico de trastorno bipolar en seguimiento en centro de Salud Mental. Contactamos telefónicamente con hija que refiere mayor nerviosismo previo a ingreso, pero sin signos o síntomas de descompensación afectiva mayor. Plan: suspendemos Lorazepam, si excesiva sedación no administrar Olanzapina. Actual litemia en rango”*.

A 13:57 horas, en la exploración física: temperatura 36,8 °C; saturación de oxígeno con gafas nasales 93%. Consciente y orientado, pero somnoliento. Medicación para trastorno bipolar ajustada por Psiquiatría, se retiran benzodicepinas, se mantiene resto de tratamiento: Olanzapina (no dar si excesiva somnolencia), Pristiq, Elontril, Plenur.

A las 20:03 horas, es atendido por el médico de guardia: clínicamente estable, más despierto, sin dolor. Sin fiebre, se intenta aumentar la interacción con el medio.

Con fecha 24 de marzo de 2020, en la exploración física, el paciente se encuentra dormido durante el pase. Aunque al despertar está consciente y colaborador, se intenta que abra los ojos, pero responde sin abrir y continua con temblor, que él refiere es suyo de base y así lo confirma su familia. No refiere empeoramiento de disnea o tos.

Temperatura: 37 °C. Tensión arterial: 122/105 mmHg. Frecuencia cardíaca: 77 lat/min. Saturación de oxígeno con gafas nasales: 97%.

Plan: analítica de control por COVID al día siguiente. Se avisa a Psiquiatría del estado del paciente para ver si necesita nuevo reajuste de tratamiento.

El 25 de marzo de 2020, a las 09:56 horas, se contacta con Enfermería, que refiere tendencia del paciente a la somnolencia que predomina en turno de tarde. El paciente permanece con los ojos cerrados cuando se encuentra en cama, pero responde a las preguntas y se muestra reactivo. Sin aumento de temblor basal. Sin medicación que justifique somnolencia. No precisa ajuste de medicación en ese momento.

A las 13:37 horas, persiste con tendencia al sueño, con conversación pobre, sin dolor torácico, sin dolor abdominal. Moviliza extremidades de forma simétrica, pero destaca inatención. Pupilas isocóricas y reactivas, baja ingesta. física: consciente y desorientado en las tres esferas. Murmullo vesicular con crepitantes leves en bases. Gafas nasales a 4 litros por minuto con saturación del 96%. Abdomen con ruidos hidroaéreos positivos, no doloroso, sin peritonismo ni defensa. Miembros inferiores sin edema ni signos de trombosis venosa profunda, pulsos distales positivos.

El juicio clínico es de neumonía bilateral por COVID-19, delirium hipoactivo, sin poder descartar farmacológico. Fracaso renal agudo prerrenal, sobre enfermedad renal crónica.

A las 15:06 horas, el paciente está afebril, normotenso. Saturación 96% con gafas nasales a 4 litros, se deja a dos litros. Levantado al sillón, sedestación con sujeción. A la hora de acostar, cuesta muchísimo porque no colabora.

A las 21:28 horas, con fiebre, se administra paracetamol iv. tensión arterial elevada. Temperatura de 37,4 °C. Se comenta con médico de guardia, que pauta Furosemia iv + Nolotil IV. Sin respuesta y permanece con los ojos cerrados. Baja a scanner.

A las 22:56 horas, se evalúa al paciente, menos reactivo que el día anterior, sin conversación, poca respuesta al dolor. Temblor en las 4 extremidades. Coincide con pico febril de 38.3 °C. No impresiona de focalidad, pupilas isocóricas. Temperatura 37,4 °C; tensión arterial: 166/93 mmHg. Saturación 94% con gafas nasales.

Plan: se pauta Seguril, por hipertensión, y Nolotil. Si el TAC craneal resulta normal y persiste la somnolencia, avisar a UVI.

El 26 de marzo de 2020, a las 00:37 horas, consta en la historia clínica TC craneal normal. No se le administró Olanzapina por somnolencia esa noche y sin empeoramiento de filtración glomerular, por lo que no parece en ese momento farmacológico (poco probable intoxicación por Litio). Tensión arterial 158/100 mmHg; frecuencia cardíaca 92 lat/minuto. Saturación oxígeno: 96% con gafas nasales. Temperatura: 37,7 °C.

En contacto con UVI: se explican medicaciones psicotrópicas y se indica que ha de pautarse Anexate y, si no hay mejoría, volver a llamar.

Plan: se solicitan niveles de litio, que se extraen antes de la siguiente toma. Se pauta Anexate. Impresiona de empeoramiento por infección COVID19. Sin mejoría tras 3 bolos de Anexate. Se vuelve a avisar a la UVI, que vendrá a valorar.

A las 13:32 horas, el paciente se encuentra totalmente dormido cuando se pasa visita. Temblores en miembros superiores. Sin ingesta. Rigidez. Sin respuesta a estímulos verbales ni dolorosos.

En la analítica realizada, destacan las alteraciones (entre otras) de la función hepática [alanina aminotransferasa: 53 UI/L (<35); lactato deshidrogenasa-: 384 UI/L (100-190)]. Acude el neurólogo a valorar al paciente.

Se realiza electroencefalograma. Registro de unos 40 minutos que muestra datos de una encefalopatía difusa de intensidad grave, con un patrón de ondas trifásicas +/- bifásicas periódicas generalizadas de predominio frontal, muy sugestivo de una encefalopatía de origen tóxico-metabólico. No se observa un claro patrón de status epiléptico.

A las 20:04 horas, persiste con bajo nivel de conciencia, hiporreactivo con tendencia a la rigidez, sin gesto de dolor, sin trabajo respiratorio, febril, sudoración. Mantiene ruidos intestinales, sin clonus espontáneo, sin mioclonías en ese momento. Ha sido valorado por la mañana por Neurología.

Exploración física: estuporoso, rigidez generalizada, sin desviación de la mirada, no nistagmo. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, con hipofonesis en bases. Auscultación cardíaca: rítmico a 110 latidos por minuto. Abdomen: sin dolor abdominal ni peritonismo. Miembros inferiores: sin edemas, rigidez de predominio proximal, sin clonus inducible, sin alteraciones cutáneas, reflejos osteotendinosos ++/4+ simétrico, fuerza 3/5, sensibilidad dolorosa conservada.

Electroencefalograma: ondas trifásicas sugestivas de encefalopatía tóxico-metabólica. Juicio clínico: neumonía bilateral por COVID-19. Delirium hipoactivo con progresión a encefalopatía toxicometabólica, a valorar síndrome serotoninérgico. Fracaso renal agudo prerrenal sobre enfermedad renal crónica.

Plan: suspensión de psicofármacos: hidratación, soporte con Tiamina. Suspendida ya hidroxiclороquina por si pudiera interactuar.

Con fecha 27 de marzo de 2020, a las 12:36 horas, el paciente responde a estímulos dolorosos y, tras despertar, realiza movimientos con miembros superiores. Persisten mioclonías en miembros inferiores y rigidez. Acude su hija a verlo. El paciente responde a estímulos verbales de la misma, haciendo gestos con la cara y con miembros, sin llegar a abrir los ojos. Desaparecen las mioclonías, aunque no la rigidez.

El 28 de marzo de 2020, a las 13:32 horas, con bajo nivel de conciencia, hiporreactivo, sin respuesta al dolor. Eupneico. Sin trabajo respiratorio. Rigidez en miembros superiores, sin edemas en miembros inferiores. Afebril. Deshidratación.

Temperatura 36,3 °C; tensión arterial 156/99 mmHg; frecuencia cardíaca 68 latidos/minuto; saturación oxígeno 98% con gafas nasales.

Plan: datos de deshidratación en la analítica. Se ajustan sueros y se pauta Plasmalite. Pendiente de valoración por parte de Neurología.

Ha acudido la hija a visitarle, demandante. Desea visita por la tarde o por otros miembros de la familia. Se explica que no es posible. Acudirá de nuevo mañana por la mañana.

A las 17:41 horas, valoración por Neurología. Persiste disminución de nivel de conciencia, pese a retirada de psicofármacos, manteniendo solo dosis bajas de benzodiazepinas (clonazepam). Somnolencia, apertura ocular con estímulo doloroso, no obedece órdenes. No emite lenguaje. Retira las extremidades al dolor. Sin opsoclonus. Pupilas isocóricas de diámetro medio, normorreactivas. Sin mioclonías, temblor o clonus espontáneo. Rigidez moderada en las extremidades. Sin diaforesis ni flushing. Sin agitación.

Juicio clínico: encefalopatía de probable origen tóxico y/o metabólico. Posible parkinsonismo farmacológico.

Con fecha 29 de marzo de 2020, el paciente muestra bajo nivel de conciencia, sin respuesta a estímulos. Rigidez en los miembros superiores. Sin edemas en miembros inferiores. Febrícula 37,8 °C. Valorado el día anterior por Neurología, sugieren encefalopatía metabólica.

Con fecha 30 de marzo de 2020, en Neurología, el paciente ha comenzado de nuevo con febrícula 37,2-37,4 °C. Empeoramiento del nivel de conciencia, completamente arreactivo, pupilas medias, levemente reactivas.

Ha disminuido significativamente la rigidez y las mioclonías, si bien se observa marcada rigidez axial/cervical. Asociado a un empeoramiento metabólico: 21740 leucocitos (92% neutrófilos), Creatinina 2,56, Sodio 167, Urea 163.

Juicio clínico: encefalopatía asociada a COVID, probablemente tóxico/metabólico.

Dado el empeoramiento, asociado a la reaparición de febrícula, con elevación de reactantes de fase aguda y rigidez cervical, se valora con Medicina Interna realizar punción lumbar, para descartar meningoencefalitis.

Microbiología (punción lumbar): líquido transparente, SARSCOV2 NEGATIVO. El paciente será valorado por UCI para ver si es candidato a traslado, dado que es posible que exista encefalopatía metabólica reversible.

El 31 de marzo de 2020 en la UCI, a las 12:57 horas, se mantiene con oxigenoterapia en mascarilla con reservorio, saturando 90-94% en

supino. Se realiza radiografía de tórax para comprobar la posición de la sonda nasogástrica, con infiltrados alveolares bilaterales dispersos, más abundantes en bases, similares a estudios previos.

El paciente se encuentra hemodinámicamente estable, aunque con hiperlactatemia (4 mmol/L), en probable relación a situación metabólica (hiperglucemia, insuficiencia hepática, hiperamonemia, insuficiencia renal).

Las alteraciones analíticas, en su conjunto, sugieren deshidratación e insuficiencia renal prerrenal aguda, sobre una base de insuficiencia renal crónica ya conocida, sin poder descartar toxicidad medicamentosa. Dada la deshidratación tan marcada, se suspende el tratamiento con Furosemida, pendiente de reiniciar pasadas 24 horas.

Dada la situación neurológica 2 días antes, se inicia tratamiento con Amoxicilina clavulánico 1g/8 horas. El día del ingreso tiene pico febril. En la UCI se realiza analítica de control, se objetiva aumento de la proteína C reactiva (225 mg/L). Ingresó con hemoglobina 18 g/dL que, tras 6 horas de rehidratación, disminuye a 17 g/dL. Fibrinógeno muy aumentado y dímero D elevado.

Desde el punto de vista neurológico: coma hiporreactivo (Glasgow 5-6/15) con hiporreflexia generalizada, sin clonus ni Babinski. Sin afectación de pares craneales. Hipernatremia (170 mEq/L) al ingreso.

Plan: valorando su situación de fallo multiorgánico con equipo de UCI, no se considera que el paciente sea subsidiario de maniobras invasivas. Es trasladado a planta, donde continuará con tratamiento médico.

A las 12:42 horas, se avisa a la hija explicando la situación de gravedad y de fallo multiorgánico, así como la situación neurológica.

El paciente reingresa en planta de Medicina Interna. Se objetiva deterioro clínico, con hipoxemia progresiva. *Exitus* con fecha 2 de abril de 2020, a las 07:45 horas.

Diagnóstico principal: neumonía por COVID-19.

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

El 23 de noviembre de 2021 la aseguradora del SERMAS acusa recibo de la reclamación e informa que el siniestro carece de cobertura en la póliza suscrita.

Se ha incorporado al expediente la historia clínica del paciente del Hospital Universitario La Paz (folios 201 a 618).

Con fecha 1 de junio de 2021 emite informe el jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario La Paz, quien, tras relatar cronológicamente la asistencia sanitaria dispensada al paciente en dicho servicio, concluye que *“...durante los días en los que permanece ingresado en la planta de Medicina Interna, se realizó una exploración clínica completa diaria con valoración del estado neurológico, constantes vitales, auscultación cardiopulmonar y exploración general. En todo momento se aplicó rigurosamente el tratamiento estándar protocolizado. Lamentablemente, la evolución fue irreversible, pese al tratamiento aplicado”*.

El 19 de octubre de 2021 emite informe el jefe de Sección de Medicina Intensiva del centro hospitalario, en el que relata de modo prolijo la evolución clínica del paciente, rebate cada una de las afirmaciones contenidas tanto en el escrito de reclamación como en el informe médico pericial aportado y refiere, en relación con el eventual

sometimiento del paciente a medidas de soporte vital avanzado, que *“...en aquellas condiciones clínicas y teniendo en cuenta los antecedentes personales, la posibilidad de supervivencia de este paciente era altamente improbable. En su experiencia, el haber decidido someter al paciente a una terapia de soporte vital avanzado, a saber, ventilación mecánica invasiva y terapia de reemplazo renal (hemodiálisis) habría sido no sólo en vano, sino contraproducente...”*.

Con fecha 2 de agosto de 2023, emite informe la Inspección Sanitaria que, tras recoger los antecedentes del caso y exponer referencias bibliográficas y las consideraciones médicas oportunas, concluye que la asistencia dispensada se ha ajustado a la *lex artis*.

Instruido el procedimiento y mediante oficio de 6 de octubre de 2023, se otorga audiencia a los reclamantes quienes, por medio de su abogado, formulan alegaciones mediante escrito presentado el 7 de noviembre de 2023, en el que se ratifican en el contenido de su reclamación inicial y del informe pericial aportado, cuestionan los informes tanto de la Inspección Sanitaria como de los servicios de Medicina Intensiva y de Medicina Interna, y señalan que el paciente *“a las 24 horas de estancia en el Servicio de Medicina Interna estaba en coma, Glasgow de 5 a 6 puntos, potencialmente reversible y eso obligaba a vigilancia en precisado de una intubación pulmonar transitoria para preservar la vía aérea del riesgo de aspiraciones. Estas medidas no se adoptaron y el paciente falleció”*.

Finalmente, el 18 de diciembre de 2023 la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud fórmula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar que la asistencia sanitaria se adecuó a la *lex artis* y no existe antijuridicidad en el daño que se reclama, por lo que no concurren los presupuestos necesarios para la declaración de responsabilidad patrimonial.

CUARTO.- Por escrito de la consejera de Sanidad, con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid el día 2 de enero de 2024, se formuló la preceptiva consulta.

Correspondió el estudio del presente expediente 2/24 al letrado vocal D. Francisco Javier Izquierdo Fabre, que formuló y firmó la propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 1 de febrero de 2024.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros, y 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 se regula en la LPAC. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

Los reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, en cuanto sufren el daño moral que provoca el fallecimiento de su respectivo esposo y padre. Acreditan el parentesco con copia del libro de familia correspondiente. Actúan por medio de abogado, con poder conferido al efecto e incorporado al expediente administrativo.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria que consideran incorrecta se prestó en el Hospital Universitario La Paz, centro sanitario que forma parte de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

En lo relativo al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, que se contará, en caso de daños de carácter físico o psíquico, desde que el hecho aconteció o desde la curación o determinación del alcance de las secuelas (artículo 67.1 de la LPAC).

En este caso el *dies a quo* viene dado por el fallecimiento del familiar de los reclamantes el 2 de abril de 2020, por lo que la reclamación, presentada el día 30 de marzo de 2021, está formulada dentro del plazo legal.

En cuanto al procedimiento, se observa que se han recabado los informes de los servicios de Medicina Interna y Medicina Intensiva del Hospital Universitario La Paz, de acuerdo con lo previsto en el artículo 81 de la LPAC, y se ha incorporado el informe de la Inspección Sanitaria; se ha conferido el oportuno trámite de audiencia a los interesados y, finalmente, se ha redactado la propuesta de resolución que, junto con el resto del expediente, ha sido remitida a esta Comisión Jurídica Asesora para su dictamen preceptivo.

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

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española, 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.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, requiere la concurrencia de varios requisitos:

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

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.

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

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005) y otras sentencias allí recogidas, *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino*

que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de mayo de 2016 (recurso 1153/2012) *“que cuando se trata de reclamaciones derivadas de actuaciones sanitarias, la doctrina jurisprudencial viene declarando 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, de manera que, si el servicio sanitario o médico se prestó correctamente y de acuerdo con el estado del saber y de los medios disponibles, la lesión causada no constituiría un daño antijurídico”.*

CUARTA.- Del breve resumen de los presupuestos de la responsabilidad patrimonial incluidos en la consideración jurídica precedente, se deduce que no cabe plantearse una posible responsabilidad de la Administración sin la existencia de un daño real y efectivo a quien solicita ser indemnizado.

Ciertamente ya hemos adelantado la existencia del daño moral de los reclamantes por el solo hecho del fallecimiento de su familiar. Sin embargo, la existencia de un daño no es suficiente para declarar la

responsabilidad de la Administración, por lo que ha de analizarse si concurren los demás requisitos necesarios para apreciarla.

Las reclamantes imputan el fallecimiento de su familiar al retraso en el diagnóstico de un síndrome serotoninérgico, que impidió que se tomaran las medidas oportunas (tratamiento de soporte, retirada inmediata de fármacos) originando una pérdida de oportunidad para su adecuado tratamiento.

Además, consideran que el fracaso multiorgánico que presentó el paciente era potencialmente reversible y estaba indicado para su manejo, y no se hizo, permanencia en la UCI para monitorización de constantes, vigilancia de la vía aérea y tratamiento con fluidos intravenosos, de modo que, de haberse tomado estas medidas, se hubiera evitado el fallecimiento.

Así las cosas, procede analizar los reproches de las reclamantes partiendo de lo que constituye regla general, esto es, que la carga de la prueba en los procedimientos de responsabilidad patrimonial corresponde a quien reclama. En este sentido se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 12 de noviembre de 2018 (recurso 309/2017), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, como recuerda, 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”*.

Conforme a lo señalado, hemos de considerar que en la tramitación de la reclamación formulada se ha aportado por el reclamante prueba pericial en la que viene a sustentar la pretendida mala praxis médica reclamada.

Es doctrina reiterada de esta Comisión Jurídica Asesora (v.gr. 397/20, de 22 de septiembre; 223/16, de 23 de junio; 460/16, de 13 de octubre y 331/19, de 12 de septiembre), que ante la existencia de informes periciales contradictorios -como ocurre en este caso, en que el dictamen de parte resulta contradictorio con el informe de los servicios afectados y el de la Inspección Sanitaria- la valoración conjunta de la prueba pericial debe realizarse, según las reglas de la sana crítica, con análisis de la coherencia interna, argumentación y lógica de las conclusiones a que cada uno de ellos llega.

La Sentencia de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de febrero de 2016 (Rec. 1002/2013) señala al respecto que *«las pruebas periciales no acreditan irrefutablemente un hecho, sino que expresan el juicio o convicción del perito con arreglo a los antecedentes que se le han facilitado (...)»* y *“no existen reglas generales preestablecidas para valorarlas, salvo la vinculación a las reglas de la sana crítica en el marco de la valoración conjunta de los medios probatorios traídos al proceso (...)»*.

Ante la disyuntiva generada, 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”.

Así, como hemos visto, la Inspección Sanitaria, tras analizar el proceso asistencial que consta en las actuaciones, ha considerado que la actuación asistencial prestada fue conforme a *la lex artis*.

En este sentido, frente a las afirmaciones contenidas en el escrito de reclamación, con base en el informe pericial aportado, la Inspección Sanitaria señala que *“es evidente que el paciente presentaba una radiografía de tórax compatible con COVID-19 desde el momento del ingreso en Urgencias, así como una PCR positiva (en la bibliografía científica consultada se indica que en el síndrome serotoninérgico la radiografía de tórax es normal)...”.*

De igual modo, los informes médicos obrantes en el expediente, y así lo corrobora la propia historia clínica, destacan que al ingreso en Servicio de Medicina Interna el paciente presentaba ya un fracaso multiorgánico, Al respecto, el Servicio de Medicina Intensiva del centro hospitalario refiere que ello fue debido *“al fallo de cuatro órganos (y no dos como argumenta el perito de la familia), a saber: fallo hepático (hiperamonemia, hiperlactacidemia, coagulopatía); fallo renal (creatinina y urea elevadas); fallo metabólico (hipernatremia) y fallo respiratorio hipoxémico debido a una neumonía por SARS-COV2 en evolución”.* De esta opinión participa la propia Inspección Sanitaria, para quien *“el virus SARS-COV2 provoca un daño sistémico mediado también por procesos inflamatorios subyacentes a la infección viral. Como consecuencia de la neumonía grave, un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica puede conducir a fallo multiorgánico. En este caso, queda constatada la afectación renal, hepática, metabólica y respiratoria”.*

Los reclamantes argumentan que, a pesar de presentar síntomas neurológicos desde los momentos iniciales del ingreso (aumento del

temblor habitual, inestabilidad) e incluso antes del ingreso si se atiende al relato familiar, no se realizó ninguna exploración neurológica hasta ocho días después. La Inspección Sanitaria rechaza tal aseveración, afirmando que *“el paciente sí que fue explorado y evaluado ante la aparición de sintomatología neurológica y durante los días en los que permaneció ingresado en planta de Medicina Interna, consta en la historia clínica tanto exploración física con valoración del estado neurológico, como toma de constantes vitales, auscultación pulmonar y cardíaca y valoración del estado general. Asimismo, se realizaron interconsultas con Psiquiatría para reajuste del tratamiento farmacológico”*.

Es más, refiere la propia Inspección cómo ante la falta de mejoría, se planteó la posibilidad de un síndrome serotoninérgico, por lo que se realizó interconsulta con Psiquiatría, se realizó analítica de litio (se encontraba en valores normales), se suspendieron psicofármacos y se realizó un electroencefalograma con el resultado de encefalopatía difusa de intensidad grave, muy sugestivo de una encefalopatía de origen tóxico-metabólico. Sin embargo, en cuanto al posible origen de este último diagnóstico, el Servicio de Medicina Intensiva, con el refrendo de la Inspección Sanitaria, explica que se sustenta *“en las alteraciones metabólicas que señalamos a continuación:*

A) Insuficiencia hepática ...B) Hipernatremia de 170 mEq/L a su ingreso en el Servicio de Medicina Interna...C) Insuficiencia renal crónica reagudizada...En resumen, había suficientes datos de una importante alteración metabólica global a la cual atribuir razonablemente la etiología del cuadro clínico del paciente. Por lo tanto, también se puede razonablemente descartar que un síndrome serotoninérgico fuese la causa de su ingreso en el Servicio de Medicina Interna, tal y como el abogado de la familia fundamenta su demanda”.

Respecto a la eventual *“curación porque la PCR era negativa”* que supuestamente experimentó el paciente respecto de su infección por el virus de la Covid-19, la Inspección Sanitaria indica que *“cuando la PCR es negativa implica que ha cesado la fase de contagio del paciente. Sin embargo, el virus produce un daño orgánico que tarda mucho tiempo en resolverse provocando como ya se ha descrito una respuesta inmunológica que afecta al parénquima pulmonar y por ende conlleva una disfunción orgánica múltiple”*.

Por último, los reclamantes argumentan que el fracaso multiorgánico que presentó el paciente era potencialmente reversible y estaba indicado para su manejo, y no se hizo, permanencia en la UCI para monitorización de constantes, vigilancia de la vía aérea y tratamiento con fluidos intravenosos, medidas que, según ellos, hubieran evitado el fallecimiento. Frente a tal aseveración, el Servicio de Medicina Intensiva explica que *“la escala SOFA que menciona el perito de la familia se suele utilizar para medir la evolución de la disfunción orgánica que presente un paciente a su ingreso. Pero, sin lugar a dudas, la escala que más ampliamente se maneja en la mayoría de los servicios de Medicina Intensiva en España y en el mundo, y evidentemente en el Hospital Universitario La Paz, es la escala APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation). Esta escala versión II ha sido la que mejor validación internacional ha tenido y la que hasta ahora ha dado mejor resultado con respecto a su validez estadística. Utiliza los valores clínicos y analíticos que presente un paciente durante las primeras 24 horas de estancia, obteniendo un valor numérico que se relaciona directamente con la probabilidad de fallecimiento. Tras 24 horas de estancia al paciente se le calculó una puntuación APACHE II de 35, cuya mortalidad esperada es de al menos el 85%... Todos estos datos dieron a entender al equipo del Servicio de Medicina Interna que, en aquellas condiciones clínicas y teniendo en cuenta los antecedentes personales, la posibilidad de supervivencia de este paciente era altamente improbable”*.

En consecuencia, concluyen el citado servicio de modo claro que el haber decidido someter al paciente a una terapia de soporte vital avanzado, a saber, ventilación mecánica invasiva y terapia de reemplazo renal (hemodiálisis) habría sido una obstinación terapéutica, es decir, *“una mala práctica clínica y una falta deontológica”*.

En todo caso, atendiendo a la controversia planteada, esto es, el pretendido error de diagnóstico, no sería ocioso recordar que como ya indicamos, entre otros, en los dictámenes 171/19, de 22 de abril y 87/20, de 27 de febrero, es evidente que el diagnóstico clínico es un proceso sumamente complejo, que se realiza en función de los síntomas que presenta cada paciente y de la manifestación de los mismos, que permiten al facultativo decidir la realización de pruebas diagnósticas que, a su vez, perfilan el diagnóstico final.

En este sentido, como destaca la Sentencia de la Sala de lo Contencioso Administrativo, del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 13 de enero de 2022 (procedimiento 640/2018): *“La fase de diagnóstico es una de las más importantes y difíciles de la práctica médica a la que se llega después de un proceso de aproximaciones sucesivas que requiere del examen de la historia clínica, la exploración física y las pruebas complementarias pertinentes al caso y que se efectúan progresivamente para llegar al diagnóstico concreto. Se trata de un proceso complejo en el que intervienen muchos factores y en sus primeras fases resulta difícil poder hablar de un error, dado que determinadas sintomatologías pueden sugerir diversas patologías que deben ser, o no, descartadas. No obstante, lo anterior, respecto al error de diagnóstico es importante advertir que para que éste sea generador de responsabilidad es necesario que atendidas las circunstancias del caso y en particular el estado de conocimiento de la ciencia en el momento de producirse el evento lesivo, pueda afirmarse que resultaba factible para el servicio sanitario realizar dicho diagnóstico y que el*

mismo, de haberse realizado, posibilitara alguna oportunidad de curación. En definitiva, es necesario que la falta de diagnóstico, o bien su error o su retraso sea imputable a la Administración y por ello sea determinante de la lesión del derecho del paciente a un diagnóstico correcto en tiempo oportuno”.

Pronunciamiento que debe completarse, en consideración al contenido y las conclusiones del informe pericial aportado por los reclamantes, con lo señalado en la Sentencia de 28 de septiembre de 2023, de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, (procedimiento 797/2021), al referirse a la denominada prohibición de regreso, indicando al respecto que “es necesario recordar, como hace la STS, sec. 5ª, de 11 de Julio de 2017 (Rec. 1406/2015) que las condiciones del diagnóstico han de ser valoradas conforme a las circunstancias del momento en que se había de hacer ese diagnóstico y no conforme a la información que en el momento de la sentencia y tras el curso causal, generalmente fatídico o perjudicial se ha desarrollado, pues ello sería crear o valorar condiciones y circunstancias inexistentes o una realidad que nos sería tal”.

Así dice la mencionada sentencia que “(...) la doctrina jurisprudencial de la “prohibición de regreso” (SSTS, Sala 1ª, de 14 y 15/febrero/2006, 7/mayo y 19/octubre/2007, 29/enero, 3/marzo o 10/diciembre/2010, 20/mayo y 1/junio/2011, por todas), que impide sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, sólo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente, ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias concurrentes en el momento en que tuvieron lugar; en definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada valorando si conforme a los síntomas del paciente se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido, pues, que a partir del

diagnóstico final se considere las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban».

Además, para evaluar la corrección de una concreta práctica médica hay que estar a la situación y síntomas del momento en que se realiza esta. Ello se traduce en que se deben aplicar a los pacientes todos los medios disponibles para su diagnóstico y tratamiento. Esta obligación de medios debe entenderse ceñida al contexto del momento y las circunstancias en que se efectúa la asistencia, de modo que, en este caso, no debemos olvidar que nos encontramos ante una enfermedad nueva que, en las fechas de la asistencia sanitaria al paciente, alcanzó la consideración de pandemia y que puso en un grado de tensión máxima al sistema sanitario, provocando decenas de miles de fallecidos.

Ante dicho escenario resulta imposible desvincular un caso, como el presente, de la situación que se experimentó durante la pandemia, tal y como ha indicado esta Comisión Jurídica Asesora entre otros, en su dictamen 177/22, de 29 de marzo y por el Consejo Consultivo de Andalucía en sus dictámenes 424/21, de 1 de junio y 100/22, de 10 de febrero.

Así pues, cabe concluir, siguiendo en este punto a la Inspección Sanitaria y teniendo en cuenta su relevante criterio en este tipo de expedientes, tal y como ya hemos señalado, que *“...durante la estancia en el Servicio de Medicina Interna, el paciente recibió el tratamiento correcto con el objetivo de corregir las alteraciones que iban surgiendo, acorde a la evidencia científica consultada. Se consideró que, dada la situación clínica del paciente no era subsidiaria de ingreso en UCI por deterioro clínico con hipoxemia progresiva”*.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado vulneración de la *lex artis* en la asistencia sanitaria dispensada.

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 1 de febrero de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 40/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid