

Dictamen nº: **255/21**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **01.06.21**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 1 de junio de 2021, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por un abogado en nombre y representación de Dña. y Dña. por el fallecimiento de D. (en adelante, “*el paciente*”) que atribuyen a un error y retraso en el diagnóstico cuando acudió con cefalea al Hospital Universitario de la Princesa.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 24 de octubre de 2019, las personas citadas en el encabezamiento, representadas por letrado, presentan en el registro de la Consejería de Sanidad un escrito de reclamación por el fallecimiento del paciente el día 6 de junio de 2019.

Exponen que, el paciente, de 71 años de edad y con antecedentes de hipertensión e isquemia arterial crónica de miembro inferior derecho, tratada y estabilizada, vivía con las reclamantes, pareja de hecho y la hija de esta, y llevaba una vida activa sin deterioro cognitivo pero el día 4 de junio de 2019 sobre las 9:20 horas se encontró mareado y con

derrames importantes de los tobillos hacia la pantorrilla por lo que llamaron a Urgencias y fue trasladado en ambulancia al Hospital Universitario de La Princesa.

Precisan que ya en el centro hospitalario, desde las 10:30 hasta las 17:30 horas permaneció sentado en una silla, le sacaron sangre y se le administró Nolotil cada poco tiempo pero sin que el dolor de cabeza ni la tensión alta presentaran mejoría. Sobre las 18:30 horas fue visitado por un médico que le prescribió un calmante que “*ninguna enfermera le suministró*” y a los pocos minutos empezó a convulsionar, le realizaron un TAC y una hora después fueron informados de que tenía un derrame agudo, había entrado en coma y que tras una intervención quirúrgica no mejoraría, sin embargo, finalmente fue operado, falleciendo dos días después, el 6 de junio de 2019.

Consideran que hubo error y retraso en el diagnóstico del paciente cuando acudió a Urgencias y un seguimiento inadecuado del estado de salud del paciente.

Solicitan una indemnización de 150.000 euros, con el siguiente desglose: 87.500 euros para la pareja de hecho del paciente y 62.500 euros para la hija de esta.

Acompañan a la reclamación el poder de representación de las reclamantes y el certificado de empadronamiento, solicitan la incorporación de la historia clínica del paciente y anuncian que se encuentra en preparación un informe médico pericial.

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

El paciente, de 71 años de edad en el momento de los hechos, con antecedentes de isquemia arterial crónica de miembro inferior derecho, colocación de STENT en arteria ilíaca derecha el 7 de febrero de 2019,

fibrilación auricular persistente cardiovertida eléctricamente en Urgencias en octubre de 2016 y en tratamiento con Sintrom, amigdalectomía y adenectomía en la infancia, prótesis de hombro derecho, colecistectomía laparoscópica, pólipos de colon, hernia diafragmática, fumador y colangitis. El día anterior, 3 de junio, se realizó una colonoscopia bajo sedación por vía ambulatoria sin incidencias y se acostó asintomático.

El 4 de junio de 2019 a las 10.32 horas acude a Urgencias y es recibido en el triaje por cefalea en la región orbitaria y frontal de tipo punzante. Refiere también tensión arterial en domicilio de 210/100, pérdida de estabilidad con la marcha y ha tomado paracetamol hace siete horas sin remisión del dolor. Se asigna prioridad 3.

A las 11:08 horas es atendido por un médico. En la exploración física presenta una temperatura de 35,7°C, presión arterial sistólica izquierda 175; presión arterial diastólica izquierda: 77 mm de Hg. La frecuencia cardiaca es de 78 pulsaciones/minuto, saturación de oxígeno 95%. El paciente presenta mal estado general, deshidratado, tinte icterico, eupneico, bien perfundido y afebril. Inestable e incapaz de mantenerse en bipedestación. En la exploración neurológica, consciente y orientado en las tres esferas, sin signos de focalidad neurológica ni oftalmoparesia. Pares craneales conservados, fuerza 5/5, sensibilidad conservada, sin dismetría ni disdiadococinesia. Se prescribe analgésico intravenoso y se solicita analítica.

A las 13:00 horas se realiza analítica completa con los siguientes valores. INR: no coagula. Actividad de protombina: no coagula. Tiempo de cefalina: 40. Plaquetas: 65 miles/mm³, tiempo de cefalina: 40.1, Urea: 40.0, Creatinina: 0,84, Sodio: 140, Potasio: 3.9, hematíes: 3.73, Hgb: 12.3 y Hem: 33.0.

A las 14:42 horas es revisado por el médico. Refiere persistir la cefalea de intensidad 6/10. Se amplía la exploración con una ecografía clínica. En las notas de evolución figura “*destaca trombopenia desde abril y anemización de dos puntos desde la última AS el 25/4/2019. Si no hay buena respuesta analgésica ante cefalea brusca, hipertensión en paciente anticoagulado y con trombopenia habría que plantear TC cerebral*”.

A las 14:49 horas el laboratorio avisa por problemas para determinar INR en la muestra enviada y solicita nueva analítica de coagulación.

Figura una anotación a las 16:15 horas que se ha llamado al paciente en dos ocasiones y no ha acudido.

A las 17:58 horas el paciente pasa a la cama de un box de exploración. Se solicita TC craneal urgente para descartar complicación vascular que se realiza a las 18:04 horas en el que se evidencia hemorragia subdural aguda.

A las 19 horas se avisa a Neurocirugía y UCI para valoración del paciente que pasa a emergencias.

Encuentran al paciente en coma Glasgow 7 y pupila derecha midriática arreactiva. Se administran 250 ml de manitol, 12 mgr de dexametasona y se administran cuatro viales de beriplex por INR previo de 2.43. Se decide intervención quirúrgica urgente.

Se informa a la familia del mal pronóstico vital y neurológico dados los hallazgos del TAC craneal y la situación clínica del paciente.

A las 22:16 horas el paciente es intervenido quirúrgicamente de urgencias mediante craneotomía frontoparietal temporal derecha. Se trasfunde un pool de plaquetas en intraoperatorio. Tras la apertura

dural se evacua la colección hemática en fase subaguda. Destaca la gran desviación del parénquima cerebral, blanquecino y con poco latido. Lóbulo temporal con herniación uncal y contusión frontal F3.

Tras la intervención quirúrgica el paciente pasa a la UCI. Persiste midriasis pupilar derecha y poco después se evidencia midriasis bilateral arreactiva, que no revierte con manitol en 250 cc.

A las 03:13 horas del día 5 de junio se realiza TAC cerebral urgente en el que se observa aumento de la hemorragia intraventricular y la aparición del hematoma en tálamo/capsula interna izquierda. Presenta focos de elevada atenuación en el espesor del hematoma subdural en relación a sangrado reciente y algunas lagunas de neuroencéfalo, la mayor en convexidad anterior. Hematoma subdural derecho que ha disminuido tanto de extensión como de grosor (17 mm máximo), habiéndose incrementado el edema vasogénico sobre parénquima subyacente. Ello provoca un efecto de masa: mayor colapso de surcos de ambas convexidades y desviación de línea media hacia la izquierda. El ventrículo lateral izquierdo se encuentra más dilatado respecto al previo. Signos de herniación uncal. Mayor componente de hemorragia intraventricular ocupando el tercer ventrículo, acueducto de Silvio y cuarto ventrículo.

En las 36 horas siguientes a la intervención la evolución fue negativa y evolucionó a muerte encefálica el día 6 de junio del 2019 a las 18.00 horas.

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 (LPAC).

Se ha incorporado al expediente la historia clínica del Hospital Universitario de La Princesa.

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81.1 LPAC se ha incorporado al expediente un informe de 25 de noviembre de 2019 firmado por la coordinadora de Urgencias en el que manifiesta que el paciente acudió a Urgencias el día 4 de junio de 2019 a las 10:32 horas y fue recibido en el triaje donde refirió cefalea, edemas en piernas y tensión alta, se registró 175/77, 78 pm, se encontraba afebril, con dolor 6 sobre 10 y se le asignó prioridad 3. A las 11:08 horas lo atendió un médico que realizó la exploración física y neurológica “*en la exploración realizada en ese momento el paciente presentaba un índice de Glasgow de 15 sobre 15 y no se apreciaba ningún focalidad neurológica salvo cierta inestabilidad en la marcha que el paciente achacaba a encontrarse mal por el dolor intenso*”. Se le prescribió analgésico intravenoso y se solicitó analítica para con los resultados hacer una prueba de imagen. El paciente se ubicó en la sala de tratamientos de Urgencias. A las 14:43 fue reevaluado por el médico, se realizó una ecografía clínica, se pautó analgésico por persistencia del dolor y se solicitó un TC cerebral. A las 14:49 se recibió una llamada del laboratorio para solicitar una nueva muestra para comparar la coagulación y el paciente seguía con un índice de Glasgow de 15 sobre 15 y con dolor. A las 16:15 se avisó al paciente y no acudió. A las 17:58 pasó a un box de exploración y el TC se realizó a las 18:04 horas. Radiología avisó que en el TAC se observaba un hematoma subdural importante por lo que se contactó con Neurocirugía y UCI que decidieron intervenir quirúrgicamente al paciente a pesar del elevado riesgo.

Prosigue el informe indicando que “*la secuencia de tiempos, salvo el momento en el que el paciente no contesta a la llamada, que habría adelantado en una hora la realización de la prueba, es la secuencia más o menos habitual que se emplea desde la valoración, petición de pruebas complementarias, que debe realizarse de forma secuencial, y valoración*

de los resultados en los pacientes que no presentan alteraciones en la exploración general realizada desde la llegada y repetida en varias ocasiones. En cualquier caso, a la vista de las imágenes radiológicas el pronóstico era fatal desde el principio y con escasas posibilidades de éxito en la intervención”.

Figura en el expediente el informe del Servicio de Neurocirugía de 8 de diciembre de 2019 en el que relaciona la asistencia dispensada al paciente desde que recibieron una llamada del Servicio de Urgencias en torno a las 19 horas, tras la realización del TAC cerebral urgente. Precisa que a su llegada, el paciente estaba siendo atendido por médicos especialistas en UCI, informaron a la familia del mal pronóstico del paciente dados los hallazgos del TAC cerebral y “*la esposa del paciente entiende la situación y acepta verbalmente la intervención quirúrgica, así como sus riesgos y posibles complicaciones*”. Describe la intervención quirúrgica de urgencias realizada, craneotomía frontoparietotemporal derecha, y tras la intervención señala que el paciente pasó a UCI persistiendo la midriasis pupilar derecha pasando poco después a midriasis bilateral arreactiva que no revirtió con manitol 250 cc iv. Se realizó un TAC craneal urgente que informó de focos de elevada atenuación en el espesor del hematoma subdural y ante el llamativo empeoramiento radiológico y clínico se desestimaron nuevas medias quirúrgicas y el paciente evolucionó de forma desfavorable a muerte encefálica.

Consta, igualmente, en el expediente el informe de 15 de julio de 2020 de la Inspección Sanitaria que concluye que “*ha sido correcta o adecuada a la lex artis (o no existe evidencia de que haya sido incorrecta o inadecuada)*”.

La instructora otorgó el trámite de audiencia a las reclamantes, y no figura en el expediente la presentación de alegaciones.

El 7 de mayo de 2020 se ha formulado propuesta de resolución, por el viceconsejero de Asistencia Sanitaria, desestimatoria de la reclamación presentada.

CUARTO.- El 12 de mayo de 2021 se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 227/21, a la letrada vocal Dña. Rosario López Ródenas que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 1 de junio de 2021.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación, que se considera suficiente.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros, y por solicitud delegada 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).

El presente dictamen ha sido evacuado dentro del plazo ordinario establecido en el artículo 23.1 del 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 libro preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

Las reclamantes, cuya relación de parentesco, entre ellas, no ha sido acreditada, ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de la LRJSP, en cuanto sufren el daño moral que provoca el fallecimiento del paciente. Las dos reclamantes han acreditado la convivencia con el paciente con el certificado de empadronamiento, y en la historia clínica Doña (...) figura como pareja en la diligencia de voluntad de donación de órganos del paciente.

Sobre la forma de acreditar la convivencia, la jurisprudencia establecida en esta materia por el Tribunal Supremo en la Sentencia de 25 de mayo de 2010 (recurso 2969/2009) y reiterada en las Sentencias de 24 de junio y 6 de julio de 2010 (recursos 4271/2009 y 3411/2009, respectivamente), es la de que dicha convivencia puede acreditarse por cualquier medio de prueba admitido en derecho.

Al respecto, esta Comisión Jurídica Asesora en su Dictamen 88/20, de 5 de marzo con remisión al Dictamen 165/16, de 9 de junio, ha señalado que el certificado de empadronamiento es el documento exigido por el artículo 221.2 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30

de octubre, para acreditar una relación de afectividad análoga a la conyugal a los efectos de abono de pensión de viudedad.

Las reclamantes han otorgado su representación al mismo abogado, firmante de la reclamación de responsabilidad patrimonial y se han aportado las correspondientes escrituras de poder.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende se atribuye a la asistencia sanitaria dispensada en un centro sanitario perteneciente a la red sanitaria pública madrileña.

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 paciente el 6 de junio de 2019 por lo que la reclamación presentada el 24 de octubre de 2019 está formulada dentro del plazo legal.

En cuanto al procedimiento, no se observa ningún defecto en su tramitación; se ha recabado el informe del servicio al que se imputa la producción del daño en virtud de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, el instructor ha solicitado informe de la Inspección Sanitaria y se ha incorporado la historia clínica del paciente. Tras la incorporación de los anteriores informes, se ha dado audiencia a las interesadas que no han formulado alegaciones. Finalmente, se ha dictado propuesta de resolución remitida, junto con el resto del expediente, a esta Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

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

Los reclamantes imputan el fallecimiento de su allegado a un error y retraso en el diagnóstico cuando el paciente acudió al Hospital Universitario de La Princesa el 4 de junio de 2019 e invocan una pérdida de oportunidad por no haberse utilizado todos los medios disponibles.

Sin embargo, tal y como ya ha sido apuntado, 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. En este sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de junio de 2017 (recurso 909/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

En este caso, las reclamantes no han aportado al procedimiento ningún criterio médico o científico, avalado por profesional competente que sirva técnicamente para acreditar que el daño aducido sea consecuencia de un error o retraso en el diagnóstico, ni que hubo un seguimiento inadecuado de la patología que presentaba.

Esta falta de prueba hace necesario acudir a los informes médicos obrantes en el expediente, singularmente al de la Inspección Sanitaria, por su garantía de objetividad y rigor científico puesta de manifiesto en diversos dictámenes de esta Comisión Jurídica Asesora y en las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, como la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 25 de enero de 2018 (recurso 1/2016), o la Sentencia de 26 de julio de 2018 (recurso 768/2016), informes que desvirtúan los reproches de las reclamantes y ponen de manifiesto que la asistencia que le fue dispensada al paciente fue conforme a la *lex artis*.

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, es decir, a los síntomas que presenta cada paciente y a las probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología.

Al respecto, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en su Sentencia de 9 de marzo de 2017 (núm. de recurso 203/2014), manifestó que “*en lo que específicamente se refiere al diagnóstico de las enfermedades que los pacientes padecen, la garantía de medios comporta que se utilicen los medios disponibles coherentemente con los síntomas y signos que presenten, y con la información relevante que faciliten*”.

En ese caso, de la historia clínica y del informe de la coordinadora de Urgencias se constata que cuando el paciente, el día 4 de junio de 2019 fue recibido a las 10:32 horas en triaje, refirió cefalea intensa sin respuesta a paracetamol y elevada tensión arterial en el domicilio, se tomó la temperatura y la presión arterial, la frecuencia cardiaca y la saturación de oxígeno y se le asignó el triaje tipo III, calificado por la Inspección Médica como adecuado a la clínica que presentaba el paciente puesto que, según la Inspección Médica, este tipo de triaje se caracteriza porque los pacientes necesitan de un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde un punto de vista fisiológico, aunque su situación puede empeorar si no se actúa.

Tras el triaje, el paciente fue asistido por un médico y en la exploración neurológica se encontraba consciente y orientado en las tres esferas, sin signos de focalidad neurológica ni oftalmoparesia, pares craneales conservados, fuerza 5/5, se solicitó analítica y se pautó nolotil iv.

Posteriormente consta en la historia clínica que sobre las 14:42 horas fue nuevamente revisado por un médico que anota que si no hay buena respuesta analgésica ante cefalea brusca e hipertensión en paciente anticoagulado y con trombopenia habrá que plantearse TAC craneal, quien además de reexplorarle, realizó una ecografía clínica para evaluar los edemas de extremidades, cumpliéndose según la Inspección Sanitaria los protocolos de actuación.

El laboratorio avisó por problemas para determinar INR en la muestra enviada y se realizó nueva analítica con coagulación. Sobre las 16:15 el medico llamó al paciente en dos ocasiones y no acudió, a las 17:58 pasó a cama y se solicitó TAC craneal que se realizó a las 18:04 en el que se evidencia hemorragia subdural aguda. A la vista de los resultados del TAC, se contacta con Neurocirugía y UCI para valoración del paciente y aunque la situación neurológica “*sea muy posiblemente irreversible*” se informa a la familia que entiende y acepta la posibilidad de realizar una cirugía urgente, mediante craneotomía, decisión que comparte la Inspección Sanitaria.

No resulta acreditado en la historia clínica ni en los informes obrantes en el expediente que el médico que visitó al paciente sobre las 18:30 prescribiera un calmante que no le fue suministrado según las reclamantes.

La Inspección Sanitaria expone de forma breve que ante un accidente cerebro vascular de tipo hemorrágico la respuesta ordenada y sistemática para realizar una evaluación diagnostica consiste en realizar anamnesis, exploración neurológica y vascular y exploraciones complementarias; entre otras, determinaciones analíticas, saturación arterial de oxígeno, hematimetría, bioquímica sanguínea, estudio de coagulación, TAC craneal y punción lumbar ante la sospecha de HSA y en este caso, en Urgencias se realizó una anamnesis, se recabó información con sus factores de riesgo de isquemia arterial crónica de

miembro inferior derecho con colocación de STENT y fibrilación auricular persistente cardiovertida eléctricamente, se realizó la exploración física general y neurológica y se le realizaron pruebas complementarias: analíticas básicas, pruebas de coagulación y TAC craneal urgente.

Coincide con el informe de la coordinadora de Urgencias al señalar que “*la secuencia de tiempos, salvo el momento en que el paciente no contesta a la llamada que habría adelantado en un ahora la realización de la prueba, es la secuencia más o menos habitual que se emplea desde la valoración, petición de pruebas complementarias que deben de realizarse de forma secuencial y valoración de los resultados de los pacientes que no presentan alteraciones en la exploración general realizada desde la llegada y repetida en varias ocasiones*”.

Tras la intervención quirúrgica, craneotomía frontoparietal-temporal derecha, presentó un empeoramiento radiológico y clínico que desestimó nuevas medidas quirúrgicas.

Así pues, en el caso examinado consideramos que no ha habido una pérdida de oportunidad, en tanto que del expediente resulta que el paciente fue tratado aplicándole los medios procedentes en función de la sintomatología que presentaba, sin que se haya evidenciado una mala praxis, actuación contra protocolos o con omisión de medios como exige constante jurisprudencia del Tribunal Supremo, por todas, la Sentencia de la Sala Tercera de 28 de febrero de 2012, con cita de otras anteriores de 25 de junio de 2010 o de 23 septiembre de 2010, así como las sentencias de 13 de julio de 2005 y 12 de julio de 2007 del mismo Tribunal, sin que pueda considerarse acreditado que el fallecimiento se produjera por una asistencia contraria a la *lex artis* como parámetro de antijuridicidad en la actuación sanitaria.

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado la infracción 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 junio de 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 255/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid