



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **109/2022**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 19 de mayo de 2022, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 13 de enero de 2022 (COMINTER 7381 2022 01 13-02 28) y CD recibido en la sede de este Consejo Jurídico ese mismo día, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.^a X, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2022_008), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO. - Con fecha 25 de julio de 2020, D.^a X presenta escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial por los perjuicios causados por el fallecimiento de su padre, D. Y el día 27 de julio de 2019, debido a la asistencia prestada por los servicios sanitarios del Hospital Universitario “Virgen de la Arrixaca” (HUVA), del Servicio Murciano de Salud (SMS), a raíz del ictus sufrido el día 14 de julio de 2019.

Fundamenta la reclamación en los siguientes hechos:

Que su padre falleció en el HUVA “a consecuencia de negligencias médicas encadenadas por no aplicación de los protocolos como el Código Ictus o Test de Deglución, lo que produjo un fallo digestivo por dar alimento al paciente de manera precipitada al segundo día de sufrir un episodio de ictus. La causa del fallecimiento fue Infección Nosocomial en el Hospital, a causa de derivar el Paciente a Planta y sin Aislamiento de otros pacientes, cuando estaba recientemente operado y tenía que haber sido derivado a la UCI”.

Aporta diversos informes médicos emitidos como consecuencia de su estancia en el HUVA, y relato de hechos.

En cuanto a la valoración económica de los daños, solicita una indemnización de 80.000 euros por el perjuicio económico causado a la esposa del fallecido y a ella como hija.

SEGUNDO. - Por Resolución del Director Gerente del SMS de 4 de octubre de 2020 se admitió a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Al mismo tiempo la reclamación se notificó a la Gerencia de Área de Salud I –HUVA-, del Área de Salud IV -Hospital Comarcal del Noroeste-, a la Gerencia de Urgencias y Emergencias 061 y a la correduría de seguros del SMS

TERCERO. - Fueron recabados y remitidos la historia clínica del paciente y el informe de los profesionales implicados.

De estos profesionales han emitido informe:

1. Del Área de Salud IV únicamente se adjunta la historia clínica de atención primaria.

2. Del Servicio de Urgencias y Emergencias Sanitarias 061:

-La Dra. D.^a Z, médico de urgencias en Atención Primaria de la Unidad Móvil de Emergencias de Caravaca, que indica:

“...que el día 14 de julio de 2019 reciben aviso a las 21.18h de sospecha de Ictus en el Salón Social de Calar de la Santa, a su llegada a la 21.49h encuentra paciente de 67 años con antecedentes de hipertensión, diabetes, dislipemia, obesidad e hiperuricemia, que sobre las 21h mientras cenaba presentó un episodio sincopal/presincopal. Es atendido por el médico de zona que lo encuentra con los siguientes síntomas: Glasgow 8, pupilas mióticas, nistagmo y hemiparesia derecha. A nuestra llegada continuó con hemiparesia. A la exploración presenta tonos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservado, patrón respiratorio eupneico, Glasgow 13 y hemiparesia derecha. Contacta con neurólogo de guardia de la Arrixaca y se activó código ictus. El paciente presentó mejoría parcial durante el traslado hasta su llegada a la Arrixaca a las 23.12h”.

- D.^a P, enfermera de urgencias en Atención Primaria de la Unidad Móvil de Emergencias de Caravaca, que indica:

“...que el día 14 de julio de 2019 llegan al Salón Social de Cañada de la Cruz, por un aviso, donde a su llegada ante la sospecha de un Ictus, la Dra Z, se pone en contacto con Neurología de la Arrixaca para activar Código Ictus. Al aceptarlo en dicho servicio, se traslada al paciente.

...Durante el traslado, el mismo se produjo sin incidencia alguna, produciéndose incluso una mejoría parcial”.

3. Del HUCA:

- El Dr. D. Q, Jefe de Sección del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, que indica:

“(...

b) RESUMEN DE LOS HECHOS RECLAMADOS.

Paciente de 67 años, con los siguientes antecedentes personales: Hipertensión arterial, DM tipo 2. DLP. Hemorragia intraparenquimatosa temporal izquierdo en 2004. Deterioro cognitivo de origen vascular y asociado a consumo de alcohol GDS4, valorado en Unidad de Demencias. Incontinencia esfinteriana. Ingresa el 14/7/2019, a las 23:19 en el Servicio de Neurología del HUCA por Hemorragia intraparenquimatosa aguda en ganglios basales izquierdos abierta a ventrículos de probable etiología hipertensiva y en un contexto de plaquetopenia.

Historia actual quirúrgica: Estando el paciente ingresado en el Servicio de Neurología, presenta un deterioro clínico con hipotensión y fiebre de 38,32 asociado a distensión abdominal, timpanismo y ausencia de ruidos intestinales. Se le realiza analítica, RX de tórax y abdomen así como TC abdominal. El informe de las pruebas radiológicas es compatible con sufrimiento intestinal en ciego y colon ascendente, con neumatosis. Ante estos hallazgos clínicos radiológicos se contacta con el Servicio de Cirugía (18/7/2019). Se valora la situación gravísima del paciente y tras hablar con la familia se decide intervención quirúrgica urgente. Mediante laparotomía media supra e infraumbilical se encuentra una isquemia intestinal aguda del íleon terminal, colon derecho y transversos. Se realiza hemicolectomía derecha ampliada previa identificación y ligadura de los vasos ileocólicos y cólicos medios. Sección con endoGIA 60 mm a nivel de íleon terminal y colon transversos. Se realiza ileostomía terminal en fosa iliaca derecha que se fija con PDS de 3/0. Se deja drenaje de Blake en parietocolico derecho y cierre de la pared abdominal por planos.

Tras la intervención quirúrgica, el paciente se traslada a la Unidad de Reanimación presentando, dentro de la gravedad clínica, una aceptable evolución desde el punto de vista de la intervención quirúrgica, siendo dado de

alta de la Unidad de Reanimación al Servicio de Neurología el 23/7/2019.

Posteriormente, el 27 de julio presenta un fracaso multiorgánico con éxitus letalis.

PUNTOS C), D) y E) los desconozco”.

-La Dra. R, Jefa del Servicio de Neurología, que indica:

“El paciente Y fue ingresado por una hemorragia en ganglios basales izquierdos con fecha 15/07/2019. Fue trasladado como CI y a su llegada al hospital se puso en marcha el CI intrahospitalario y se valoró en dicho circuito de manera habitual. Todo esto viene reflejado en el informe de ingreso y de exitus.

Las hemorragias cerebrales hoy en día no tienen criterio quirúrgico en la mayoría de los casos. Solo se intervienen en determinadas circunstancias (localización cortical, deterioro neurológico importante y otras variables individuales del paciente) y siempre se decide de manera conjunta con el servicio de neurocirugía como se hizo en este caso, y se estableció que no cumplía criterios para evacuación del hematoma, que como indico suele ser lo más habitual en los pacientes con hemorragia cerebral hoy en día, el tratamiento conservador siguiendo las indicaciones de las guías.

El paciente presentó como complicación una isquemia mesentérica, que es un cuadro clínico médico que puede aparecer en pacientes hospitalizados por enfermedad grave, pero que no está relacionado directamente con la hemorragia ni con la colocación de la SNG.

Las infecciones nosocomiales en los hospitales ocurren en pacientes ingresados en los hospitales tanto en las plantas de hospitalización como en las Unidades de Cuidados Intensivos y se considera una complicación inherente a la hospitalización, sobre todo en pacientes graves y con estancias prolongadas.

Todos estos hechos quedan bien descritos en los informes médicos que acompañan a esta reclamación”.

-El Dr. D. S, Jefe de Servicio de Medicina Interna, que indica:

“Como ustedes saben este paciente ingresó el día 15/07/2019 en el Servicio de Neurología como código ictus presentando hemorragia intraparenquimatosa en GGBB izquierdos de probable etiología hipertensiva.

Durante su evolución presentó abdomen agudo por isquemia mesentérica aguda por lo que se realizó hemicolectomía derecha ampliada.

Ingresado en UCI para su reanimación, el Servicio de Medicina Interna solamente fue consultado de urgencia una vez en planta por el Neurólogo de guardia por presentar líquido ascítico positivo para Klebsiella Pneumoniae resistente al antibiótico que estaba tomando en ese momento (Tazocel), y tras cambiar antibióticos pide hoja urgente a Medicina Interna -Contestada por la Dra. T, adjunta de guardia de Medicina Interna el día 24/07/2019 a las 20:21h, refiere paciente estuporoso, edematoso y pálido. Drenaje con contenido fecaloideo en las sondas nasogástricas, con fracaso renal con signos de gravedad. Habla con la familia, mujer e hija e informa del mal pronóstico, comprendiendo los familiares la situación de gravedad, aceptando medidas de soporte con rescate si fuera necesario para su agitación, disnea y disconfort como refleja la doctora T en la evolución del Selene. Se adjunta respuesta de interconsulta de la Dra. T”.

-El Dr. D. V, Jefe de Servicio de Medicina Preventiva, que indica:

“1. Sobre si el paciente sufrió una infección nosocomial, la conclusión tras la revisión de la historia del paciente es que su situación de infección bacteriana en el paciente parece debida a la propia evolución clínica del proceso isquémico intestinal, produciéndose una sobreinfección intestinal resultado de este proceso y no de una infección nosocomial.

El paciente ingresó en la Unidad de Ictus por hemorragia intraparenquimatosa el 15 de julio de 2019. El día 17 de julio desarrolla una pneumatosis intestinal, compatible con isquemia mesentérica por el que es intervenido mediante laparoscopia. El origen de las pneumatosis se considera que es multicausal, y la causa específica puede ser diferente en diferentes pacientes, y entre las posibles causas se incluye la sepsis.

*El mismo día 15 (20:28:09) en las notas de enfermería se refleja que el paciente tiene "Febrícula" sin especificar temperatura. El día 16 las notas de enfermería (7:36:49) refieren que el paciente tiene: "Febrícula de 37,8° a las 7h." Ese mismo día, según se refleja en las notas (13:24:00) que se toman hemocultivos y se administra paracetamol lo que indica que ya se sospechaba una sepsis. En las notas del día 17 de julio, a las 48 horas del ingreso se escribe; "Continúa con fiebre (38,5°)". En las notas de enfermería de ese mismo día se habla del "Aspecto séptico". El cultivo con resultado del día 19 muestra infección por una enterobacteria (*Klebsiella pneumoniae*). El resto de determinaciones bacteriológicas que se realizan con posterioridad a esta fecha y en los días sucesivos son negativas.*

El tratamiento antibiótico se inicia el día 16, y en las notas de evolución clínica médica del día 17/7 ya se hace mención a que el paciente está con tratamiento antibiótico desde el día anterior. El tratamiento antibiótico se mantiene hasta el inicio de las medidas de confort el día 24 de julio.

Una infección nosocomial se define como la que se presenta en un paciente a partir de las 48 horas de ingreso, y que no estaba presente previamente. La existencia de febrícula, fiebre y tratamiento antibiótico dentro de las 48 horas iniciales de ingreso sugieren que el paciente podría presentar un cuadro infeccioso ya desde las primeras horas tras su ingreso.

2. El traslado a planta puede realizarse sin medidas de aislamiento específicas si no existen indicaciones médicas que indiquen la necesidad de ingreso en UCI. Las medidas de aislamiento son de varios tipos. Hay unas medidas de aislamiento específicas que se establecen en los pacientes para evitar que transmitan una infección a otros pacientes. Por lo tanto, estas medidas sólo se establecen para proteger a otros pacientes cuando existe una infección que tiene riesgo de transmisión en el hospital. Existen otras medidas de aislamiento que se ejecutan en todos los pacientes para evitar la infección en los propios pacientes y también para proteger a los profesionales sanitarios. Estas precauciones estándar no requieren que el paciente esté en habitación individual. Un paciente recientemente intervenido puede ser derivado a planta, siendo este un procedimiento habitual que no implica un mayor riesgo de infección nosocomial mayor que en otros pacientes siempre que se cumplan las medidas de precauciones estándar. De hecho, las UCIs, por las propias características de los pacientes hospitalizados en ellas y la de los procesos asistenciales que en ellas se desarrollan, tienen unos niveles de infección nosocomial superiores a las plantas de hospitalización".

CUARTO. – Con fecha 14 de abril de 2021 se solicita informe de la Inspección Médica, no constando que haya sido evacuado hasta la fecha.

QUINTO. – La compañía aseguradora del SMS ha aportado los siguientes informes:

-De los Dres., todos especialistas en Cirugía General y del Aparato Digestivo, D.^a W, D.^a B y D. C, que concluyen:

"1. Se nos encarga analizar la atención recibida por D. Y en relación con la aparición de un cuadro de isquemia intestinal durante el ingreso de un ictus hemorrágico.

2. Se trata de un paciente que sufre una hemorragia intraparenquimatosa abierta a ventrículos en ganglios basales izquierdos y en el curso de las primeras 48 horas sufre un cuadro de isquemia intestinal de la que se realizó cirugía urgente. Finalmente se produce el falleciendo del paciente.

3. Es biológicamente imposible que la colocación de la sonda nasogástrica y el inicio de la nutrición impidiese la llegada de sangre a este tramo del intestino y causase por tanto la isquemia de este.

4. La identificación de los signos y síntomas de íleo/pseudoobstrucción se realizó en tiempo y forma, se llevaron a cabo las pruebas diagnósticas necesarias y el tratamiento que llevaron a cabo los facultativos fue el correcto.

5. En el TAC que se realizó al paciente la noche del 17 de julio, se identifican hallazgos compatibles con isquemia intestinal, con presencia de gas en vasos mesentéricos e imágenes que sugieren necrosis del colon derecho.

6. La isquemia intestinal que nos ocupa es una situación que aparece de forma súbita, evoluciona en horas, no precisa de antecedente digestivo de ninguna clase y no se encontraría ninguna alteración en ninguna prueba realizada semanas antes como se trata de dar a entender en la reclamación.

7. La isquemia intestinal aguda tiene una mortalidad que va de 40 al 80%, dependiendo de los segmentos afectados. Por eso hay ocasiones en las que ni tan siquiera se puede ofrecer la cirugía como alternativa, pues se considera que el beneficio que se va a obtener es muy escaso.

8. En el caso que nos ocupa, se decide finalmente cirugía urgente la noche del 17 al 18 de julio, realizándose extirpación del colon derecho y parte del colon transversal, abocando a la piel el intestino delgado.

9. El estudio de anatomía patológica (indica) que existía una isquemia completa de todo el colon extirpado y que el punto de corte en el intestino delgado ya era sano.

10. Aunque las posibilidades de supervivencia eran escasas, el intento de tratamiento quirúrgico es correcto y la técnica realizada es la adecuada en estos casos. Por desgracia la evolución fatal también fue la esperada en un caso de isquemia de este alcance en un paciente que ya de base tenía una situación muy grave.

11. En la documentación analizada no se encuentra evidencia de la existencia de una infección nosocomial.

12. En base a la documentación clínica de la que se dispone, la atención médica recibida por D. Y en relación con la aparición de un cuadro de isquemia intestinal durante el ingreso por un ictus hemorrágico en el Hospital Virgen de la Arrixaca se adecua a la *lex artis ad hoc*”.

-Del Dr. D. E, especialista en Neurología, que concluye:

“1. El paciente era portador de múltiples factores de riesgo vascular, entre ellos la HTA y el consumo excesivo de alcohol. También había sufrido con antelación una hemorragia cerebral, cursando posteriormente con epilepsia secundaria, y tenía una situación funcional de dependencia, por todo lo anterior y además por padecer un deterioro cognitivo con criterios de demencia (dependencia para ABVA y GDS4).

2. El paciente sufrió una nueva hemorragia cerebral primaria de localización cerebral profunda y de gran volumen. En la fase aguda, sufrió una complicación digestiva (isquemia mesentérica) que a pesar de ser intervenida quirúrgicamente, y junto con la extrema gravedad de la hemorragia cerebral sufrida, fueron la causa de su fallecimiento.

3. Al inicio del episodio, las personas que lo presenciaron en el centro público donde se encontraba alertaron al 061 y a su Centro de Salud, y por ambas vías se activó correctamente al código ictus.

4. La ambulancia llegó en 30 minutos desde la llamada al lugar donde se encontraba el paciente y el tiempo de traslado al hospital, desde su llegada al lugar donde se encontraba el paciente a la llegada a Urgencias fue de 83 minutos. Los horarios expresados en la reclamación son imprecisos y en cualquier caso, al tratarse de una hemorragia de estas características, no tuvieron influencia en el mal pronóstico del paciente. El proceso de activación del Código Ictus y atención extrahospitalaria del paciente fue correcto.

5. A su llegada a Urgencias, fue valorado por Neurología y se tomaron las decisiones adecuadas. Se solicitó TC craneal que permitió llegar al diagnóstico, se transfundieron plaquetas ante la situación de plaquetopenia y se consultó con Neurocirugía, que de igual forma actuó de forma correcta al no indicar el tratamiento quirúrgico de la hemorragia.

6. De igual forma, fue correcta la indicación de su ingreso en la Unidad de Ictus con tratamiento médico. A su ingreso en la Unidad de Ictus, se realizó un test de deglución y su resultado fue lo que motivó evitar la vía oral para la alimentación, la instauración de una sonda nasogástrica y el inicio de la nutrición enteral.

7. El paciente sufrió una complicación digestiva muy grave en las primeras horas de evolución de la hemorragia

cerebral consistente en una isquemia mesentérica aguda que condicionó un íleo paralítico. Esta complicación fue diagnosticada precozmente y se consultó a Digestivo que tras la realización un TC abdominal la confirmó y solicitó la valoración por Cirugía que indicó el tratamiento quirúrgico. La actuación en el manejo de esta complicación fue igualmente correcta.

8. La instauración de una sonda nasogástrica y el inicio precoz de la nutrición enteral es una pauta de actuación habitual en el protocolo de manejo del ictus agudo encaminada a prevenir la desnutrición del paciente en una situación de alto catabolismo y no tiene una relación causal con la isquemia mesentérica aguda que sufrió el paciente.

9. Revisados los evolutivos de enfermería podemos observar que ya desde la tarde del día 15 de julio (menos de 24h desde su ingreso) el paciente presentaba febrícula y se inició un tratamiento antibiótico, y a la vista de la evolución y los cultivos bacterianos realizados posteriormente, es muy probable que estuviera en relación con los primeros síntomas de la complicación digestiva que sufrió. Por tanto, no es correcto afirmar que el paciente sufrió una infección nosocomial; como tampoco lo es afirmar que el criterio para aislar a un paciente sea la gravedad de la enfermedad que padezca. Las medidas de aislamiento se establecen cuando un paciente tiene una enfermedad infecciosa diagnosticada con riesgo de poderla transmitir a otros pacientes, y esto no se daba en el caso que nos ocupa.

10. Por último, este perito debe afirmar que la causa de la mala evolución y el fallecimiento del paciente se debió única y exclusivamente a la extrema gravedad de la enfermedad que sufrió, la hemorragia cerebral, que por sus características ya pronosticaba una mortalidad superior al 90%, en un paciente con importante comorbilidad previa, y que además se agravó por una complicación igualmente grave como fue la isquemia mesentérica aguda. En su mala evolución y fallecimiento no tuvo influencia, como se invoca, unas supuestas negligencias en la actuación de los distintos profesionales que le atendieron, que este perito no ha encontrado. Por el contrario, la actuación de los profesionales que le atendieron, en todo momento, fue correcta y acorde a los protocolos diagnósticos y terapéuticos vigentes para este tipo de procesos”.

SEXTO. - Con fecha 24 de septiembre de 2021 se otorgó trámite de audiencia a los interesados, no constando que hayan formulado alegaciones.

SÉPTIMO. - La propuesta de resolución, de 12 de enero de 2022, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, ya que la actuación de los profesionales del SMS fue acorde a la *Lex Artis*. No concurre nexo causal entre la actuación médica y el daño alegado, cuyo origen se encuentra en las distintas patologías activas y evolución clínica del paciente, y ninguna de las complicaciones surgidas es imputable a la Administración sanitaria, que aplicó todas las medidas necesarias que exige la *lex artis*.

OCTAVO. - Con fecha 13 de enero de 2022 se ha recabado el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA. - Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con el 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

SEGUNDA. - Legitimación, plazo y procedimiento.

I. La reclamante ostenta legitimación activa para reclamar, de conformidad con lo previsto en el artículo 32.1 de la LRJSP.

Ahora bien, la reclamante presenta su solicitud en nombre propio y, sin embargo, a la hora de cuantificar el daño solicita la indemnización de 80.000 euros por los perjuicios que el fallecimiento de su padre le ha causado tanto a ella como a su madre, cuando la reclamante no actúa en representación de su madre, por lo que sólo la reclamante ha de considerarse legitimada en el presente procedimiento.

En cuanto a la legitimación pasiva, corresponde a la Administración regional en tanto que es titular del servicio público sanitario, a cuyo defectuoso funcionamiento se pretende imputar el daño.

II. La acción resarcitoria ha de considerarse temporánea, toda vez que se ejercitó mediante escrito registrado con fecha 25 de julio de 2020, como hemos dicho, antes del trascurso del año que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 67.1 LPACAP. Dicho artículo, en el caso de daños de carácter físico o psíquico, dispone que *“el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”*. En el presente caso, dado que el fallecimiento del padre de la reclamante, por cuyo motivo reclama, se produjo el día 27 de julio de 2019, la reclamación estaría dentro del plazo para reclamar.

IV. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales que integran esta clase de procedimientos, salvo el plazo máximo para resolver que excede, del previsto en el artículo 91 LPACAP.

TERCERA. - Elementos de la responsabilidad patrimonial.

I. El artículo 106.2 de la Constitución Española (CE) reconoce el derecho de los particulares a ser indemnizados por cualquier lesión que sufran en sus bienes y derechos cuando dicha lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos. En similares términos se expresa el artículo 32 y siguientes de la LRJSP, que configura una responsabilidad patrimonial de naturaleza objetiva, de modo que cualquier consecuencia dañosa derivada del funcionamiento de los servicios públicos debe ser en principio indemnizada.

No obstante, el Tribunal Supremo viene declarando de forma constante (por todas, en su Sentencia de 5 de junio de 1998) que no es acorde con el citado principio de responsabilidad patrimonial objetiva su generalización más allá del principio de causalidad, de manera que para que exista tal responsabilidad es imprescindible la existencia de nexo causal entre la actuación de la Administración y el resultado lesivo o dañoso sufrido, sin que la responsabilidad objetiva de la Administración pueda extenderse a cubrir cualquier evento. Ello, en definitiva, supone que la prestación por la Administración de un determinado servicio público no implica que aquélla se convierta en aseguradora universal de todos los riesgos, con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados que pueda producirse, con independencia del actuar administrativo, ya que, de lo contrario, el actual sistema de responsabilidad objetiva se transformaría en un sistema pr ovidencialista no contemplado en nuestro ordenamiento.

En suma, de acuerdo con lo establecido por los artículos 32 y ss. LRJSP son requisitos para que se reconozca la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración los siguientes:

- a) Que exista un daño real y efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas.
- b) Que el daño tenga su causa en el funcionamiento de los servicios públicos.
- c) Ausencia de fuerza mayor.
- d) Que el perjudicado no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación de éste ha de regirse por la denominada “*lex artis ad hoc*”, o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03 de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, 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. La “*lex artis*”, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Como señala la STS, Sala de lo Contencioso-Administrativo, de 9 de octubre de 2012, *“debemos insistir en que, frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todas las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento del régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concurra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles (así Sentencia de esta Sala de 25 de febrero de 2.009, recurso 9.484/2.004, con cita de las de 20 de junio de 2.007 y 11 de julio del mismo año).”*

Con esto queremos decir que la nota de objetividad de la responsabilidad de las Administraciones Públicas no significa que esté basada en la simple producción del daño, pues además éste debe ser antijurídico, en el sentido que no deban tener obligación de soportarlo los perjudicados por no haber podido ser evitado con la aplicación de las técnicas sanitarias conocidas por el estado de la ciencia y razonablemente disponibles en dicho momento, por lo que únicamente cabe considerar antijurídica la lesión que traiga causa en una auténtica infracción de la *lex artis*”.

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la *lex artis* responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la *lex artis*; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC)-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de marzo de 1999).

CUARTA. - Concurrencia de los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial en el presente caso. Falta de acreditación

Considera la reclamante, como se expuso en los antecedentes de hecho, que el fallecimiento de su padre se

produjo como consecuencia de la asistencia que le fue prestada por la Gerencia de Urgencias y Emergencias, que demoró la llegada de la ambulancia y su traslado al hospital; y posteriormente por la defectuosa atención que le fue prestada en el HUVA, en relación a la hemorragia intraparenquimatosa sufrida el 14 de julio de 2019, a consecuencia de negligencias médicas encadenadas por no aplicación de los protocolos como el Código Ictus o Test de Deglución, lo que le produjo un fallo digestivo por dar alimento al paciente de manera precipitada al segundo día de sufrir un episodio de ictus. Alega que la causa del fallecimiento fue una infección nosocomial en el hospital, a causa de derivar el paciente a planta y sin aislamiento de otros pacientes, cuando estaba recientemente operado y tenía que haber sido derivado a la UCI.

En el presente caso, no aporta la reclamante al expediente ningún elemento de prueba en el que se sostenga su reclamación, a pesar de que le obliga a ello el principio sobre distribución de la carga de la prueba que se contiene en el artículo 217.2 LEC, que resulta de aplicación en materia administrativa. Así, en dicho precepto se establece que *“Corresponde al actor... la carga de probar la certeza de los hechos de los que ordinariamente se desprenda, según las normas jurídicas a ellos aplicables, el efecto jurídico correspondiente a las pretensiones de la demanda...”*.

Es por ello que para poder determinar si ha existido o no vulneración de la *lex artis* será preciso acudir a los informes de los profesionales que obran en el expediente.

1. Alega la reclamante, en primer lugar, que por retraso en llegar la ambulancia no se aplicó el código ictus, ya que desde la llamada a la ambulancia hasta su ingreso en el HUVA pasaron más de 3 horas.

Sin embargo, de la documentación remitida por la Gerencia de Emergencias 061, puede comprobarse que la primera llamada requiriendo asistencia médica se produjo a las 20:55, siendo atendido el paciente en primer lugar por su médico de zona a las 21:12 horas indicando ya la existencia de un posible ictus, y siendo estabilizado en espera de la UME (Unidad Medicalizada de Emergencias), que, tras serle asignado asunto a las 21:18, llega al lugar a las 21:49 horas (31 minutos más tarde), donde es atendido por el equipo que contacta con neurólogo de guardia del HUVA activándose el código ictus, llegando al hospital a las 23:19 horas y produciéndose una mejoría parcial del paciente durante el traslado.

Como comprobamos, no se produce ningún retraso significativo en la atención del paciente, ya que éste fue atendido *in situ* por su médico de zona en 17 minutos desde la primera llamada. Pero, además, y como indica el Dr. D. E, especialista en neurología, el tiempo transcurrido, al tratarse de una hemorragia de las características que en su informe se describe, no tuvieron influencia en el mal pronóstico del paciente. Por el contrario, se indica que el proceso de activación del Código Ictus y atención extrahospitalaria del paciente fue correcto.

2. Sobre la decisión de no intervenir urgentemente el ictus hemorrágico.

Considera la reclamante que *“En el momento de ingresar en Urgencias y tras sufrir un ictus hemorrágico tenían que haberlo intervenido y no optar por no hacer nada”*.

Sin embargo, como se indica en el informe del Servicio de Neurología del HUVA, las hemorragias cerebrales hoy en día no tienen criterio quirúrgico en la mayoría de los casos, solo se intervienen en determinadas circunstancias y siempre se decide de manera conjunta con el servicio de neurocirugía como se hizo en este caso, y se estableció que no cumplía criterios para evacuación del hematoma, por lo que se instauró el tratamiento conservador siguiendo las indicaciones de las guías.

Por su parte, el informe del especialista en Neurología, aportado por la compañía aseguradora del SMS, indica que:

“Hasta la fecha, ninguna medida específica ha demostrado clara utilidad en el tratamiento médico de la hemorragia intracerebral primaria.

Se recomienda, con bajo grado de evidencia, controlar la tensión arterial en la fase aguda en cifras de TA no

superiores a 190/110 mm de Hg, un adecuado aporte de fluidos y electrolitos y el ingreso en la Unidad de Ictus para aplicar otras medidas generales del tratamiento del ictus en su fase aguda. El ingreso en la UCI solo se contempla en pacientes que precisan soporte ventilatorio o tras la evacuación quirúrgica del hematoma.

El tratamiento quirúrgico está claramente indicado en los hematomas lobares cerebelosos que producen deterioro neurológico por compresión de tronco o en casos de hidrocefalia obstructiva que igualmente tenga un efecto similar. En cambio, es mucho más cuestionada la actitud quirúrgica en los hematomas lobares supratentoriales, y está prácticamente desestimada, en los hematomas profundos lenticulares o talámicos, como el del caso que nos ocupa.

No existe evidencia que demuestre que en general la evolución de los pacientes con hemorragia cerebral es mejor si son ingresados en unidades de cuidados intensivos versus salas generales de Neurología o Medicina Interna. Algunos estudios no aleatorizados han demostrado beneficio cuando estos pacientes ingresan en unidades de ictus.

El ingreso en la unidad de cuidados intensivos, en general, se indica en pacientes que precisen intubación y ventilación asistida. Habitualmente, por complicaciones respiratorias o hipertensión intracraneal que no cede con diuréticos, siempre y como premisa fundamental, que el paciente tenga un buen pronóstico funcional. También suele producirse ingreso en UCI para el control post-operatorio en pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico”.

Por ello concluye que:

“A su llegada a Urgencias fue valorado por Neurología y se tomaron las decisiones adecuadas. Se solicitó TC craneal que permitió llegar al diagnóstico, se transfundieron plaquetas ante la situación de plaquetopenia y se consultó con Neurocirugía, que de igual forma actuó de forma correcta al no indicar el tratamiento quirúrgico de la hemorragia.

De igual forma, fue correcta la indicación de su ingreso en la Unidad de Ictus con tratamiento médico. A su ingreso en la Unidad de Ictus, se realizó un test de deglución y su resultado fue lo que motivó evitar la vía oral para la alimentación, la instauración de una sonda nasogástrica y el inicio de la nutrición enteral”.

3. Sobre la asistencia sanitaria prestada en relación con el cuadro de isquemia intestinal que presentó el paciente durante el ingreso.

Considera la reclamante que el problema en el estómago que presentó el paciente durante el ingreso tuvo su causa en un tratamiento inadecuado por no aplicación de los test de deglución al paciente afectado por un ictus, y que existió negligencia en los controles del paciente.

En cuanto a la realización del test de deglución, el informe del especialista en Neurología, aportado por la compañía aseguradora, indica que “A su ingreso en la Unidad de Ictus, se realizó un test de deglución y su resultado fue lo que motivó evitar la vía oral para la alimentación, la instauración de una sonda nasogástrica y el inicio de la nutrición enteral”.

Por otro lado, según informa el Dr. Q, Jefe de Sección de Cirugía General y Aparato Digestivo, el informe de las pruebas radiológicas realizadas al paciente es compatible con sufrimiento intestinal en ciego y colon ascendente, con neumatosis, por lo que se contacta con Cirugía y se valora la situación gravísima del paciente y tras hablar con la familia se decide intervención quirúrgica urgente y se encuentra una isquemia intestinal aguda del íleon terminal, colon derecho y transversal. Se realiza hemicolectomía derecha ampliada previa identificación y ligadura de los vasos ileocólicos y cólicos medios.

Sobre la aparición de íleo paralítico en un paciente grave y su tratamiento, se pronuncian las Dras. W, y B, y el Dr. C, especialistas en Cirugía General y de Aparato Digestivo, en su informe elaborado a instancias de la compañía aseguradora, que indican:

“Una vez más nos encontramos con que se produce un error de concepto, absolutamente lógico en alguien que no es un profesional sanitario, puesto que la isquemia del intestino es una situación que aparece de forma súbita,

evoluciona en horas, no precisa de antecedente digestivo de ninguna clase y no se encontraría ninguna alteración en ninguna prueba realizada semanas antes como se trata de dar a entender en la reclamación.

De entre todos los tramos del intestino, la colitis isquémica, como sufrió el paciente es la más frecuente, ya que el intestino grueso tiene "menos rutas alternativas de vascularización" y por esta razón cuando el riego sanguíneo se ve afectado por cualquier causa, evoluciona rápidamente hacia la necrosis.

Ante estos hallazgos radiológicos que surgieren sin margen la interpretación de un cuadro isquémico del intestino se avisa al Servicio de Cirugía para valoración. La decisión sobre operar o no a un paciente con isquemia intestinal es siempre difícil puesto que el pronóstico es malo en la mayoría de los casos. Especialmente en aquellos pacientes añosos, que tienen una situación grave de base como es el caso que nos ocupa. (...)

En el caso del paciente que nos ocupa, se decide finalmente cirugía urgente la noche del 17 al 18 de julio, realizándose una hemicolectomía derecha ampliada por aspecto isquémico del intestino, con ileostomía terminal en fosa iliaca derecha (extirpación del colon derecho y parte del colon transversal, abocando a la piel el intestino delgado). (...)

Desafortunadamente, la evolución del paciente es tórpida y termina falleciendo días después, pero lo cierto es que es lo esperable en un caso isquemia de este alcance en un paciente que ya de base tenía una situación muy grave. Por lo tanto, aunque las posibilidades de supervivencia eran bajas, el intento de tratamiento quirúrgico es correcto y la técnica realizada es la adecuada en estos casos. Por desgracia la evolución fatal también fue la esperada".

Al respecto se pronuncia también el perito neurólogo Dr. E, en el dictamen médico pericial remitido por la compañía aseguradora del SMS, en el que se indica:

"El paciente sufrió una complicación digestiva muy grave en las primeras horas de evolución de la hemorragia cerebral consistente en una isquemia mesentérica aguda que condicionó un íleo paralítico. Esta complicación fue diagnosticada precozmente y se consultó a Digestivo que tras la realización de un TC abdominal la confirmó y solicitó la valoración por Cirugía que indicó el tratamiento quirúrgico. La actuación en el manejo de esta complicación fue igualmente correcta.

...la instauración de una sonda nasogástrica y el inicio precoz de la nutrición enteral es una pauta de actuación habitual en el protocolo de manejo del ictus agudo encaminada a prevenir la desnutrición del paciente en una situación de alto catabolismo y no tiene una relación causal con la isquemia mesentérica aguda que sufrió el paciente".

4. Sobre la eventual infección nosocomial sufrida por el paciente.

Alega la reclamante como causa del fallecimiento una infección nosocomial producida por el traslado irresponsable a planta con otros pacientes.

Sobre dicha cuestión, el jefe de Servicio de Medicina Preventiva del HUVA, Dr. V, concluye que la situación de infección bacteriana en el paciente parece debida a la propia evolución clínica del proceso isquémico intestinal, produciéndose una sobreinfección intestinal resultado de este proceso y no de una infección nosocomial.

Igualmente indica que una infección nosocomial se define como la que se presenta en un paciente a partir de las 48 horas de ingreso, y que no estaba presente previamente. La existencia de febrícula, fiebre y tratamiento antibiótico dentro de las 48 horas iniciales de ingreso sugieren que el paciente podría presentar un cuadro infeccioso ya desde las primeras horas tras su ingreso.

Sobre su traslado a planta indica que puede realizarse sin medidas de aislamiento específicas si no existen indicaciones médicas que indiquen la necesidad de ingreso en UCI. Las medidas de aislamiento son de varios tipos. Hay unas medidas de aislamiento específicas que se establecen en los pacientes para evitar que transmitan

una infección a otros pacientes. Por lo tanto, estas medidas sólo se establecen para proteger a otros pacientes cuando existe una infección que tiene riesgo de transmisión en el hospital. Existen otras medidas de aislamiento que se ejecutan en todos los pacientes para evitar la infección en los propios pacientes y también para proteger a los profesionales sanitarios. Estas precauciones estándar no requieren que el paciente esté en habitación individual. Un paciente recientemente intervenido puede ser derivado a planta, siendo este un procedimiento habitual que no implica un mayor riesgo de infección nosocomial mayor que en otros pacientes siempre que se cumplan las medidas de precauciones estándar. De hecho, las UCIs, por las propias características de los pacientes hospitalizados en ellas y la de los procesos asistenciales que en ellas se desarrollan, tienen unos niveles de infección nosocomial superiores a las plantas de hospitalización.

También el neurólogo que realiza el informe para la compañía aseguradora, indica:

“Revisados los evolutivos de enfermería podemos observar que ya desde la tarde del día 15 de julio (menos de 24h desde su ingreso) el paciente presentaba febrícula y se inició un tratamiento antibiótico, y a la vista de la evolución y los cultivos bacterianos realizados posteriormente, es muy probable que estuviera en relación con los primeros síntomas de la complicación digestiva que sufrió. Por tanto, no es correcto afirmar que el paciente sufrió una infección nosocomial; como tampoco lo es afirmar que el criterio para aislar a un paciente sea la gravedad de la enfermedad que padezca. Las medidas de aislamiento se establecen cuando un paciente tiene una enfermedad infecciosa diagnosticada con riesgo de poderla transmitir a otros pacientes, y esto no se daba el caso que nos ocupa”.

Por último, en el informe elaborado por el Servicio de neurología del HUVA, se indica que estas infecciones nosocomiales se dan en pacientes tanto ingresados en planta como en la UCI's, siendo una complicación inherente a la hospitalización, sobre todo en pacientes graves y con estancias prolongadas.

Por todo lo expuesto, este Consejo Jurídico considera que la causa del fallecimiento del paciente se debió, única y exclusivamente a la gravedad de las enfermedades que sufrió, la hemorragia cerebral (mortalidad superior al 90%) y la isquemia mesentérica aguda, a lo que hay que añadir la comorbilidad previa, sin que podamos apreciar la existencia de infracción de la *lex artis* y, consecuentemente, la existencia de daño antijurídico.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA. - Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por no haberse acreditado relación de causalidad entre los daños alegados y el funcionamiento del servicio público sanitario.

No obstante, V.E. resolverá.