

Dictamen n.º: **167/26**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **25.03.26**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 25 de marzo de 2026, 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 D., Dña. y Dña. y D., asistidos por abogado, por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su hermano y tío, D., que atribuyen a la deficiente asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Clínico San Carlos (HCSC) y en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (HUPH), donde le realizaron un trasplante bipulmonar que fracasó por una infección nosocomial, que no le trataron a tiempo y de la que no les informaron.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito de reclamación formulado las personas mencionadas en el encabezamiento de este dictamen, presentado el 21 de octubre de 2023 en el registro de la Consejería de Sanidad.

En este escrito se indica que el paciente, fallecido a los 54 años de edad, con antecedentes familiares de padre fallecido a los 50 años con

diagnóstico de fibrosis pulmonar idiopática (en adelante FPI), hermano mellizo en estudio por patrón intersticial, otro hermano diagnosticado de FPI y en tratamiento con antifibrótico; con antecedentes clínicos de afectación ventilatoria restrictiva con descenso moderado de FVC (capacidad vital forzada) y descenso severo de la capacidad de difusión, patrón intersticial periférico bilateral y cardiomegalia, era seguido por los servicios de Neumología y Cardiología del HCSC.

Señalan que, en ese contexto, se decidió por el Servicio de Cardiología/Arritmia que se sometiera a una ablación, por lo que el 19 de noviembre de 2021 acudió al HCSC y solicitó un informe al Servicio de Neumología dada su patología pulmonar (posible enfermedad pulmonar intersticial difusa) con los resultados de las pruebas que detallan.

Exponen que el 17 de febrero de 2022 le realizaron la ablación y el cierre de la orejuela izquierda y, durante el postoperatorio se observó una opacidad basal derecha en campo medio, que podría ser secundario a un proceso neumónico y un patrón intersticial reticular periférico, de predominio en ambos lóbulos inferiores, que parecía haber progresado comparando las imágenes con la radiografía de 2021. Poco antes de recibir el alta médica, el 1 de marzo de 2022, presentó episodio de recurrencia de fibrilación auricular (FA) con insuficiencia cardíaca y respiratoria grave e ingresó en la Unidad Coronaria. Posteriormente, se confirmó la presencia de neumonía nosocomial en base derecha y en el TAC de 15 de marzo de 2022 resultó: *“dilatación del cono de la arteria pulmonar de 38 mm. compatible con hipertensión pulmonar; una extensa afectación pulmonar intersticial bilateral y difusa con panalización y bronquiectasias y bronquiolectasias de tracción en relación con NIU (fibrosis pulmonar). Comparando con el estudio anterior llama la atención la aparición de extensas áreas de vidrio deslustrado sobre todo en los lóbulos inferiores compatibles con reagudización de la NIU como primera posibilidad”*.

Esto determinó que lo consideraran candidato a trasplante bilateral pulmonar, por lo que se decidió su traslado al HUPH el 21 de marzo de 2022. Desconocen si cuando se trasladó a la UCRI (Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios) del HUPH, había superado completamente la infección pulmonar bilateral nosocomial de la que había sido diagnosticado y tratado.

Aseveran que, el 9 de mayo de 2022, fue intervenido para recibir un trasplante bipulmonar que no resultó con éxito debido a una infección nosocomial que no saben si fue adquirida en el acto quirúrgico, en el postoperatorio inmediato o si se trataba de la misma que adquirió en el HCSC, en cuyo caso, la intervención se había realizado de forma precipitada. Los facultativos conocían la presencia de la infección nosocomial desde el 11 de mayo de 2022, según consta en la historia clínica y ni el paciente, ni los familiares fueron advertidos de la presencia del hongo *Scedosporium prolificans*, ni de la altísima mortalidad *“quizá conscientes los facultativos de que se trataba de una infección nosocomial por falta de medidas de higiene y seguridad, lo que adquiriría más gravedad si tenemos en cuenta que el citado hongo era resistente a cualquier antifúngico conocido por el centro hospitalario”*. Saben que, ante la existencia de estos patógenos, ciertos hospitales han cerrado y limpiado los quirófanos, la UCI y la planta.

Aducen que resulta incuestionable que el hospital tendría que haber solicitado la medicación adecuada para combatir el *Scedosporium prolificans* desde el 11 de mayo. Sin embargo, no fue hasta octubre cuando se solicitó el envío de la medicación -después de numerosas gestiones por parte de uno de los familiares- siendo su primer suministro el 17 de octubre, a tan solo unos días de su fallecimiento, *“cuando ya no quedaba ningún atisbo de esperanza para combatir el hongo o prolongar su vida”*.

Sostienen que se le negó una muerte digna sin padecimientos, al no emplear los medios adecuados para tratar la afección que acabó con su vida, haciéndole padecer de forma innecesaria por la carencia de información que tenían tanto él como sus familiares respecto del hongo que le provocó el fallecimiento; que no se indicó la opción de ir a paliativos y evitar 31 días de sufrimiento en la UCI hasta el fallecimiento, y que se hurtó la posibilidad de prolongar su vida por lo que consideran que ha habido pérdida de oportunidad con quiebra de la *lex artis* y que concurren todos los elementos para la exigencia de responsabilidad patrimonial a la Administración, pues se evidencia una adecuada relación causa (retraso en el tratamiento de la infección por hongo, falta de información de la infección y pronóstico) efecto (fallecimiento).

Cuantifican el importe de su reclamación en 62.090,75 euros y adjuntan con su escrito, la historia clínica del paciente fallecido del HCSC y del HUPH, una tesis doctoral titulada: “*Identificación inmunoproteómica de antígenos de Lomentospora prolificans con interés diagnóstico y terapéutico*”, fechada en enero de 2020 y certificado literal de defunción del paciente (folios 45 a 827).

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

El paciente, con 54 años de edad, y antecedentes de alergia a amiodarona, fibrosis pulmonar idiopática (FPI) familiar, fibrilación auricular (FA) persistente recurrente oligosintomática, con ablación de FA en dos ocasiones y recurrencia en 2020 tras superar infección por COVID-19, dislipemia leve, patología tiroidea secundaria al uso de amiodarona.

De sus antecedentes familiares recogidos en la historia clínica, destacan: padre fallecido a los 54 años con diagnóstico de FPI.

Hermano mellizo en estudio en ese servicio por patrón intersticial. Hermano diagnosticado de FPI y en tratamiento con antifibrótico.

En seguimiento por el Servicio de Cardiología del HCSC, por FA oligosintomática que debuta en febrero de 2012. Se le realiza cardioversión eléctrica y farmacológica con amiodarona, una primera ablación en julio 2012 y una segunda, en noviembre de 2013. Acude a revisión anualmente y el 20 de septiembre de 2019, al encontrarse asintomático, le dan el alta.

El 19 de noviembre de 2021 acude a consulta de Neumología del HCSC porque en el contexto de una rx de tórax para preoperatorio, se objetiva patrón intersticial en probable relación con insuficiencia cardiaca pero no se descarta probable EPID (enfermedad pulmonar intersticial difusa). El paciente solicita un informe para poder realizar la ablación y refiere que tiene en dos semanas PFR (pruebas funcionales respiratorias) en otro hospital donde se hará seguimiento de la probable patología pulmonar intersticial. Se anota el resultado de la rx de tórax de 7 de octubre de 2021: *“se observa un patrón intersticial reticular periférico bilateral, no disponemos de estudios previos para comparar, se observa también cardiomegalia por lo que una opción es que se trate de insuficiencia cardiaca, no obstante no podemos descartar enfermedad pulmonar intersticial difusa a correlacionar con clínica y antecedentes y valorar evolutivamente”*.

El paciente se encuentra en estudio en el HUPH por EPID, con antecedentes familiares de FPI. Afectación ventilatoria restrictiva con descenso moderado de la FVC (capacidad vital forzada) y descenso severo de la capacidad de difusión. Le realizan las siguientes pruebas:

-Rx de tórax (22 de noviembre 2021): ICT en rango. Patrón intersticial bilateral de predominio periférico y en bases.

-Pruebas de función respiratoria -PFR- (29 de noviembre de 2021): FVC 3360 ml (62%), FEVI (volumen espiratorio forzado en el primer segundo) 2910 ml (70%), FEVI/FVC 86, DLCO (capacidad de difusión de monóxido de carbono) 29, KCO (coeficiente de transferencia de monóxido de carbono) 51, TLC (capacidad pulmonar total) 60.

-Tomografía computarizada (TC) torácico basal (28 de diciembre de 2021): adenopatías hiliomediastínicas, destacando una paraaórtica de tamaño patológico. Afectación intersticial bilateral sugestiva de neumonía intersticial usual (NIU) (afectación intersticial reticular bilateral y simétrica de predominio subpleural, con discreto gradiente craneocaudal, bronquiectasias de tracción y sin clara panalización), con patrón reticular bilateral y simétrico de predominio subpleural, discreto gradiente craneocaudal, bronquiectasias de tracción y sin clara panalización. Signos de hipertensión pulmonar.

Del 16 de febrero de 2022 ingresa en Cirugía Cardíaca del HCSC y el día 17 de febrero le realizan una ablación de venas pulmonares mediante toracoscopia con exclusión de orejuela, por FA, previa firma del documento de consentimiento informado, donde se especifican los riesgos de infección.

El día 18 de febrero, el Servicio de Rehabilitación le pauta tratamiento rehabilitador tutorizado durante su ingreso (fisioterapia respiratoria), para mejorar patrón respiratorio, optimizar manejo de secreciones, conseguir expansión pulmonar y mejorar la mecánica ventilatoria abdómino-diafragmática.

El 23 de febrero, los resultados de la rx de tórax revelan: Cardiomegalia. Opacidad basal derecha y en campo medio, más llamativa que en la placa previa del 22 de febrero; este hallazgo podría ser secundario a un proceso neumónico, a correlacionar con clínica. Se observa un patrón intersticial reticular periférico, de predominio en ambos lóbulos inferiores, que parece haber progresado en relación a la

placa previa de octubre de 2021, a descartar EPID; se recomienda correlacionar con clínica y pruebas de función respiratoria y realizar una TC torácica.

El 24 de febrero de 2022, se anota en la historia: neumonía en base pulmonar derecha en resolución; en tratamiento con Piperacilina/Tazobac Intravenoso 4 g/6 h (iniciado 24/02). Linezolid Intravenoso 600 mg/12 h (iniciado 25/02); Ipratropio Bromuro (Atrovent) Inhalación 1 inhalación/6 h; Acetilcisteína vía oral 600 mg/12 h. Con el juicio clínico de insuficiencia aguda en contexto de probable neumonía nosocomial, se amplía analítica de sangre y se ajusta tratamiento antibiótico.

El 25 de febrero reingresa en la Unidad Coronaria por episodio de FA rápida que revierten y es dado de alta el 1 de marzo.

El 6 de marzo avisan el neumólogo de guardia por insuficiencia respiratoria progresiva en las últimas 24-48 horas, pasando de gafas nasales convencionales a mascarilla reservorio con saturación 96% a 15 lpm. Muy taquipneico a 45 rpm, con habla entrecortada. Hemodinámicamente estable, con FA a 100 lpm. En rx de tórax se objetiva infiltrado bilateral, de predominio bibasal. Sin reactantes de fase aguda en la analítica.

Se decide su ingreso en UCI y evoluciona de forma favorable. Se inició tratamiento con metilprednisolona en altas dosis desde el 7 de marzo y el día 21, se disminuye a 40 mg/día. Recibió antibioterapia empírica que se retira tras 7 días, no se aislaron gérmenes en las muestras que se remitieron, no ha presentado expectoración. Se anota que, el deterioro clínico que ha presentado parece en relación principalmente con una exacerbación de su enfermedad primaria (FPI familiar), si bien no se puede descartar la concurrencia de otros factores facilitadores (cierto grado de insuficiencia cardíaca, ...). Desde

su ingreso han hablado con los neumólogos de Puerta de Hierro para valorar la evolución y los próximos pasos a seguir. También han solicitado valoración por Neumología del HCSC, su centro. *“Se ha entregado al hermano del paciente una copia digital del CT. Se ha informado al paciente y a su hermano de la situación y posibilidades. El paciente solicita que solamente se informe a su hermano mellizo”*.

El 10 de marzo de 2022 se presenta en sesión de trasplante de pulmón en el HUPH y se anota que el paciente en el momento actual no es candidato para traslado dada la inestabilidad. Se comenta con su médico en el HCSC y se decide estabilizar y volver a valorar.

El 15 de marzo de 2022, la TC de arterias pulmonares muestra extenso neumomediastino, afectación pulmonar intersticial con patrón de NIU con aparición de infiltrados bilaterales en vidrio deslustrado no presentes en el estudio de diciembre, compatibles con reagudización de la NIU como primera opción. Dilatación del cono de la arteria pulmonar compatible con hipertensión pulmonar.

El 21 de marzo de 2022 le dan el alta del HCSC y lo trasladan a la Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI) del HUPH para estudio en espera de trasplante pulmonar, dependiente para su cuidado y con disnea con mínimos movimientos y el habla.

El 28 de abril de 2022, Coordinación de Trasplantes visita al paciente que está con su hermano y les explican el proceso de espera en lista, entiende y hace preguntas y se le deja información.

El 29 de abril de 2022, el Servicio de Cirugía Torácica del HUPH acude a valorar al paciente, *“se le explica el procedimiento, riesgos y beneficios esperables”* y firma el documento de consentimiento informado de trasplante pulmonar e isquemia fría.

Este mismo día Coordinación de Trasplantes anota: *“Con fecha de hoy se incluye en lista de trasplante pulmonar activa, comunicado a la ONT y ORT. Firmados consentimientos médicos”*.

El 2 de mayo de 2022, el resultado de las analíticas es el siguiente: Inmunología-Anti-mitochondriales Negativo. Anti- músculo liso Negativo. Anti- L.K.M. Negativo. Antinucleares (ENA, DNA) Anti-TGt+Anti-PDG (IgA+IgG) 0.15 (Negativo).

El 3 de mayo de 2022 presenta bigeminismo que desemboca en racha de FA auto limitada y sin compromiso hemodinámico. Se realiza ecocardiograma transtorácico que muestra ventrículo derecho (VD) levemente dilatado, TAPSE (movimiento sistólico del anillo tricuspídeo) de 22 mm, presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP) en torno a 55-60 mmHg. Vena cava inferior (VCI) no dilatada. Ante la discordancia entre tensiones pulmonares medidas con eco y cateterismo y tras consultar con hemodinámica, se decide repetir cateterismo derecho puesto que podría cambiar la indicación de trasplante.

El 5 de mayo de 2022 se presenta en sesión en el comité de trasplante pulmonar, se cambia indicación a trasplante pulmonar bilateral por hipertensión pulmonar y se solicita poner en urgencia nacional. LAS (Lung Allocation Score) 82. Cubierto de manera empírica con P/T y levofloxacino. Sin semiología infecciosa. Afebril, a 36 °C. Sin secreciones. Leucocitosis en descenso 19.000 - 12.000, PCR 19. Extraídos ayer HHCC. Corticoides crónicos (16 mg/día MPS).

En el informe de la UCRI, de 7 de mayo, previo a traslado a UCI, en espera de trasplante pulmonar, entre otras cuestiones se indica: *“Ha sido aceptado en urgencia nacional para trasplante bipulmonar. Tratamiento antibiótico con levofloxacino, sin signos de infección. Desde la aceptación para trasplante, se amplía cobertura antibiótica a*

piperacilina/tazobactam. No presenta otros fallos orgánicos. Se observa hipertransaminasemia, en seguimiento por digestivo, probablemente de origen farmacológico”.

El 8 de mayo se produce un empeoramiento respiratorio y se decide traslado a la UCI médica con pulmódine e ingresa con AWAKE ECMO VV.

El 9 de mayo de 2022, se realiza trasplante bipulmonar con ECMO VA, previa información y firma del documento de consentimiento informado. Donante CMV+ (citomegalovirus positivo), receptor CMV-. Salida de quirófano sin ECMO, con FiO2 (fracción inspirada de oxígeno) al 40% y DVA (drogas vasoactivas) a dosis bajas. Transfusión de 6 concentrados de hematíes (CH), plasma fresco congelado (PFC) y plaquetas. Prequirúrgico: Disfunción diafragmática por mononeuropatía axonal del nervio frénico derecho (EMG).

El 11 de mayo de 2022 el EMG postquirúrgico muestra mononeuropatía leve-moderada del nervio frénico izquierdo. Reintervención por hemotórax izquierdo.

El 13 de mayo se le realiza una traqueotomía percutánea precoz por disfunción diafragmática. Se retiran los drenajes torácicos al 5° día y se le extuba al 10° día tras la cirugía.

Permaneció en la Unidad de Cuidados Postquirúrgicos (UCPQ) hasta el 27 de mayo, que sale a planta de hospitalización con buena tolerancia al destete y con traqueostomía que se cierra. Experimenta lenta pero progresiva mejoría clínica, analítica y radiológica que se ve principalmente marcada por aislamientos microbiológicos y tratamiento dirigido contra los mismos. Durante su estancia en planta inicia rehabilitación motora y respiratoria experimentando franca mejoría. Valorado por Oftalmología tras diagnóstico de candidemia para descartar candidiasis ocular, se descarta.

El 18 de agosto de 2022 se anota, desde el punto de vista infeccioso:

Microbiología: -HC 15/05: C. parapsilopsis. -Cultivo catéter 16/05: Staphylococcus epidermidis / Burkholderia cenocepacia. - Broncoscopia 14/06: BAL: Scedosporium spp.; BAS: Candida albicans;

BB: Burkholderia cenocepacia y Scedosporium spp. - Cultivo de esputo 29/06: Scedosporium prolificans. Flora de vías respiratorias superiores. - Cultivo esputo 12/07 Scedosporium (R a todo antifúngico). - UC 04/07: negativo. - Broncoscopia 01/08: Scedosporium prolificans. - BAS 01/08: Staph aureus MS.

Infeccioso: Colistina 2 vial/8h (22/05) + Cefazolina 2g/8h (12/08) + Isavuconazol (26/06) 200 mg/24h + micafungina (11/07) + Voriconazol nb/12h. Profilaxis: valcyte 900 mg/24h.

Evolución: FBC de control confirma persistencia de Scedosporium prolificans + crecimiento SAMS. Plan: Cambio atb a cefditoreno oral dosis 18/08 noche y 19/08 mañana. Mañana AS, si no hay incidencias, alta a domicilio. Mantener forzando rehabilitación. Explicada situación actual del hongo.

El 19 de agosto de 2022 se le da el alta. Se anotan los aislamientos microbiológicos al alta: crecimiento de Burkholderia cenocepacia post trasplante: aislada repetidamente en cultivos de BAS (broncoaspirado) y BAL (lavado broncoalveolar), último aislamiento el 14 de junio en biopsia bronquial. Scedosporium prolificans y Staphylococcus aureus MS (sensible a meticilina): aislados en BAL del 1 de agosto 2022. Varios aislamientos de Candida albicans y parapsilosis en exudados inguinales y axilares. Último aislamiento 14 de junio, desde entonces exudados negativos. Aislamiento Candida albicans en varios broncoaspirados (último 14 de junio). Se anota el

tratamiento y sus dosis: tacrolimus (prograf) 4mg; micofenolato 1000mg prednisona 30 mg; alganciclovir 900 mg; septrim forte; megalotect; isavuconazol (cresemba) 200mg cada 24 horas; voriconazol 1 nebulización 40mg colistina inhalada 2 millones de ui nebulizados cada 8 horas; acfol 5mg; magnogene; mastical d; potasion 600mg; bisoprolol 2.5 mg; atrovent 2 inhalaciones antes de las nebulizaciones y si necesita de rescate a lo largo del día; furosemida; simvastatina; cefditoreno 200mg; más diabetes: jentaducto 2.5/850mg. Observaciones: repetir TAC tórax para valoración de nódulos milimétricos pulmón derecho. Repetir broncoscopia en unas 3 semanas para ajustar tratamiento antifúngico.

Acude a Urgencias el día 31 de agosto de 2022 por infección del tracto urinario. Fracaso renal agudo de probable origen prerrenal. CKD-EPI46.73ml7min/1.73m². Cólico renoureteral derecho con ureterohidronefrosis II/IV. Nefritis bilateral en paciente inmunodeprimido. Fracaso renal agudo en este contexto. CKD-EPI46.73ml7min/1.73m²

El día 6 de septiembre de 2022, ingresa en el HUPH con ese diagnóstico y el día 7 de septiembre, ingresa en UCI por hipotensión y FA con RVR (respuesta ventricular rápida), obnubilado, requiere intubación y sedoanalgesia con propofol, fentanilo, clonidina y luego dexmedetomidina. Tratado con meropenem, linezolid, isavuconazol y voriconazol inhalado. Ante el empeoramiento de los reactantes de fase aguda, se sustituyó por anidulafungina. Se aislaron *Scedosporium spp.* y *Burkholderia cenocepacia* en muestras respiratorias.

El 22 de septiembre de 2022 Cirugía Torácica le coloca drenajes pleurales bilaterales para drenaje del empiema y tratamiento intrapleural con urokinasa y voriconazol. Crecimiento persistente de *Scedosporium spp.* y *cándida parapsilopsis* en broncoaspirado, líquido pleural y hemocultivos.

El 30 de septiembre, 23^a día del ingreso en UCI, en cuanto a la situación infecciosa, se hace constar: infección fúngica por *Scedosporium prolificans* con fungemia (aislado persistentemente en BAS, en líquido pleural y en HC). En cuanto a terapia: - Triple terapia antifúngica con voriconazol (enteral +nebulizado+ instilación pleural) + terbinafina + anfotericina B cambiada hoy - Meropenem desde 13/09 y colistina inhalada. Aislamiento previo en biopsia pulmonar de *Burkholderia* - Valganciclovir profiláctico.

El 4 de octubre, en un exudado traqueal se cultiva y aísla *Candida parapsilosis*: resistente a Fluconazol y *Scedosporium spp.*: ahora denominado *Lomentospora prolificans* y al día siguiente, también se aísla en líquido pleural y en tracto respiratorio inferior, junto con *Staphylococcus epidermidis*.

El 7 de octubre, se aísla en hemocultivos *Scedosporium prolificans*.

El 14 de octubre sufre parálisis progresiva y coriorretinitis por candidiasis, con alucinaciones visuales tratadas con haloperidol. Presenta midriasis bilateral arreactiva atribuida a daño óptico por progresión de la infección fúngica, confirmado por Oftalmología tras TC craneal. Se añade anfotericina intravítrea. Estaba en tratamiento con cuatro antifúngicos.

El 17 de octubre se inicia tratamiento con Olorofim, por uso compasivo. Mala evolución clínica condicionada principalmente por fracaso hemodinámico progresivo con mayores necesidades de noradrenalina, mayor taquicardia e hipotensión. Afebril, sin leucocitosis y con PCR en meseta. Mantiene misma pauta antimicrobiana con la salvedad que hoy se añade tratamiento con Olorofim. Niveles de vancomicina en rango. Pautado Olorofim.

Día 19 de octubre, 30° de ingreso en UCI, Infeccioso: Olorofim enteral además de los antifúngicos previos+3. Ceftolozano/tazobactam + colistina neb. + vancomicina 1g/24h con niveles de 15 ayer. T de 35. Afebril. 5.000 leucocitos. PCR de nuevo en ascenso 121. Nuevos cultivos del 19 pendiente. Continúa aislándose *Scedosporium prolificans* en HHCC del 13/10. Sacamos nuevos cultivos de hoy día 19.

El 22 de octubre de 2022 se observa debilidad generalizada por fracaso a nivel cardiaco, respiratorio, renal (en hemodiálisis desde su ingreso), hematológico, neurológico. Importante empeoramiento clínico. Desde la esfera infecciosa mantiene tratamiento con Olorofim, voriconazol nebulizado e intrapleural, anfotericina B, colistina inhalada, ceftolozano-tazobactam y vancomicina (valle 17,8). PCR > 250. Familia informada del mal pronóstico.

El día 24 de octubre de 2022, 35° día de ingreso en UCI, a lo largo de la tarde va presentando mayor acidosis láctica con la consiguiente inestabilidad hemodinámica. *“Hablamos e informamos a familiares (hermanos) que dada la gravedad actual de paciente existe la posibilidad de que pueda fallecer en cualquier momento y se acuerda con familia que en caso de mayor empeoramiento clínico hemodinámico ya no realizar más maniobras invasivas y primar maniobras de confort además de permitirle estar rodeado de sus hermanos y familia. Son conscientes y lo entiende. Paciente sobre las 21: 28 hs. presenta PCR en ritmo en asistolia. Hora de Éxitus: 21:30hs. Informo a familiares”.*

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 (en adelante, LPAC) y se requirió al abogado de los reclamantes que acreditara la relación de parentesco de estos, con el fallecido.

El 30 de octubre de 2023, presentan fotocopia del Libro de Familia acreditativo del parentesco de los reclamantes, hermanos del fallecido, así como fotocopia del Libro de Familia de una hermana en el que figura su hijo, sobrino del fallecido. Posteriormente, se ha recibido solicitud de sucesión en el procedimiento, por fallecimiento del hermano del paciente fallecido, citado en primer lugar en el encabezamiento de este dictamen, que presentó la reclamación de responsabilidad patrimonial, a favor de sus hermanas, también reclamantes.

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del paciente del HCSC y del HUPH.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, se recabado del HCSC, informe del Servicio de Cirugía Cardíaca, de 29 de noviembre de 2023 y del Servicio de Medicina Preventiva, de 7 de diciembre de 2023, así como, del HUPH, los informes de los servicios de Neumología, Medicina Intensiva, Medicina Preventiva, todos de fecha 20 de noviembre de 2023 y de Cirugía Torácica de 27 de noviembre de 2023, cuyo contenido analizaremos posteriormente.

Por su parte la Inspección Sanitaria emite informe el 23 de julio de 2025, en el que, tras analizar la historia clínica y los informes emitidos en el curso del procedimiento, así como realizar las oportunas consideraciones médicas, concluye que la asistencia sanitaria dispensada al paciente por los Servicios de Cirugía Cardíaca y Cuidados Intensivos del HCSC y de Cirugía Torácica y Cuidados Intensivos del HUPH, fue adecuada y de acuerdo a la *lex artis*.

Una vez instruido el procedimiento, se notifica el 15 de octubre de 2025 el trámite de audiencia a los reclamantes que, el 5 de noviembre, se ratifican íntegramente en su escrito inicial y consideran ineludible que el paciente contrajo el *Scedosporium prolificans* durante su

estancia hospitalaria ya que no lo presentaba con anterioridad. Esgrimen que el SERMAS no acredita el estricto cumplimiento de los protocolos de asepsia e higiene pues tanto el HCSC como HUPH han aportado protocolos y normas para la prevención de infecciones, pero no acreditan que hayan sido escrupulosamente cumplidos en el caso concreto. Aducen que el consentimiento informado “*no es patente de corso que ampare la infracción de la Lex artis*”, que el riesgo probable descrito en el documento de consentimiento informado no se corresponde con el materializado y que el paciente no tiene el deber de soportar infecciones de origen nosocomial, pues estas son evitables. Insisten en el retraso diagnóstico desde el 30 de agosto de 2022 ya que, cuando acudió a Urgencias, se debió haber sospechado de infección por *Scedosporium prolificans*, pues desde el 11 de mayo los facultativos conocían que el hongo estaba presente en el organismo del paciente y podía ser el causante del cuadro; se le debería haber realizado un seguimiento muy estrecho y haberle tratado en consecuencia pues, si se hubiera tratado de manera precoz, las posibilidades de supervivencia se hubieran visto ampliamente incrementadas. Los familiares realizaron un gran esfuerzo para que pudiera acceder a Olorofim. Recalcan que, en ningún momento, por parte de los facultativos, se informó sobre la presencia del hongo ni se facilitaron explicaciones de su implicación.

El 8 de octubre de 2025 presentan un escrito que denominan de impulso procesal.

Finalmente, el 12 de noviembre de 2025 se formula propuesta de resolución por la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud, en la que se desestima la reclamación por ser la actuación de los servicios sanitarios correcta o adecuada a la *lex artis ad hoc* y no concurrir la antijuridicidad del daño que se reclama.

QUINTO.- El 16 de diciembre de 2025 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid solicitud de dictamen en relación con la presente reclamación de responsabilidad patrimonial.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente registrada con el número 666/25, a la letrada vocal Dña. M^a del Pilar Rubio Pérez de Acevedo, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 25 de marzo de 2026.

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 a 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 y debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP)

Los reclamantes están legitimados por ser hermanos del fallecido y, en consecuencia, presumirse en ellos el daño moral derivado de su fallecimiento, constituyendo un daño *ex iure proprio* que sufren las personas especialmente vinculadas al finado. Su relación de parentesco ha quedado debidamente acreditada.

Con fecha 19 de febrero de 2026 se ha presentado un escrito en el registro del SERMAS en el que las reclamantes, en su condición de herederas, solicitan subrogarse en la posición de su hermano, citado en el encabezamiento de este dictamen, que ha fallecido con posterioridad a la interposición de la presente reclamación. La condición de herederas de su hermano queda acreditada mediante la documentación presentada.

Por otra parte, debe advertirse que los reclamantes reprochan, junto a posibles deficiencias asistenciales, una deficiente información, es decir, el daño derivado de la vulneración de la autonomía de la voluntad del paciente, que constituye un daño moral en sí, ajeno al fallecimiento, del que es acreedor el propio paciente.

No resulta controvertido que los herederos también están legitimados para ejercer las acciones iniciadas en vida por su causahabiente, subrogándose en ellas en virtud de lo dispuesto en los artículos 661 del Código Civil y 4.3 de la LPAC.

Por el contrario, no ha sido en absoluto pacífica la legitimación de los herederos para reclamar por los daños no patrimoniales sufridos en vida por el fallecido, pero que este no reclamó.

En este sentido, como hemos manifestado en nuestro dictamen 660/25, de 10 de diciembre, de acuerdo con el criterio que sobre esta cuestión mantiene el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, esta Comisión Jurídica Asesora admite la transmisibilidad *iure hereditatis* del derecho a reclamar los daños, incluidos los morales, sufridos en

vida por quien fallece sin reclamarlos y, por ende, la legitimación activa de los herederos en su pretensión resarcitoria.

No obstante, los hermanos del fallecido no han acreditado su condición de herederos del finado.

Hemos de analizar, asimismo, si el sobrino del fallecido está legitimado para interponer la presente reclamación.

Al respecto, observamos que no se ha acreditado la convivencia con su tío, ni la concurrencia de una especial relación de afectividad con él, para el reconocimiento de la legitimación activa en línea colateral, más allá del primer grado, en lo que al daño moral concierne.

Recordemos que el daño moral, en cuanto sufrimiento provocado por la pérdida de una persona con la que existe una relación estrecha de afectividad ha sido admitido por esta Comisión Jurídica Asesora, sin necesidad de prueba -por ser notorio-, en el caso de familiares directos -así nuestro Dictamen 349/19, de 19 de septiembre y 633/22, de 11 de octubre-, de forma que hemos admitido la legitimación de los familiares en línea recta, ya sea ascendente o descendente, así como la legitimación de los hermanos, en la línea colateral.

No obstante, en el caso de los sobrinos y demás colaterales, hemos matizado y admitido que podría existir tal legitimación, en tanto se fundamenta en un dolor producido por la muerte de una persona con la que se mantiene una relación de afectividad; pero hemos considerado que esa circunstancia debería ser probada mediante la acreditación de los datos que revelen ese especial nexo afectivo -así se dijo en el dictamen 172/17, de 4 de mayo y en el 335/22, de 31 de mayo, por ejemplo-.

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, al no haber acreditado la concurrencia de las circunstancias señaladas, el sobrino no estaría legitimado para reclamar por el daño moral producido por el fallecimiento de su tío.

Por otra parte, podría admitirse su legitimación para reclamar por los daños sufridos por su tío en vida y por la insuficiencia de información si, como hemos expuesto al tratar esta cuestión en relación con los hermanos del fallecido, acreditara su condición de heredero del difunto, aspecto que no ha justificado.

Ahora bien, dado que no se ha requerido a los reclamantes la subsanación de los extremos a que hemos hecho referencia, continuaremos analizando la presente reclamación.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende se atribuye a la asistencia prestada en el HUPH y en el HCSC, centros públicos hospitalarios de su red asistencial.

En cuanto al plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (cfr. artículo 67.1 de la LPAC). En este caso, el día inicial del cómputo es el del fallecimiento del hermano y tío de los reclamantes, el 24 de octubre de 2022, por lo que la reclamación, presentada el 21 de octubre de 2023, ha sido formulada en plazo legal.

Por lo que respecta al procedimiento, se ha recabado el informe de los diferentes servicios implicados, ha emitido informe la Inspección Sanitaria, y se ha dado audiencia a los reclamantes, que han presentado alegaciones. Por último, se ha formulado la correspondiente propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución Española, previsión desarrollada en los artículos 32 y siguientes del capítulo IV del título preliminar de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

Para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, según constante y reiterada jurisprudencia, son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor, y d) que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios.

En este sentido, la reciente Sentencia del Tribunal Supremo de 27 de enero de 2026 (recurso 5434/2024) establece:

«...“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 «la actividad médica y la obligación del profesional es de medios y no de resultados, de prestación de la debida asistencia médica y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo, de manera que los facultativos no están obligados a prestar servicios que aseguren la salud de los enfermos, sino a procurar por todos los medios su restablecimiento, por no ser la salud humana algo de que se pueda disponer y otorgar, no se trata de un deber que se asume de obtener un resultado exacto, sino más bien de una obligación de medios, que se aportan de la forma más ilimitada posible»-...».

La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo,

“el título de imputación de la responsabilidad patrimonial por los daños o perjuicios generados por el funcionamiento normal o anormal de los servicios de asistencia sanitaria, no consiste sólo en la actividad generadora del riesgo, sino que radica singularmente en el carácter inadecuado de la prestación médica llevada a cabo, que puede producirse por el incumplimiento de la lex artis o por defecto, insuficiencia o falta del servicio. A lo anterior hay que añadir que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido evitar o prever según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento que se producen aquéllos, de suerte que si la técnica empleada fue correcta de acuerdo con el estado del saber, el daño producido no sería indemnizable por no tratarse de una lesión antijurídica sino de un riesgo que el paciente tiene el deber de soportar y ello aunque existiera un nexo causal. En la asistencia sanitaria el empleo de la técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido

ya que cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si a pesar de ello causó el daño o más bien pudiera obedecer a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente”.

CUARTA.- 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 en quien solicita ser indemnizado. Pues bien, la existencia del daño los reclamantes, está acreditada por el solo hecho del fallecimiento de su familiar, *“daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto”* (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004 (recurso 7013/2000)).

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

Para determinar la supuesta infracción de la *lex artis* debemos partir de la regla general de que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación, de conformidad con el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este sentido se han pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 19 de febrero de 2025 (recurso 373/2022) al señalar que *“...si el interesado alega que el daño que se le ha causado y por el que solicita indemnización deriva de mala praxis sanitaria, la prueba de la mala praxis solo corresponde a quien la alega”* y las de 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019) y de 12 de junio de 2025 (recurso 1200/2023), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, como añaden estas dos últimas sentencias citadas, *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios*

probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica”.

Pues bien, en este caso, frente a las alegaciones de los reclamantes, basadas únicamente en sus afirmaciones y desprovistas de toda prueba, los informes médicos obrantes en el expediente, contrastados con la historia clínica, ponen de manifiesto que la asistencia prestada al paciente fue correcta, como queda reflejada en la relación de hechos recogidos en el antecedente de hecho segundo de este dictamen.

En este sentido, resulta relevante lo informado por la Inspección Sanitaria que considera adecuada y conforme a la *lex artis* la asistencia prestada, dada la importancia que en línea con la jurisprudencia solemos otorgar a su informe, ya que su fuerza de convicción deviene de su profesionalidad, objetividad e imparcialidad respecto del caso y de las partes [Sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 28 de febrero de 2025 (recurso 73/2023) y 25 de junio de 2025 (recurso 684/2023)].

Asimismo, la asistencia médica ha de atender a las circunstancias y a los síntomas del enfermo, mediante un juicio *ex ante* y no *ex post*. Así lo ha manifestado el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, entre otras, en Sentencia de 4 de abril de 2017 (recurso 532/2015) según la cual: «*No es correcto realizar una interpretación de lo acontecido conociendo el resultado final. La calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio “ex post”, sino por un juicio ex ante, es decir, si con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la diagnosis o tratamiento puede considerarse que tal decisión es adecuada a la clínica que presenta el paciente*».

Procede analizar los reproches esgrimidos por los reclamantes.

En relación con la consideración de infección nosocomial, como tuvo ocasión de pronunciarse esta Comisión Jurídica Asesora en sus dictámenes 126/16, de 26 de mayo y 546/19, de 19 de diciembre, hay un porcentaje de infecciones adquiridas en el ámbito hospitalario que no se pueden evitar en el actual estado de la ciencia, por lo que resulta de aplicación el artículo 34.1 de la LRJSP, conforme al cual no son indemnizables los daños derivados de hechos o circunstancias que no hayan podido evitarse según el estado actual de conocimientos de la ciencia al tiempo de producirse.

Por lo que se refiere a la infección nosocomial alegada por los reclamantes en los términos ya expuestos, en cuanto a la asistencia sanitaria prestada en el HCSC, el Servicio de Cirugía Cardíaca afirma que es muy improbable, por no decir casi imposible, que una neumonía nosocomial adquirida en su centro (en caso de que así fuera) fuese lo que condicionase el cuadro por el cual el paciente falleció siete meses después del alta del HCSC. El diagnóstico de neumonía nosocomial al que se refieren es muy dudoso, y a la luz de las exploraciones radiológicas realizadas en su centro, es probable que se tratase de una agudización de su patología respiratoria de base (NIU) como se puede leer en los informes de alta de UCI del 21 de marzo de 2022. Existen informes radiológicos que descartan la presencia de neumonía en el momento del alta del hospital (TAC del 15 de marzo) y atribuyen en empeoramiento radiológico a la progresión de su enfermedad respiratoria basal (NIU). Otros datos que apuntan a que el paciente no presentó una neumonía o esta estaba resuelta en el momento del alta son que las exploraciones microbiológicas fueron negativas y que el curso clínico no fue compatible con el de una neumonía. De hecho, se decidió suspender la antibioterapia, iniciada de forma empírica ante la sospecha de neumonía, antes del traslado al HUPH, al valorar los hallazgos radiológicos y cuando se descartó la neumonía.

El informe de 7 diciembre de 2023, del Servicio de Medicina Preventiva del HCSC, señala que durante su ingreso (del 16 de febrero al 21 de marzo de 2022), al paciente se le realizó el 17 de febrero una ablación de fibrilación auricular y cierre de orejuela auricular izquierda mediante toracoscopia (Bloque quirúrgico de la 71 Norte, quirófano 76) y en la intervención quirúrgica se siguieron los protocolos de profilaxis antibiótica quirúrgica y de preparación del paciente para el acto quirúrgico (se adjuntan) y los controles microbiológicos de bioseguridad ambiental (aire) realizados en dicho periodo en el quirófano 76 resultaron acordes con el nivel de climatización. Respecto a los cuidados postoperatorios, se siguió el protocolo de cuidados en el postoperatorio inmediato de cirugía cardíaca no complicado (se adjunta), se realizó interconsulta, que adjunta, al Servicio de Rehabilitación para minimizar/evitar complicaciones pulmonares postquirúrgicas y se pautó el tratamiento rehabilitador que detalla.

Por otra parte, indica que *«al paciente se le diagnosticó el 23-2-23 una neumonía nosocomial derecha (basal y en campo medio) que precisó ingreso en la UCOR (25-2-22 al 1-3-22) con tratamiento antibiótico empírico (sin aislamiento microbiológico) y buena evolución clínica y radiológica al alta a planta. Neumonía en resolución (“mejoría progresiva de la neumonía de base pulmonar derecha, afebril y con reactantes de fase aguda en descenso”)*» y que la afectación bilateral pulmonar intersticial con insuficiencia respiratoria progresiva que presentó *“es una reagudización (exacerbación) de su patología de base (fibrosis pulmonar idiopática familiar) que requirió ingreso en la UCI (del 7-3-22 al 21-3-22) y tratamiento con corticoides (se retiró la antibioterapia empírica tras 7 días de tratamiento)”*. Añade que la neumonía nosocomial de base derecha adquirida en su centro no es la misma infección nosocomial oportunista por *Scedosporium prolificans* que padeció durante su ingreso en el HUPH tras el trasplante bipulmonar y, por último, que en la *“Guía de Higiene Hospitalaria”*, aprobada por la Comisión de Infecciones se indican las medidas de asepsia-antisepsia

de aplicación sistemática en su hospital durante la estancia del paciente, incluyendo la higiene de instrumental y equipos clínicos y la higiene ambiental.

Respecto a la asistencia sanitaria prestada en el HUPH, el Servicio de Medicina Preventiva informa que durante las sucesivas estancias del paciente en el hospital, estaban en vigor los siguientes protocolos para la prevención de infecciones (que adjunta): protocolo de preparación prequirúrgica, normas para la prevención de la infección quirúrgica, profilaxis antibiótica en cirugía, protocolo de medidas de prevención de la transmisión de microorganismos en los centros hospitalarios, normas de aislamiento para la prevención de las enfermedades transmisibles, protocolo de higiene de las manos 2021-2, protocolo de canalización, mantenimiento y retirada de catéteres periféricos, recomendaciones para el uso de los antisépticos.

Asimismo, en dicho informe explica que el *Scedosporium prolificans* es un hongo ambiental ubicuo que frecuentemente coloniza, y eventualmente infecta, a pacientes con patología pulmonar subyacente, en la que los mecanismos de depuración de la vía aérea están alterados. Este microorganismo se asocia a infecciones de brecha que ocurren cuando los pacientes cubiertos por antibióticos/antifúngicos de amplio espectro a los que son resistentes de forma natural estos hongos. No existe en la literatura un protocolo específico para prevenir su propagación puesto que no se transmite de persona a persona ya que es un hongo ubicuo en el ambiente que ocasiona infecciones oportunistas en pacientes especialmente vulnerables. Indica que no tienen constancia de la existencia de un brote de infección por ese hongo en su hospital durante el periodo de hospitalización del paciente.

En el mismo sentido, el Servicio de Medicina Intensiva del HUPH afirma que: *“No se ha registrado ningún brote por Scedosporium*

prolificans en el HUPHM, por lo que con toda probabilidad el patógeno era portado por el paciente o por el donante. En un hospital trasplantador como es el HUPHM (máximo trasplantador de órganos sólidos del Reino de España), la existencia de un brote de Scedosporium prolificans sería un gran problema y difícilmente ocultable, por lo que la existencia de un reservorio de dicho germen no parece posible a día de hoy. Las medidas de asepsia/antisepsia/limpieza se llevan a cabo de manera protocolizada en las diferentes áreas del hospital, por sus respectivos responsables.

En cuanto a la vigilancia de la infección nosocomial, aquella que se produce en el marco de los cuidados de la salud, la UCI del HUPH participa activamente en la misma, procediendo a vigilancia de flora de la totalidad de los pacientes ingresados y participando activamente en la monitorización que lleva a cabo la SEMICYUC a nivel nacional y reconocida por el Ministerio de Sanidad como herramienta de vigilancia epidemiológica en las UCI. Los datos de la misma en 2022 no difieren en gran medida del resto de unidades españolas y de occidente”.

El Servicio de Neumología del HUPH reitera que no ha habido ningún brote de este hongo en el hospital y, en cuanto a la vigilancia de la infección nosocomial, participa activamente en la misma, procediendo a vigilancia de flora de la totalidad de los pacientes ingresados y participando activamente en la monitorización que lleva a cabo la unidad de técnicas y la planta de trasplante a nivel nacional y reconocida por el Ministerio de Sanidad como CSUR. Los datos de la misma en 2022 y 2023 muestran los mejores resultados de supervivencia de sus pacientes de todas las Unidades Trasplantadoras de Pulmón de nuestro país lo cual está avalado por los resultados de la Organización Nacional de Trasplante.

Por último, el informe de Inspección Médica corrobora lo expuesto en los informes anteriores y analiza exhaustivamente este caso.

Asevera que se trata de un hongo que puede ser portado por el paciente o el donante, que no se ha registrado ningún brote de *Scedosporium prolificans* en el HUPH ni en el HCSC, lo que refuerza que el origen no fue nosocomial y descarta categóricamente la existencia de una infección nosocomial atribuible al centro. También descarta que se trasladara desde el HCSC al HUPH con una infección activa por *Scedosporium prolificans*, porque habría fallecido en una semana, ya que el 100% de los pacientes inmunosuprimidos fallecen, sin tratamiento.

Aunque, a efectos dialécticos, se considerara que el contagio se produjo en el hospital, no es un daño antijurídico, al haber quedado acreditado que se adoptaron las medidas profilácticas adecuadas - Sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 17 de febrero de 2020 (recurso 508/2018) y de 3 de diciembre de 2021 (recurso 598/2018)-. En este sentido, se han incorporado los protocolos de asepsia y prevención de ambos hospitales.

Por otra parte y en cuanto a las cuestiones relativas a la falta de información y al retraso en el tratamiento, el Servicio de Medicina Intensiva del HUPH da cumplida respuesta a las cuestiones planteadas por los reclamantes e indica que muy probablemente se informó de la sospecha de infección por *Scedosporium prolificans* el día 6º de ingreso en UCI, cuando se tubo sospecha del papel activo de dicho hongo en la infección del paciente, y se inició terapia con terbinafina, además de anidulafungina y voriconazol. Explica que el tratamiento más eficaz conocido y recomendado para infección invasora por *Scedosporium prolificans* fue iniciado al 6º día de ingreso porque no era la principal sospecha de infección y que estuvo recibiendo tratamiento antifúngico de amplio espectro durante la totalidad del ingreso, dado sus antecedentes de colonización por diferentes hongos y que se trataba de un paciente trasplantado de pulmón e inmunosuprimido, medicado

con antifúngicos de amplio espectro como es el isavuconazol, además de recibir profilaxis inhalada con voriconazol. El 17 de octubre de 2022 se añadió Olorofim enteral como medicamento de uso compasivo, que se obtuvo a través del Servicio de Farmacología del HUPH.

Contesta a los reclamantes que no recibió terapia específica previamente porque *Lomentospora* (anteriormente conocida como *Scedosporium prolificans*), es un patógeno que muy frecuentemente coloniza la vía aérea de los pacientes trasplantados de pulmón, no habiendo sido encontrado en otras muestras de otras localizaciones que hicieran sospechar que pudiera ser causante de infección activa, porque no es lo mismo. Además, como bien refieren no existe un tratamiento, pues es resistente a todos los antifúngicos comercializados actualmente. Las guías recomiendan diferentes pautas combinadas de antifúngicos, entre las que no se encuentra el uso de Olorofim, fármaco actualmente en fase II de estudio, no comercializado. Las tasas de mortalidad, en especial a los receptores de trasplantes llegan al 100% en la literatura, a pesar de la terapia que reciba, y en ello influye la posibilidad de realización de eliminación de foco mediante cirugía (imposible en este caso, ya que no hay foco organizado), disminución de la inmunosupresión (se realiza hasta límites que no suponga el rechazo del órgano trasplantado) y de la afectación de otros sistemas orgánicos durante su ingreso.

En idéntico sentido se pronuncia el Servicio de Neumología del HUPH que, además, añade que en el informe de alta de 19 de agosto de 2022 figura con detalle todos los hallazgos, incluidos el hongo, *Scedosporium prolificans* y el tratamiento -resaltando que se va con dos antifúngicos isavuconazol 200mg cada 24 horas, voriconazol nebulización 40mg y terbinafina oral (ésta última añadida la semana posterior a la primera alta)- y que debe ajustarse este tratamiento con los nuevos resultados microbiológicos y nuevo TC de tórax. En los tratamientos se mantienen los mejores antifúngicos para este tipo de

infecciones aprobados por la EMA y FDA hasta la fecha, y recomendados por todos los protocolos de trasplante pulmonar que fueron seguidos de forma minuciosa.

Por otro lado, señala, los mohos que no son *Aspergillus* se aíslan con frecuencia de muestras respiratorias de receptores de trasplante de pulmón que reciben profilaxis con anfotericina B liposomal inhalada (antes del trasplante 11,9 por ciento, después del trasplante 16,9 por ciento), pero solo una minoría (2,4 por ciento) desarrolló una infección fúngica invasiva (se adjunta bibliografía). Aun pensando colonización inicial y no infección invasiva, dado que no se aisló en ningún momento en sangre durante este ingreso, se decide tratar al aislar los dos hongos con el tratamiento antifúngico mencionado, habiéndose publicado que esta postura puede evitar la infección y diseminación hematógena en un porcentaje de pacientes, aunque no en todos, y más aun teniendo en cuenta el estado de inmunosupresión que precisa el paciente para evitar el rechazo. La recomendación de las guías actuales es que la presencia de este hongo se trate con la pauta que se comentó previamente. Adjunta protocolos actualizados que siguen recomendando las actuaciones realizadas.

El Servicio de Cirugía Torácica afirma que el tratamiento de la infección fúngica fue acordado y adecuado al caso en cada momento por todo el equipo que atendía al paciente, adaptando las mejores evidencias a su situación en cada momento y que la atención proporcionada fue adecuada y consensuada entre especialistas buscando la mejor solución al problema, aunque el resultado final no fuera el deseado.

Por lo que respecta a estas cuestiones, la Inspección Médica corrobora lo anterior y asevera que el paciente trasplantado e inmunosuprimido recibía isavuconazol y voriconazol (antifúngicos de amplio espectro), al alta tras ser trasplantado, aunque no se

sospechaba inicialmente infección activa (presencia de enfermedad, no solo del hongo). *Scedosporium prolificans* suele colonizar (estar presente sin causar infección) la vía aérea en estos pacientes. No se administró Olorofim inicialmente, porque no estaba aprobado por EMA/FDA y porque la mortalidad en estos casos puede alcanzar el 100% si no se puede eliminar el foco infeccioso mediante cirugía (Cirugía Torácica colocó drenajes para el empiema pleural con mejoría). Señala que, la decisión de iniciar tratamiento de uso compasivo de Olorofim, justificada por la alta letalidad de este hongo y la ausencia de alternativas eficaces, fue médica y farmacéutica, conforme a los protocolos de uso compasivo. Por último, en cuanto a la tesis doctoral aportada por los reclamantes, indica que: *“La referencia a una tesis doctoral como base de una reclamación no representa el estado actual de la ciencia médica. Las decisiones clínicas se basaron en literatura revisada por pares, guías clínicas y protocolos internacionales”*.

Queda pues acreditado, que se cumplieron los protocolos de actuación, manteniendo con cobertura antifúngica al paciente desde el conocimiento de colonización de los distintos hongos y durante todo el proceso infeccioso, siendo la actuación de los servicios que atendieron al paciente diligente y adecuada, sin que haya existido vulneración de la *lex artis*.

En cuanto al reproche de falta de información, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, lo define como la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud. Su artículo 8.1 dispone: *“Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso”*. Añade el

apartado 2: “*El consentimiento (...), se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente*”. Ello implica que los daños derivados de los riesgos de la intervención asumidos por el paciente al firmar el documento de consentimiento informado excluyen la antijuridicidad.

En este caso, figura en la historia clínica y aportado al expediente, el documento de consentimiento informado firmado por el paciente y el médico para la realización del trasplante pulmonar en el que figuran como riesgos la mortalidad y las infecciones.

Además, el Servicio de Medicina Intensiva del HUPH, informa que, durante la totalidad de su estancia en UCI, se informó diariamente a los familiares del paciente y que muy probablemente se informó de la sospecha de infección por *Scedosporium prolificans* el día 6º de ingreso en UCI, cuando se tubo sospecha del papel activo de dicho hongo en la infección del paciente. Añade que el paciente era consciente que la realización de un procedimiento como el trasplante pulmonar, no estaba exento de riesgos y el día 29 de abril de 2022 firmó el documento de consentimiento informado en donde se especifican los riesgos. Por ello, indica, no es posible argumentar desconocimiento ni existencia de riesgos infecciosos o de otro tipo secundarios a la intervención, a la cual, aceptó someterse voluntariamente por falta de otras opciones terapéuticas.

El Servicio de Cirugía Torácica afirma que el paciente y/o familia recibieron información puntual de las diversas actuaciones que se le iban a realizar por parte de Cirugía Torácica desde el momento preoperatorio (reflejado en la firma del consentimiento informado) como a lo largo del seguimiento; que en el consentimiento informado se

hace mención expresa a las complicaciones en relación con infecciones de todo tipo que pueden contagiarse o empeorarse por el tratamiento inmunosupresor imprescindible para la supervivencia del injerto. Concluye que el paciente y la familia estaban plenamente informados de los riesgos y, también de los beneficios, del procedimiento a realizar.

La Inspección asevera que el paciente fue informado, tratado conforme a la mejor evidencia disponible y participó activamente en su proceso clínico. Tanto el paciente como su hermano tenían un conocimiento profundo de la enfermedad padecida, derivado del fallecimiento de su padre por FPI y de su propia enfermedad, lo que les confería una base sólida para participar activamente en las decisiones clínicas. De hecho, en ejercicio de su autonomía, se negó a ciertos tratamientos (ej. amiodarona). Asimismo, mantenía contacto con el grupo de FPI del Hospital de Bellvitge, lo que demuestra una búsqueda activa de segundas opiniones, legítima y respetada por el equipo tratante. Estaban plenamente informados de los riesgos asociados al trasplante, incluyendo infecciones graves, y participaron en las decisiones terapéuticas con ese conocimiento. Por ello, no cabe apreciar ninguna vulneración de la *lex artis* a este respecto.

En cuanto a la afirmación que realizan los reclamantes relativa a que al paciente se le negó una muerte digna, el Servicio de Medicina Intensiva señala que no es cierta pues los pacientes que ingresan en la UCI del HUPH son tratados dignamente en todas las fases de su enfermedad. Expone que, cuando ya no es posible curar, se procede a adecuar unos cuidados al final de la vida que incluyen primar el confort del paciente, siempre evitando el dolor y las situaciones de angustia final, cuando los esfuerzos terapéuticos se vuelven fútiles por imposibilidad de poder curar. De manera general, se consensua con el paciente y con la familia cuando se está en circunstancias límites, como secuelas graves. Señala que, en este caso particular, dada la incapacidad de decisión del paciente por la evolución clínica, esta

decisión se tomó en varios momentos con los familiares directos (hermanos) quienes en todo momento dispusieron no abandonar el tratamiento mientras existiera alguna esperanza. Tanto es así, que incluso siendo conocedores de la infección invasiva por *Scedosporium prolificans*, con las complicaciones asociadas que presentaba el paciente, y las bajas posibilidades de supervivencia, insistieron en conseguir tratamiento con Olorofim.

Por otra parte, los servicios de Medicina Intensiva y Neumología del HUPH consideran que en la reclamación “*se expone un resumen de las notas diarias de evolución del paciente, sin una lógica ni adecuada interpretación, lo que facilita la mala interpretación*” y la Inspección afirma que la reclamación “*carece de fundamento clínico y ético, y no se corresponde con los hechos documentados ni con la buena praxis realizada*”.

Finalmente, el informe de Inspección Médica concluye que el paciente presentaba problemas, complicaciones y fracaso a múltiples niveles: cardiaco, respiratorio, renal (en hemodiálisis desde su ingreso), hematológico y neurológico, porque su problema no era sólo infeccioso y que, en todo momento se actuó conforme a la *lex artis*.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado la existencia de infracción de la *lex artis ad*

hoc en la actuación del Hospital Clínico San Carlos y del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

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 25 de marzo de 2026

El vicepresidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 167/26

Excma. Sra. consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid