

Dictamen nº: **241/22**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **26.04.22**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 26 de abril de 2022, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña., (en adelante “*la reclamante*”), por los daños y perjuicios resultantes del fallecimiento de su madre Dña., (en adelante “*la paciente*”), que atribuye a un retraso de diagnóstico y de tratamiento producido en la asistencia dispensada en las Urgencias del Hospital Infanta Sofía, de San Sebastián de los Reyes, dos días antes.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Mediante escrito presentado el 21 de agosto de 2020 en el Registro Electrónico del Ministerio de Política Territorial y Función Pública, la persona arriba indicada formuló reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración, al considerar que el fallecimiento de su madre, el 21 de agosto de 2019, tuvo su causa en una mala praxis médica por parte del Hospital Infanta Sofía.

Explica que dos días antes de su fallecimiento, el día 19 de agosto de 2019, a las 6:19 horas de la mañana, acompañó a su madre a las Urgencias del Hospital Infanta Sofía, trasladadas en una ambulancia del SUMMA 112, por presentar un fortísimo dolor en el miembro superior derecho, sin haber sufrido ningún traumatismo directo.

Señala que, en esa asistencia, la propia paciente manifestó que padecía una arritmia cardíaca y que estaba anticoagulada. Además, la reclamante indicó que su madre tenía previsto para ese día el control del INR –que es la *ratio* internacional normalizada del tiempo de protrombina, indicadora de los tiempos de coagulación-, porque los valores previos los había tenido bajos.

Continúa refiriendo que, pese a todo y sin mayores comprobaciones, en un primer momento le diagnosticaron una tendinitis en el brazo. De esa forma, hubieron de esperar tres horas más, hasta que se produjo el “pase de guardia” a las 9:15 horas, pues hasta entonces no se reevaluó a la paciente, ni se valoró la posibilidad de que hubiera sufrido algún problema circulatorio.

En esa segunda ocasión, ante la sospecha de que la paciente hubiera sufrido un episodio de isquemia arterial aguda en el miembro superior derecho, al padecer previamente fibrilación auricular y no estar anticoagulada correctamente; se decidió trasladarla urgentemente al Hospital Universitario La Paz.

En el Hospital Universitario La Paz se confirmó el tromboembolismo, siendo intervenida la paciente de urgencia y, en el curso de esa operación, sufrió un ictus que, de nuevo obligó a trasladarla a otro centro: el Hospital Universitario Ramón y Cajal, donde ingresó con código ictus.

Previa la repetición de las pruebas, fue intervenida de nuevo en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, al objeto de solucionar los trombos. La evolución fue desfavorable y falleció el día 21 de agosto de 2019.

Afirma la reclamante que, de haberse tenido en cuenta los antecedentes médicos y la sintomatología de su madre –pues presentaba desde el principio mucho dolor y un color amoratado en el brazo-, se le deberían haber practicado pruebas diagnósticas complementarias que hubieran permitido detectar de forma temprana el accidente vascular que estaba sufriendo. Añade que, hubieran resultado suficientes algunas muy sencillas y no invasivas, como por ejemplo la determinación del tiempo de coagulación y un Eco-Doppler y mantiene que, el error del primer diagnóstico supuso una pérdida de oportunidad en la aplicación precoz del tratamiento médico que habría evitado su conversión en un ictus y, en suma, el fallecimiento de su madre.

El escrito de reclamación cuantifica el importe de la indemnización solicitada en 52.155,76 €, aplicando los criterios recogidos en el Real Decreto Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, además de los intereses legales aplicables desde la fecha del fallecimiento.

En materia probatoria, la reclamante solicita la adición al expediente de las historias clínicas de los centros en que se atendió a su madre, se acompaña de diversa documentación médica y anticipa la aportación de otros documentos e informes periciales, una vez fueran remitidas las historias clínicas. También propone la testifical de una persona que identifica con su nombre, apellidos, DNI y domicilio (folios 1 a 17 del expediente).

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

La reclamante, de 75 años de edad en la fecha de los hechos, contaba con antecedentes de fibrilación auricular crónica anticoagulada con Aldocumar y alergia medicamentosa a acenocumarol, en tratamiento habitual con Aldocumar 10mg, en dosis total semanal de 27,5; Atenolol 50 mg 1/2 en el desayuno-1/2 en la cena y Enalapril 20 mg en el desayuno.

El día 19 de agosto de 2019 a las 6:19 horas de la mañana, la reclamante fue asistida en las Urgencias del Hospital Infanta Sofía, de San Sebastián de los Reyes, a donde había sido trasladada por presentar desde aproximadamente las 5:00 horas, dolor en el miembro superior derecho de presentación aguda, que limitaba su movilidad activa, sin traumatismo directo –consta anotado en el informe de Urgencias del folio 42 que no recordaba haber realizado sobreesfuerzo físico, pese a ser la cuidadora principal de su esposo- y no presentaba otra clínica asociada.

Tras la correspondiente exploración general y neurológica, analítica general con estudio de coagulación y determinación del tiempo de protrombina, con resultados algo alterados respecto de las horquillas normalizadas: “*Tiempo de protrombina 16.6 segundos (9.0-13.0), Actividad de protrombina 55.9 % (70.0 - 120.0), I.N.R. 1.39 (0.0 - 1.15), APTT (T.Cefalina) 24.0 seg (23.0 - 34.5), Fibrinógeno derivado >500 mg/dL (150.0 - 400.0)*” -folio 36-, además de valores anormales referidos a la proteína c reactiva 19.8 mg/l (0.0 - 5.0) LDH 339 u/l (120.0 - 246.0) y radiografías de hombro, mano, antebrazo y muñeca, que mostraron microcalcificación perihumeral y descartaron lesiones óseas agudas; se emitió juicio clínico de “*omalgia derecha y tendinitis aguda*”, decidiendo administrar analgesia y observar la evolución.

Pasadas unas tres horas, a las 9:15 horas, dado que la paciente no había mejorado pese al tratamiento instaurado (*“No ha mejorado a pesar de tratamiento con Tramadol y paracetamol -ahora se acababa de iniciar metamizol 2g iv”* -folio 36-); produciéndose el cambio de turno, se procedió a la reevaluación médica, puesto que llamó la atención la pérdida de fuerza distal a nivel de muñeca derecha y dedos y otros síntomas asociados tales como la frialdad acra, con pulso radial derecho apenas palpable y déficit de sensibilidad a nivel de dorso y cara palmar de la mano derecha, pese a mantenerla conservada en antebrazo y brazo. Consta también anotado: *“Me explica su hija que hoy tenía previsto control de INR porque los previos los había tenido bajos en su Centro de Salud”*-folio 36-.

Ante la sospecha de una isquemia arterial aguda en miembro superior derecho, al no disponer de Servicio Cirugía Vasculuar en el Hospital Infanta Sofía; se organizó su traslado al Hospital La Paz, solicitando traslado urgente para valoración por sospecha de isquemia, a través del correspondiente servicio del 061. Así, consta anotado en el folio 37: *“Hablo con Cirugía Vasculuar de HULP (Dra...) y contacto con 061 solicitando traslado urgente para valoración por sospecha de isquemia. Informo de todo ello a la paciente y a su hija. Diagnostico Principal: Sospecha de isquemia arterial aguda en MSD en paciente con fibrilación auricular, no anticoagulada correctamente. Recomendaciones: Traslado a urgencias de HULP para valoración urgente por Cirugía Vasculuar”*.

La paciente llegó al Hospital La Paz a las 10:42 horas. Tras las pertinentes anamnesis y exploración física por parte del Servicio de Urgencias y del Servicio de Angiología y Cirugía Vasculuar, a las 12:00 horas se llegó al diagnóstico definitivo de embolia arterial aguda de miembro superior derecho, informando a la paciente y a sus

familiares, tanto del diagnóstico como de la necesidad de intervención quirúrgica y se inició la actitud terapéutica.

La paciente entró en quirófano a las 14:59 horas, realizándosele un procedimiento de tromboembolectomía trashumeral de miembro inferior derecho, incluyendo heparinización intraoperatoria, consiguiendo reestablecer el flujo sanguíneo completo a la extremidad, y comprobando la presencia de pulso distal tras la reparación. No obstante, durante el procedimiento quirúrgico, ante el bajo nivel de conciencia de la paciente, se establece como primera sospecha diagnóstica la posibilidad de que hubiera sufrido un ictus embólico, por lo que inmediatamente se avisó al Servicio de Neurología, que realizó valoración intraoperatoria, y se hizo cargo de la paciente, desde ese momento, debido a la complicación embólica neurológica, activando de forma inmediata el “Código Ictus”.

Consta anotado en el folio 46: *“Se realiza tromboembolectomía del miembro superior derecho, con sedación (midazolam 1mg) y anestesia local con mepivacaína 1% y lidocaína 1% y antibiótico profiláctico: cefazolina 2g. Se administra Heparina sódica 3000 UI dado que tiene Ap 41% e INR 1.5. INCIDENCIAS INTRAOPERATORIAS: Durante el procedimiento presenta bajo nivel de conciencia, arreactiva con ambas pupilas isocóricas y midriáticas no reactivas, TA 160/90 mmHg, presenta bradicardia irregular hasta 31 lpm, se administra 1 mg de atropina con mejoría de FC a 60-70 lpm, se administra Flumazenilo 1 ampolla, y se avisa a Neurología ante la sospecha de ictus embólico. Valorado por neurología presenta glasgow < 8 por lo que se realiza inducción con etomidato 30 mg, propofol 20 mg, fentanilo 150 mcg y rocuronio 50 mg y se procede a intubación oral (Han I, Cormack II, tubo normal 7,5) sin incidencias. Se canaliza arteria radial izquierda y vpp 20 msi (Trae VVP en MSI de urgencias funcionando) Se extrae gasometría arterial y se baja a angioTC urgente y posteriormente a Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgica”.*

La salida del quirófano se produjo a las 16:41 horas, para su traslado al Hospital Ramón y Cajal, al objeto de abordar más adecuadamente esa complicación de gravedad.

La llegada de la paciente al Hospital Ramón y Cajal se produjo a las 18:37 horas.

A las 18.50 horas se le realizó un TAC, y una hora más tarde la recanalización. A las 21:46 horas, bajo anestesia general, se realiza trombectomía de oclusión de la arteria basilar distal, revascularizándola con resultado satisfactorio, tras un pase de stent-retriever con aspiración directa del trombo. La paciente presentó asimismo oclusión bilateral de ambas arterias coronarias en su trayecto cervical e intracraneal, de aspecto agudo-subagudo, pasando a sala de la Unidad de Vigilancia Intensiva –UVI-, donde pese al tratamiento y cuidados instaurados, la evolución neurológica fue desfavorable, produciéndose la muerte cerebral dos días después, el 21 de agosto de 2019.

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), dando igualmente conocimiento al seguro del procedimiento, el 25 de septiembre de 2020 -folio 19-.

Previo el correspondiente requerimiento a la reclamante de la necesaria acreditación documental de su parentesco con la paciente, el 17 de noviembre de 2020 se incorporó al procedimiento la copia del libro de familia acreditativo de la relación materno filial entre ambas.

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la paciente relativa a la asistencia prestada en los tres centros

hospitalarios donde fue atendida: el Hospital Universitario Infanta Sofía, el Hospital Universitario de La Paz y el Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Constan en el expediente los siguientes informes:

-Correspondientes a la atención en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, se han emitido informes por el del jefe de Servicio de Medicina Intensiva, de fecha 2 de diciembre de 2020 -folio 97- y por el jefe del Servicio de Neurofisiología Clínica, este sin fecha -folio 98-.

- Consta también informe del jefe se Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Universitario de La Paz -folios 101 a 103-, de 29 de diciembre de 2020, junto amplia con documentación científica -folios 104 al 149-.

- El responsable del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Sofía, ha emitido un brevísimo informe de 10 de mayo de 2021 -folio 150-, en el que se limita a afirmar que se actuó correctamente en este caso.

Refiriéndonos al contenido principal de los informes aportados, expuestos por el orden cronológico correspondiente al desarrollo de los acontecimientos, observamos que el emitido por el jefe del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Sofía se limita a afirmar que dicho servicio actuó correctamente en este caso y, por toda explicación a las dos partes de su actuación, claramente diferenciadas- la producida entre las 6:19 horas y las 9:19 horas y la que se produjo en adelante determinando el traslado al Hospital Universitario de La Paz, recoge: *“Ante la sospecha de un fenómeno trombótico en miembro superior derecho y no disponer de Servicio de Cirugía Vascular en este hospital se deriva a un centro hospitalario tras contactar con el servicio de dicho centro para su tratamiento”*.

El informe emitido en justificación de las actuaciones desarrolladas en el Hospital Universitario de La Paz, emitido desde el Área de Angiología y Cirugía Vascul ar, explica que la paciente llegó a Cirugía Vascul ar o a las 10:42 horas al triaje del hospital y fue intervenida entre las 15:20 y las 16:41 horas, comprobando que se había producido durante la intervención un ictus embólico.

Se afirma que se adoptaron las medidas adecuadas y se actuó conforme a la *lex artis* pues, la paciente estaba heparinizada, pese a lo cual se produjo el accidente cerebro vascular intraoperatorio. Se añade que en cuanto se produjo el ictus intraoperatorio, la paciente pasó al ámbito de Neurología, que efectuó una primera valoración intraoperatoria y, más tarde, se atuvo a las previsiones de intervención en este tipo de episodios, realizando un manejo correcto de la patología; por cuanto: *“La actuación, tanto diagnóstica como intraoperatoria llevada a cabo en esta paciente se ajustó a la recomendada en la guía de práctica clínica europea del año 2020 para la isquemia aguda de las extremidades (DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2019.09.006>)”*.

Y añade, a modo de conclusión que:

“en pacientes que ya han tenido un episodio embólico arterial de origen cardíaco, es frecuente que se produzcan nuevos embolismos en el mismo o en otros territorios.

Así viene reflejado en la guía de práctica clínica referida anteriormente. Es por tanto razonable considerar que Doña (...) presentó un episodio cardioembólico cerebral como consecuencia de su enfermedad y a pesar de haberse realizado anticoagulación intraoperatoria.

La alta asociación entre fenómenos embólicos arteriales en diferentes territorios cuando el origen del trombo es cardiaco, llevó a la inmediata sospecha clínica y valoración y manejo por Neurología, mostrando una actuación excelente y expeditiva tanto por parte de Angiología y Cirugía Vasculuar, como del Servicio de Anestesia y de Neurología, en el momento en que se presentó la complicación cerebral.

Por lo tanto, sin poder valorar lo acontecido a partir de la complicación isquémica cerebral, que debe ser valorado por el Servicio de Neurología que se hizo cargo de la paciente a partir del momento de la complicación activando de forma inmediata el Código Ictus, desde la llegada a la urgencia del H. U. La Paz y durante el manejo clínico realizado por el accidente cerebro vascular hasta la salida de la paciente de quirófano, toda la actuación se ajusta a Lex Artis, pone a disposición de la paciente todos los medios diagnósticos y terapéuticos necesarios, consiguiendo la completa resolución del cuadro inicial de la paciente. La complicación asociada, frecuente en este tipo de pacientes, se manejó de forma expeditiva sin sufrir ningún retraso. Ninguna de las actuaciones realizadas por Angiología y Cirugía Vasculuar supuso un empeoramiento en el pronóstico de la enfermedad de Doña...”.

El Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Ramón y Cajal, en referencia a su intervención, explica que la paciente ingresó el día 20 de agosto de 2019 trasladada desde el Hospital Universitario La Paz, por trombosis de la arteria basilar tras procedimiento de revascularización quirúrgica de isquemia de miembro superior derecho, para intervencionismo en ese centro. Se realiza trombectomía de oclusión de arteria basilar distal, con revascularización tras aspiración del trombo. A continuación recoge los datos concretos presentes durante su intervención y el fatal

desenlace que tuvo lugar, diciendo: *“Ingresa con Glasgow Coma Score 7/15 (O1, VI, M5) y con pupilar arreactivas desde el ingreso. Ingresa hemodinámicamenté estable sin soporte vasoactivo, con tensión arterial en torno a 110/60 mmHg, en fibrilación auricular a 65 lpm. Neurológicamente sin sedación, con lo que realiza movimientos de extensión, que alterna con momento de localización al dolor con miembro superior derecho. Reflejo tusígeno presente, respiración conservada, reflejo papilar abolido. Pupilas midriáticas arreactivas, con NPI 0 bilateral en pupilómetro. Mala ventana para ecosonografía, pero la arteria basilar impresiona de flujos conservados. Evaluación desfavorable diagnosticándose con pruebas clínicas y paraclínicas la muerte encefálica el día 21 de agosto de 2019 a las 15:30 horas. La familia autoriza la donación orgánica”.*

El segundo informe del mismo hospital, emitido por el responsable del Servicio de Neurofisiología Clínica, manifiesta que la exploración que llevó a efecto, en el contexto del diagnóstico de la muerte encefálica de la paciente a solicitud del Servicio de Coordinación de Trasplantes, informando de la inactividad bioeléctrica cerebral no se encuadrara entre las intervenciones cuestionadas, siendo posterior al fallecimiento que es objeto de la reclamación patrimonial.

Consta también en el expediente el informe de la Inspección Sanitaria, emitido el 15 de septiembre de 2021 que, tras analizar la historia clínica de la interesada y los informes emitidos en el curso del procedimiento, establece tres conclusiones diferenciadas valorando la intervención en cada uno de los tres centros hospitalarios en los que se atendió a la paciente. Así establece:

“1º.- La actuación del hospital infanta Sofía el día 19 de agosto de 2019 fue conforme a la Lex artis, pese a que inicialmente se produjera un error diagnóstico al filiar el proceso como tendinitis,

tras su llegada a las 6,30 horas, pero más tarde al reevaluar al paciente en el cambio de guardia se sospechó la enfermedad vascular en el brazo y tras hablar con el servicio de vascular se remitió por urgencias a la paciente que llegó al hospital a las 10.30

2°. La actuación del hospital de la paz el día 19 de agosto de 2019 fue conforme a la Lex artis en el periodo que allí estuvo ingresada desde las 10:30 a las 18:00 horas pese a que en la intervención practicada para extraer el trombo del brazo se produjera un ictus intraoperatorio al soltarse un trombo la paciente estaba heparinizada en ese momento. Se trata de una complicación posible de esta patología

3°. La actuación del hospital Ramón y Cajal el día 19 de agosto de 2019 y hasta el día 21 de agosto en que falleció, fue conforme a la Lex artis en el periodo que allí estuvo ingresada desde las 18, 40 horas del día 19 hasta el día 21. La paciente llegó con tetraparexia y se la intervino por el código ictus el mismo día 19. Una hora después de llegar al centro y se la hace trombectomía en la arteria basilar.

Los resultados no fueron buenos y la paciente falleció dos días después tras haber donado los órganos en un acto de generosidad que les honra”.

En términos de valoración general, además, establece: “Se trata por tanto de una desgraciada evolución de los hechos que a lo largo de un día (19 de agosto de 2019) una persona que era la cuidadora principal de su marido, visitó tres hospitales de la Comunidad de Madrid y fue intervenida en dos de ellos donde intentaron mejorarle su situación, pero la evolución no fue favorable y la paciente falleció dos días después. La actuación de los profesionales ha sido conforme a la lex artis en este caso”.

Una vez instruido el procedimiento se confirió trámite de audiencia a la interesada. La reclamante formuló alegaciones finales mediante escrito de 16 de noviembre de 2021. Como cuestión previa, en el indicado escrito la reclamante señaló que la historia clínica remitida estaría incompleta, pues afirma que uno de los dos CD que se le habrían remitido, resultaba ilegible. No obstante, lo anterior, manifiesta que de la documentación remitida se extraen claras conclusiones que le sirven para insistir en sus planteamientos iniciales, si bien, focaliza sus reproches en la primera asistencia recibida en las Urgencias del Hospital Universitario Infanta Sofía, a la que imputa un error de diagnóstico y tratamiento, que en su opinión motivó una pérdida de oportunidad determinante del fatal devenir del accidente vascular sufrido por su madre. Así, indica:

“De los informes del Hospital Universitario Infanta Sofía se destaca que sí tiene una alteración de las pruebas de coagulación y que, aunque no hubiera hecho pruebas complementarias para evitar el tromboembolismo, debería haber hecho la primera médico que atendió a mi madre una corrección de los tiempos de coagulación y valorar mínimamente con pruebas no invasiva, como la Eco Doppler, la perfusión del miembro afectado; pero lo más grave es que la médico refiere síntomas, no signos.

Nos encontramos con una mala exploración con error de diagnóstico, porque no es posible hacer un trombo tan grande en tan poco tiempo. Mi madre acudió a Urgencias con dolor desproporcionado pero la médico que le atendió a las 6 a.m no aprecia ningún otro signo cuando el brazo estaba morado.

La evaluación de la segunda doctora, tres horas más tarde, implica que la evolución era tan rápida y magna que es imposible que los signos fueran tan grandes en tan poco tiempo. De ello se deduce que la exploración fue deficiente, máxime cuando la segunda

doctora aprecia un pulso de la arteria radial casi inexistente (folio 35), lo que consultado con varios médicos orientaría a una obstrucción arterial que produce un cuadro clínico extremadamente llamativo, que unido a los antecedentes de la paciente (fibrilación articular antiguagulada), tendrían que haber sido tratado de urgencia y de forma inmediata. Por desgracia, eso no se hizo.

Esto supone que si se hubiera efectuado un diagnóstico precoz, esta señora estaría viva.

Los signos que aparecen en la historia y los antecedentes clínicos de mi madre sólo apuntan a un tromboembolismo y el trombo era de tal calibre que se le obstruyeron las dos arterias cerebrales, es decir, que era enorme. Si la hubieran tratado antes hoy viviría”.

Finalmente, el 18 de marzo de 2022 se formuló propuesta de resolución en la que se desestimó la reclamación al considerar que la actuación de los servicios implicados en el proceso asistencial de la interesada fue acorde a la *lex artis*.

CUARTO.- El 18 de marzo de 2022 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 162/22 a la letrada vocal Dña. Carmen Cabañas Poveda que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 26 de abril de 2022.

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 a solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 32.1 de la LRJSP, en cuanto es la hija de la persona que recibió la asistencia sanitaria que consideran incorrecta (como acredita la fotocopia del libro de familia aportada) y cuyo fallecimiento le ocasionó un indudable daño moral.

La legitimación pasiva resulta indiscutible que corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria se prestó

por tres centros hospitalarios integrados en la red sanitaria pública madrileña.

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 el presente caso, resulta de la documentación examinada que la asistencia sanitaria por la que se reclama se produjo entre los días 19 al 21 de agosto de 2019, falleciendo la paciente el último de los días indicados. Por esa razón, la reclamación formulada justo un año después, debe considerarse formulada en plazo.

TERCERA.- En cuanto al procedimiento, según ya se indicó al repasar el desarrollo de la tramitación; se han incorporado varios informes emitidos por los responsables de las distintas áreas implicadas en la asistencia.

Constan cumplidos informes suscritos por los jefes de los servicios de Medicina Intensiva y de Neurofisiología Clínica del Hospital Universitario Ramón y Cajal; además del otro del jefe de Servicio de Angiología y Cirugía Vascul ar del Hospital Universitario de La Paz.

No obstante, el brevísimo informe emitido por el jefe de Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Sofía, se limita a afirmar que se actuó correctamente en este caso y no ofrece ninguna justificación del primer diagnóstico que se estableció, ni sobre la suficiencia de las pruebas diagnósticas practicadas, ni tampoco analiza los valores analíticos de la paciente, que constaban alterados en los parámetros asociados a la coagulación. Como se indicó, tales aspectos constituyen la cuestión central de los reproches de la reclamante, que considera que la primera asistencia dispensada a su madre en ese Servicio de Urgencias incurrió en error de diagnóstico y tratamiento -error que también recoge el informe de la Inspección

Médica, aún sin asociarle consecuencias jurídicas- y afirma que, en su opinión, tales errores motivaron una pérdida de oportunidad determinante del fatal devenir del accidente vascular sufrido por su madre.

Como ha señalado esta Comisión Jurídica Asesora en numerosas ocasiones (así en el Dictamen 278/21, de 15 de junio o en el 444/21, de 21 de septiembre, entre otros), el informe del servicio causante del daño no responde a un capricho de este órgano consultivo, sino que además de ser una exigencia legal impuesta por el artículo 81 de la LPAC, resulta relevante por la importancia de su contenido, pues, como hemos dicho reiteradamente, aporta una versión cercana y directa de lo sucedido, añadiendo, en el caso de actuaciones de carácter sanitario, una explicación de base médico-científica, absolutamente indispensable para la formación del sentido y alcance de la resolución, que será adoptada por órganos que carecen de esa formación técnica. Sin esa explicación médico-científica, el órgano consultivo carece de los elementos de juicio necesarios para dar respuesta a los reproches que efectúan los interesados y en consecuencia para considerar que sus afirmaciones de mala praxis pudieran ser desestimadas.

Por otro lado, en línea con lo que acabamos de decir, del contenido del informe emitido en justificación de las actuaciones desarrolladas en el Hospital Universitario de La Paz, por el Área de Angiología y Cirugía Vascular, también resulta la necesidad de recabar información adicional al Servicio de Neurología de ese segundo hospital interviniente, en referencia al desarrollo del código ictus que hubo de activarse durante la primera intervención quirúrgica.

Finalmente, en orden a desarrollar una instrucción completa y salvaguardar el cumplimiento del principio de audiencia de la reclamante, deberá despejarse toda duda sobre la corrección del

indicado trámite, pues la reclamante manifestó en sus alegaciones finales, como cuestión previa, que uno de los CD que se le entregaron con la copia de la historia clínica, era ilegible y/o estaba dañado.

Por ello, ante la falta de información expuesta y el resto de irregularidades procedimentales señaladas y, teniendo en cuenta la función del dictamen de esta Comisión, en cuanto garante de los derechos de los interesados en el procedimiento y del acierto de la decisión de la Administración que ponga fin al mismo; se considera que procede la retroacción para que se complete el procedimiento en los términos anteriormente expuestos y se dé contestación a los reproches a los que hemos hecho referencia en líneas anteriores.

Tras la emisión de dichos informes, deberá darse traslado a la Inspección Sanitaria para nuevo informe y conferirse nuevo trámite de audiencia a la reclamante. Una vez cumplimentados dichos trámites, deberá redactarse una nueva propuesta de resolución y remitirse el expediente completo a esta Comisión Jurídica Asesora para su dictamen preceptivo.

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

CONCLUSIÓN

Procede retrotraer el procedimiento para que se actúe en la forma dispuesta en la consideración de derecho tercera del presente Dictamen.

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 26 de abril de 2022

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 241/22

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid