

Dictamen n.º: **244/24**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **09.05.24**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad en su sesión de 9 de mayo de 2024, 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 asunto promovido por Dña., sobre responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios por el fallecimiento de su familiar, D., al no activarse a tiempo el Código Ictus, en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El representante de la persona citada en el encabezamiento, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial el 11 de mayo de 2022, por la incorrecta asistencia sanitaria recibida por el familiar de la reclamante al sufrir un ictus, en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (en adelante, el hospital), lo que produjo su fallecimiento.

La reclamación señala que el paciente presentaba como antecedentes personales la hipertensión arterial, diabetes tipo 2 e hipercolesterolemia, y pone de manifiesto que, en 2014, entre otras cosas, se le implantó una endoprótesis recubierta para el tratamiento de

un aneurisma poplíteo, en el pie derecho. El escrito refiere las patologías y tratamientos en la Unidad de Pie en 2015, en el pie derecho (pie diabético grado 3 de riesgo).

En cuanto a los hechos reprochados, se pone de manifiesto, que el paciente ingresa en el hospital el 7 de mayo de 2021 por dolor en el pie derecho de dos semanas de evolución; que se le hace una ecografía que muestra el baipás permeable, así como, otras pruebas, tras lo cual se decide la intervención quirúrgica urgente de arteriografía e intento de revascularización. Continúa relatando que después, en la Unidad de Reanimación, fue necesaria una revisión en el quirófano para valorar la eficacia de la fibrinólisis y que el pie derecho continuaba con mal aspecto.

Detalla que el 8 de mayo, el paciente sufrió un episodio de agitación y presentó un bajo nivel de consciencia (...) y que se activó el Código Ictus avisando a Neurología; después, se le realiza un TAC en el que se aprecian varios focos de sangrado agudo. Se planteó un posible traslado al Servicio de Neurocirugía del hospital de referencia que, sin embargo, lo desestimó.

El escrito afirma que, los médicos hablaron con la familia para informarles del mal pronóstico: el paciente se encontraba en coma y fue trasladado a planta de hospitalización para continuar con medidas de confort. El día 11 se produce un empeoramiento clínico, con trabajo respiratorio intenso hasta que fallece el día 12 de mayo.

Se señala en el escrito, la importancia de detectar los síntomas del ictus a tiempo y la necesidad de hacer un TAC de forma rápida, reprochando en concreto, que desde las 14:30 horas en que el paciente comenzó con un bajo nivel de consciencia, hasta las 18:40 horas que se activó el Código Ictus, transcurrieron 4 horas y 10 minutos; y que hasta las 19:20 horas en que se realizó el TAC craneal transcurrieron 4 horas y 50 minutos. Todo lo cual condujo al fatal desenlace. En definitiva,

considera la atención sanitaria como una mala praxis y reclama la indemnización “*que corresponda con arreglo a los criterios legales*”.

Acompaña a la reclamación un documento privado de representación en favor del abogado firmante de la reclamación y copia del libro de familia.

Tras el requerimiento del Área de Responsabilidad del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), se presenta escrito el 24 de mayo de 2022, adjuntando la misma reclamación firmada por la reclamante y copia de su DNI.

SEGUNDO.- En relación a la reclamación, el expediente administrativo ha puesto de manifiesto los siguientes hechos:

1.- El paciente, de 72 años, presenta como antecedentes hipertensión arterial, diabetes Mellitus e hipercolesterolemia. Tiene aneurismas poplíteos en ambos miembros inferiores (MMII), por lo que desde 2014, tiene 2 implantes de endoprótesis. En el miembro inferior derecho (MID) tuvo que ser reintervenido, introduciéndole un baipás.

Hay dos atenciones en Urgencias, el 11 de abril y el 2 de mayo de 2021, por dolor en la planta del pie derecho, con diagnósticos de fascitis plantar y úlcera en el pie derecho, respectivamente (folios 194 y ss.).

Acude a la consulta el 4 de mayo de 2021 (Servicio de Cirugía Vascul ar), se le diagnostica trombosis de vasos distales en el MID. Y se firma el documento de consentimiento informado para el tratamiento endovascular femoro poplíteo (folios 168 y ss.).

El paciente acude al hospital, a las 9.11 horas del 7 de mayo de 2021, por dolor en el pie derecho de dos semanas de evolución para ingreso programado en el Servicio de Cirugía Vascul ar (folios 158 y ss.). La ecografía del miembro inferior derecho muestra baipás permeable y

sin lesiones aparentes, con curva trifásica. La arteria tibial posterior permeable en toda su extensión con curva trifásica que va perdiendo progresivamente amplitud (...). La arteria tibial anterior permeable con curva trifásica (...) En la exploración física del MID: pulso femoral positivo, no pulsos distales. Edema de la extremidad que dificulta la palpación de pulsos. Pie pálido, con lesión necrótica de 2 mm en el primer dedo del pie.

A las 10:36 horas, se decide cirugía urgente para arteriografía e intento de revascularización: se accede por la arteria femoral derecha y se administra uroquinasa por catéter a las 11.50 horas.

A las 12.13 horas, el paciente llega a Reanimación consciente y orientado, hemodinámicamente estable con intenso dolor en el pie derecho. Se administran 2 mg de morfina. A la exploración, pie derecho frío, de aspecto cianótico, relleno capilar enlentecido. Pie izquierdo caliente al tacto, con buen relleno capilar. No se palpan pulsos en el MID; buena palpación de femoral y poplíteo en el pie izquierdo. Se inicia perfusión de uroquinasa y heparina desde su llegada.

El 8 de mayo a las 12.29 horas, se revalúa al paciente para una revisión en el quirófano con el fin de valorar la eficacia de la fibrinólisis. El pie derecho continúa con mal aspecto (cianótico, anestesia en primer y segundo dedos) y con relleno capilar enlentecido aunque ha mejorado la temperatura. No se ha tenido que pausar la perfusión de uroquinasa en ningún momento. Exploración de los MMII: pie izquierdo caliente con relleno capilar enlentecido, color rosado. Pie derecho con mal aspecto e intenso dolor a la palpación, anestesia en el primer y segundo dedos.

El paciente pasa al quirófano (19.02 horas). Por mala tolerancia al procedimiento se avisa al anestesista para sedación. Se inicia sedación pero es necesario convertirla a anestesia general con mascarilla laríngea. El paciente se despierta en quirófano y llega a Reanimación consciente,

agitado y con respuesta a la llamada. Permanece monitorizado y con saturación de oxígeno en torno al 97%.

«Tras el episodio de agitación pasa a presentar bajo nivel de consciencia, en respiración espontánea. Se realiza exploración con la que no se obtiene respuesta, salvo mueca facial al estímulo doloroso muy vigoroso (tracción mandibular). Presenta pupilas mióticas arreactivas. Se administran 0,4 mg de naloxona sin respuesta. La gasometría arterial descarta hipercarbia. Se decide activar código ictus con aviso a Neurología y traslado para TC (folio 160).

El TC craneal aprecia varios focos de sangrado agudo: uno de ellos es un hematoma parenquimatoso subcortical frontal derecho. Otro hematoma intra-parenquimatoso subcortical parietal izquierdo, de mayor tamaño, que se encuentra abierto al sistema ventricular, con ocupación completa por un coágulo del ventrículo lateral (...) Leve hidrocefalia secundaria. Línea media centrada. No signos de herniación cerebral ni cerebelosa. Estructuras óseas sin alteraciones. Calcificaciones vasculares. Conclusión: hematomas parenquimatosos agudos con apertura al sistema ventricular.

En espera de un posible traslado al Servicio de Neurocirugía del hospital de referencia, se inicia tratamiento con protamina y fibrinógeno. En el hospital de referencia rechazan el traslado por la edad del paciente, características de los hematomas y pésimo pronóstico. Neurología informa de que “al haber sido rechazado para intervención, con la exploración actual (GCS 6/15, pupilas puntiformes, reflejo corneal izquierdo abolido...) el paciente tiene un pronóstico infausto. Se intenta contactar por teléfono con la familia, sin respuesta”.

A las a las 19.22 horas se anota la primera interconsulta a Neurología de guardia que el siguiente comentario evolutivo: “Fecha y

hora de inicio de los síntomas: 8/05 hora desconocida, última vez asintomático sobre las 13:00 hs. Fecha y hora de llegada al hospital: intrahospitalario. Fecha y hora de valoración por Neurología: 18:40 hs. ¿Se activó código ictus intrahospitalario? Sí. ¿Cumplía criterios de código ictus? Sí.

Hoy, 08/05 a las 13 hs. tras exploración neurológica sin focalidad explorado en Reanimación, se realiza inducción anestésica para nueva realización de arteriografía y valorar eficacia de la fibrinólisis. Durante el procedimiento, se administran 2 bolos de heparina. A las 14:30 horas, despierta con estado de agitación, pasando de manera espontánea a un bajo nivel de consciencia. Hemodinámica estable, respiración espontánea en todo momento con Sat O₂ 97% con gafas nasales a 3 lpm. Se administra naloxona, sin cambios clínicos. Nos avisan sobre las 18:40 h como Código Ictus” (folio 161).

La exploración neurológica constata respiración espontánea. Anestesia informada de alguna apnea corta. Bajo nivel de consciencia GCS (escala de Glasgow) 6/15 (Ojos 1, Verbal 1, Motor 4). El paciente no emite lenguaje. A la apertura ocular, estrabismo divergente. Pupilas no reactivas y simétricas. Reflejo corneal presente en el ojo derecho, y abolido izquierdo. Al dolor, mueca facial con asimetría izquierda.

A las 19.20 horas, se le realiza TC craneal/Angio-TC craneal que objetiva hematomas parenquimatosos ... abiertos a ventrículo, con ocupación del ventrículo lateral izquierdo y derecho (...). Leve hidrocefalia secundaria. No signos de herniación cerebral ni cerebelosa.

A las 19.57 horas, se efectúa la segunda interconsulta a Neurología que, tras el TAC craneal realizado, efectúa la impresión diagnóstica de hematomas parenquimatosos frontal derecho y parietal izquierdo y bajo nivel de consciencia (GCS 6/15) en dicho contexto.

A las 21:51 horas, en la Unidad de Reanimación, se habla con la familia para informar de la complicación del pronóstico. El paciente se encuentra en coma, eupneico, con saturación al 99%, con ventimask al 35% y hemodinámicamente estable. Dado que no existe opción terapéutica alguna, se consensua con Cirugía Vasculuar el traslado del paciente a planta para medidas de confort.

El día 9 de mayo, el paciente es valorado por el Servicio de Medicina Interna que realiza un ecocardiograma; se solicita interconsulta a Neurología. Se informa a la esposa de la situación clínica actual y del mal pronóstico. Las anotaciones son: “*entiende la situación*”. “*Si PCR (parada cardiorrespiratoria) no RCP (reanimación cardiopulmonar)*”.

El día 10 de mayo, Neurología informa que, a pesar de la leve mejoría en la consciencia, el pronóstico sigue siendo malo a corto plazo. Se informa de ello, presencialmente, a sus tres hijos.

A las 15:38 horas se le realiza un TC craneal sin contraste y se compara con el estudio previo (del día 8) sin grandes variaciones. Hematoma intra-parenquimatoso frontal derecho. Existe un segundo hematoma intra-parenquimatoso en la encrucijada parieto-temporooccipital izquierda, sin crecimiento significativo. Presenta una hemorragia intraventricular fundamentalmente en el ventrículo izquierdo (en menor cuantía también en el derecho), III y IV ventrículos, sin que se aprecie paso del contenido hemorrágico al espacio subaracnoideo. Existe también un pequeño hematoma adyacente al techo del IV ventrículo, que presenta apertura ventricular y que ha disminuido de tamaño respecto al estudio anterior. Hay una menor dilatación del sistema ventricular con respecto al estudio anterior.

A las 16:21 horas, interconsulta a Neurología: “*tras revaloración de imágenes del nuevo TC craneal por Neurocirugía de Hospital Clínico, se*

desestima el tratamiento neuroquirúrgico, incluso en el caso de empeoramiento clínico o radiológico...". Se anota que "dado que se ha desestimado el manejo neuroquirúrgico, hematoma extenso, el empeoramiento de la situación clínica y la evidencia del trabajo respiratorio, indicamos un bolo de morfina y explicamos a la familia".

El 11 de mayo a primera hora de la mañana, los facultativos del Servicio de Medicina Interna constatan un empeoramiento del paciente, con trabajo respiratorio intenso y sensación de disconfort. Se informa a su mujer y se pauta perfusión de morfina, midazolam y buscapina. A las 00.22 horas del 12 de mayo de 2021, el paciente fallece.

TERCERO.- Recibida la reclamación, se ha tramitado el procedimiento conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del paciente en el hospital (folios 156 a 171 del expediente).

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC se han emitido informes por los tres servicios implicados: Angiología y Cirugía Vasculat, Neurología y Anestesia, que resumen la asistencia prestada al paciente, las medidas, cirugías y tratamientos aplicados:

- El paciente ingresa para un estudio angiográfico y tratamiento fibrinolítico por un cuadro de isquemia aguda de varias semanas de evolución en el miembro inferior derecho, en donde tiene un baipás, que funciona con normalidad, pero presenta una trombosis de los vasos distales, con un pie prácticamente excluido. El tratamiento fibrinolítico parece el único razonable, y el paciente ya lo conocía de otras veces.

- La complicación más temida de este tratamiento es la hemorragia intracraneal, que es la que sufrió el paciente. En cuanto se diagnosticó,

se activó el procedimiento, que era consultar con el Servicio de Neurocirugía del hospital de referencia, que desestimó el tratamiento descompresivo.

- Desde el ingreso en el hospital, todos los gestos diagnósticos y terapéuticos se dirigieron a intentar perfundir el MID ante el riesgo de pérdida de ese órgano debido a una obstrucción arterial de alto grado. Por ello, se le traslada al quirófano para realizar la arteriografía; se le coloca catéter arterial y después en Reanimación recibe uroquinasa y heparina sódica a través del catéter.

- Al día siguiente, el paciente vuelve al quirófano para explorar la perfusión de la pierna afectada, precisando anestesia general. Tras la cirugía se le traslada a Reanimación donde comienzan los signos de afectación neurológica por lo que se realizan pruebas clínicas y analíticas. Una vez realizadas y, ante la sospecha de un ictus, se pone en marcha a las 18.40 horas, el “Código ictus”, avisando al médico de guardia de Neurología y realizando a las 18.50 horas el TAC craneal, que muestra una hemorragia cerebral extensa. Al no ser un ictus susceptible de fibrinólisis se contacta con el hospital de referencia (Neurocirugía) que, dadas las características de la lesión, rechaza el traslado por no haber opción terapéutica. Ante esa situación se intentan medidas para contener la hemorragia, y se le traslada a planta para aplicar medidas de confort hasta su fallecimiento.

Se emite el 11 de julio de 2023, el informe de la Inspección Sanitaria que, tras examinar la historia clínica, los informes emitidos en el curso del procedimiento y efectuar las consideraciones médicas acerca del ictus y su detección, indica que con arreglo a la bibliografía consultada y guías médicas aprobadas, se recomienda realizar un TC craneal simple antes de los 20 minutos desde la llegada del paciente a Urgencias; y define el Código Ictus, como el procedimiento basado en el reconocimiento precoz de los signos y síntomas de un ictus, con la

consiguiente priorización de cuidados y traslado inmediato al hospital para un tratamiento multidisciplinar especializado. En particular, en cuanto a los reproches de la reclamante, indica:

1- Demora en la activación del “Código Ictus”: que el paciente sí cumplía con el criterio de activación del Código Ictus de “déficit neurológico agudo persistente”, ya que en el evolutivo asistencial se menciona “*bajo nivel de consciencia*”. También es cierto que este síntoma neurológico se podría atribuir al efecto de la anestesia general a la que se había sometido al paciente.

«Se intuye en la historia clínica que desde que comienza a presentar el paciente sintomatología neurológica (agitación, bajo nivel de consciencia), a partir de las 14:30 h del día 8/5/2021, hasta que se activa el código Ictus a las 18:40 del mismo día, se produce un lapso de tiempo excesivo. Además, hay que tener en cuenta que se había sometido a un tratamiento fibrinolítico cuyos fármacos presentan como complicación (ver fichas técnicas de uroquinasa y heparina) la hemorragia, hecho éste que orientaría hacia la sospecha de un ictus hemorrágico en el diagnóstico diferencial de alteraciones neurológicas. Por lo tanto, si no tuviéramos en cuenta el efecto “enmascarador” de la anestesia general, considero que existe demora significativa en la activación del código ictus siendo la misma fruto de una actuación incorrecta».

2- Demora en la realización del TAC craneal: “*en el caso que nos ocupa, se tarda 4 horas y 50 minutos desde que presenta síntomas neurológicos (a partir de las 14:30 hs.) y 40 minutos desde que se declara el código ictus (18:40 hs.) hasta la realización del TAC (19:20 hs.). Por lo tanto, a la vista de la evidencia científica consultada, considero que la actuación en este punto no es correcta*”.

3- Retraso en el tratamiento precoz del ictus: una demora en el diagnóstico conlleva que el tratamiento sea tardío también. “*Atendiendo*

a los protocolos y guías, una vez activado el código ictus, el tratamiento fue adecuado, pero se inició tarde”.

Efectúa unas conclusiones finales, a las que después nos referiremos, y finaliza diciendo que la atención sanitaria fue ajustada a la *lex artis*.

A instancias del instructor, se ha emitido un informe pericial por la compañía aseguradora del SERMAS el 27 de agosto de 2023, en el que se realizan unas conclusiones generales y una final de considerar conforme a la *lex artis* la actuación realizada:

«En este paciente ha existido un alargamiento justificable del plazo fijado para la activación del “Código ictus” por la necesidad de “realización de pruebas clínicas y analíticas para descartar causas corregibles de afectación neurológica” ya que se encontraba bajo los efectos de la anestesia general realizada antes, sin que podamos establecer un nexo con la causa del fallecimiento ya que presentó una hemorragia cerebral para la que no existía indicación quirúrgica».

Una vez instruido el procedimiento, fue evacuado el trámite de audiencia, constando la notificación telemática aceptada por el abogado de la reclamante el 14 de noviembre de 2023, sin efectuar alegaciones.

Finalmente, se formula propuesta de resolución el 7 de marzo de 2024, desestimatoria de la reclamación -basándose en una parte del informe de la Inspección- por no haberse demostrado una mala praxis y faltar la antijuridicidad del daño.

CUARTO.- Se ha formulado preceptiva consulta por la consejera de Sanidad, que ha tenido entrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid el 19 de marzo de 2024; dando lugar al expediente 173/24, que ha correspondido por reparto de asuntos, a la

letrada vocal Dña. Silvia Pérez Blanco, quien formuló la propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de la Comisión Jurídica Asesora en la sesión indicada en el encabezamiento del dictamen.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de su Ley 7/2015, de 28 de noviembre, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada y a solicitud de un órgano legitimado para ello, según 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, del Consejo de Gobierno.

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial 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 (LRJSP), cuyo capítulo IV del Libro preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, conforme al artículo 4 de la LPAC, dado que la muerte de su familiar le ha ocasionado un indudable daño moral, que no necesita ser probado.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, pues la asistencia sanitaria se prestó en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón, perteneciente a su red pública asistencial.

El 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. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas (*ex artículo 67 de la LPAC*).

En el presente caso, dado que se reclama por un fallecimiento, éste constituye la fecha del *dies a quo*, esto es el 12 de mayo de 2021; por lo que la reclamación interpuesta el 11 de mayo de 2022, está formulada en plazo legal.

En cuanto al procedimiento tramitado, se ha recabado el informe de los servicios a los que se imputa el daño, de acuerdo con el artículo 81 de la LPAC, y consta también emitido el informe de la Inspección Sanitaria. Asimismo, se ha incorporado al expediente un informe pericial emitido por la compañía aseguradora del SERMAS.

Tras la incorporación de los anteriores informes, se dio audiencia a la reclamante, de conformidad con el artículo 82 de la LPAC, que no ha formulado alegaciones.

Y finalmente, se dictó la propuesta de resolución que ha sido remitida, junto con el resto del expediente, a la 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 ningún trámite esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución Española a cuyo tenor: “*Los particulares, en los términos establecidos por la ley,*

tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de mayo de 2016 (recurso 2396/2014) recoge lo siguiente a propósito de las características del sistema de responsabilidad patrimonial: *“el art. 139 de la LRJAP y PAC, establece, en sintonía con el art. 106.2 de la CE, un sistema de responsabilidad patrimonial : a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral”.*

Según reiterada jurisprudencia, por todas, las Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2018 (recurso de casación 5006/2016), de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014) para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración 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. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005) y las sentencias allí recogidas *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”*.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

Ahora bien, en el ámbito de la responsabilidad 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 Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de septiembre de 2017 (recurso 787/2015), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial del Tribunal Supremo, *“en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria 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, que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, 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. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha lex artis respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado”.

En tal sentido, y sobre la obligación de los profesionales sanitarios, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 1 de junio de 2022 (recurso 619/2020) señala que *«la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados: la obligación del médico es prestar la debida asistencia y no de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Por ello, la lex artis, constituye el parámetro de actuación de los profesionales sanitarios que permite valorar la corrección de los actos médicos imponiendo al profesional la obligación y el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida. Este criterio es fundamental a la hora de delimitar la responsabilidad. Al respecto, cabe señalar la Sentencia del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 2000 en la que se recuerda que “los conocimientos científicos, técnicos o experimentales, ni en medicina, ni, probablemente en ningún sector de la actividad humana pueden garantizar al ciento por ciento un resultado determinado. La certeza absoluta debe tenerse por excluida de antemano”».*

CUARTA.- En el presente caso, la reclamante considera que hubo una negligencia médica porque estando ingresado su familiar no se activó a tiempo el Código Ictus y hubo además, un retraso en la realización del TAC craneal, por lo que en consecuencia la asistencia prestada no fue la adecuada, desembocando en el fallecimiento de su familiar.

Expuestos así los términos de la reclamación, hemos de recordar que 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, conforme a lo dispuesto con carácter general en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este sentido se ha pronunciado, entre otras, las Sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de junio de 2017 (recurso 909/2014) o de 5 de noviembre de 2019 (recurso 886/2017).

Es, por tanto, a la reclamante a quien incumbe probar mediante medios idóneos que su familiar falleció a consecuencia de una mala praxis por la no activación a tiempo del código ictus. En este sentido, según las Sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 15 de noviembre de 2018 (recurso 462/2017), de 11 de marzo de 2020 (recurso 829/2017) o de 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019) reiteran que *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados”*.

Pues bien, en este caso, la reclamante no ha incorporado al procedimiento ningún tipo de prueba en forma de dictamen pericial o criterio médico que sirviera para avalar que la atención que le fue dispensada a su familiar fuera contraria a la *lex artis* y que ello implicara la muerte de su familiar, sin que sirvan a este propósito las meras afirmaciones contenidas en el escrito de reclamación.

Así las cosas, ha de partirse de la situación del paciente, con sus antecedentes y la clínica que presentaba antes de los hechos reprochados en 2021, lo cual ha sido puesto de manifiesto en el antecedente de hecho segundo punto 1 de este dictamen. En síntesis, que se trata de un paciente de 72 años que en el MID tiene introducido un baipás para el tratamiento de su patología (desde el año 2014), y aunque la reclamación no lo mencione, el dolor en el pie derecho era de casi un mes de evolución con las ya referidas dos atenciones previas en Urgencias.

Además, es de advertir que cuando el paciente acude al hospital el 7 de mayo de 2021, lo hace para un ingreso programado de su tratamiento para la intervención que se le iba a realizar por el Servicio de Cirugía Vascular (esto es, una angiografía y tratamiento fibronolítico). Así, en la consulta del día 4 de mayo con el diagnóstico de trombosis de vasos distales, el paciente firma el documento de consentimiento informado para *tratamiento endovascular femoro poplíteo* (folios 168 a 171). Este documento -que la Inspección no menciona- es muy detallado en cuanto a la explicación de la intervención, las alternativas posibles, la forma de realizarse, los riesgos asumidos y las posibles consecuencias adversas. Por ello, el paciente estaba debidamente informado desde unos días antes y como señala el informe del Servicio de Cirugía Vascular (folio 200), aunque el baipás funcionaba bien, el pie derecho estaba *prácticamente excluido* por esa trombosis de vasos distales, incidiendo en que el tratamiento fibrinolítico “*parece el único razonable, y el paciente ya lo conocía de episodios anteriores*”.

Esto sentado y en cuanto al reproche efectuado y sus consecuencias, hemos de acudir al informe de la Inspección sanitaria que es riguroso en el estudio de la historia clínica del paciente y que considera que, en lo que aquí interesa, el paciente sí reunía uno de los criterios de activación de código ictus cual es el déficit neurológico agudo persistente en el que engloba el *bajo nivel de consciencia*.

Ahora bien, como indica el médico inspector, este bajo nivel de consciencia pudo ser debido a la anestesia que se le había aplicado al paciente en el quirófano, o bien a que estaba sufriendo un ictus. Al respecto, la Inspección dice que en la historia clínica “*se intuye*” que, desde las 14.30 horas del 8 de mayo en que se empieza a presentar la sintomatología neurológica hasta que se activa el Código Ictus a las 18:40 horas, hay una demora excesiva.

En efecto, la propia Inspección señala que el efecto de la anestesia general pudo “*enmascarar*” la manifestación de dichos síntomas; de donde se colige que los facultativos que le atendieron atribuyeron ese bajo nivel de consciencia a los efectos de la anestesia general que se había suministrado al paciente en el quirófano. Tras comprobar el bajo nivel de consciencia, los facultativos toman medidas con el paciente: “*se administran 0,4 mg de naloxona, sin respuesta. La gasometría arterial descarta hipercarbia*”. Y después, cuando ya hubo sospecha de ictus, según hemos visto en la historia clínica, es cuando se avisa a Neurología de guardia y se encarga un TAC, que como señala la Inspección y se refleja en la historia clínica se realizó a las 19.20 horas. Explicación de lo sucedido que resulta razonable.

Por todo ello, la Inspección señala como conclusiones finales:

«La activación del Código Ictus fue tardía, debido probablemente a la atribución de los síntomas neurológicos (bajo nivel de consciencia) como efectos de la anestesia general.

- No se puede establecer una relación de causa-efecto entre la demora de la activación del código ictus y el daño sufrido (HIC), condición indispensable para considerar la responsabilidad patrimonial del SPS (servicio público de salud). Dicho de otro modo, aunque se hubiera actuado en los plazos estipulados y de la forma recomendada por la evidencia científica, el daño hubiera sido el mismo y por lo tanto eximiría

de responsabilidad al SPS puesto que no se le puede atribuir un daño ocasionado por mala praxis.

-Por ello se concluye que la asistencia sanitaria fue correcta según los criterios de la lex artis ad hoc”.

En consecuencia, este órgano consultivo ha de estar a este criterio médico, en el que si bien la inspectora señala una demora en la activación del código ictus, ella misma indica que fue debido al “*efecto enmascarador*” de la anestesia administrada al paciente horas antes; que el TAC craneal tardó más tiempo del que recomiendan las guías médicas pero aunque se hubiera realizado antes y se hubiera detectado antes la hemorragia, no se habría cambiado el curso de los acontecimientos.

Así pues, hemos de estar al valor del informe de la Inspección Sanitaria que en este tipo de expedientes es fundamental, dada su objetividad, independencia y criterio profesional, tal y como recuerdan numerosas Sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid: así, la de 25 de noviembre de 2019 (recurso 514/2017), de 11 de mayo de 2021 (recurso 33/2019), de 7 de octubre de 2021 (recurso 173/2020) o de 24 de mayo de 2022 (recurso 786/2020):

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

Para concluir, es de advertir que la reclamación formulada incurre en realidad, en la llamada prohibición de regreso, esto es, enjuiciar la

actuación de los profesionales sanitarios partiendo del resultado final, que es la muerte del paciente.

En este sentido, como es doctrina reiterada de esta Comisión Jurídica Asesora (dictámenes 471/16, de 20 de octubre y 212/19, de 23 de mayo, o más recientemente, 217/24, de 25 abril), 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 tanto el Tribunal Supremo en Sentencia de 13 de enero de 2015 (recurso de casación para la unificación de doctrina nº 2834/2013) como el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en numerosas sentencias: la de 28 de marzo de 2016 (recurso 45/2014), 4 de abril de 2017 (recurso 532/2015) o de 8 de julio de 2021 (recurso 1142/2019) declarando que:

“... 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”.

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

CONCLUSIÓN

Procede la desestimación de la reclamación por no haber existido una infracción de la *lex artis*.

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 9 de mayo de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 244/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid