

Dictamen nº: **461/17**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **08.11.17**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 8 de noviembre de 2017, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad al amparo del artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en relación con la reclamación formulada por Dña. y D. (en adelante “*los reclamantes*”) por los daños y perjuicios derivados de lo que consideran retraso diagnóstico de un ictus hemorrágico padecido por la primera de los reclamantes y que imputan al funcionamiento del SUMMA 112 y del Hospital Universitario de Móstoles (HUM).

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO. - El 4 de marzo de 2015, una procuradora de los tribunales en representación de los reclamantes presentó un escrito en el registro del Servicio Madrileño de Salud solicitando una indemnización por los daños y perjuicios supuestamente derivados de la asistencia sanitaria prestada por los citados servicios sanitarios.

En su escrito señalaba que el 21 de septiembre de 2013, sobre las 9.56 horas, uno de los reclamantes llamó por teléfono al SUMMA 112 indicando que la otra reclamante (su esposa) llevaba vomitando desde el

día anterior con mareos. Se le pautaron supositorios (Torecan) y que, una vez mejorase, acudiesen a Urgencias hospitalarias.

Una vez administrado un supositorio y al presentar cierta mejoría acudieron a Urgencias del HUM.

Tras quejarse de que el SUMMA no les haya facilitado copia de la grabación de su llamada consideran que dicho servicio actuó con falta de medios al no haber prestado una asistencia más rápida y adecuada (ambulancia o remisión a un centro con unidad de ictus).

Ingresó en Urgencias a las 11.34 horas siendo atendida por un MIR de Anatomía Patológica en su segundo año de residencia.

Consideran que dicho facultativo malinterpretó diversas pruebas y no practicó otras necesarias como un TAC, prueba que consideran esencial e igualmente, critican que no consultase con un neurólogo.

Afirman que el medicamento que se le pautó (dogmatil) tan solo sirvió para enmascarar la patología apoyándose en el prospecto del citado fármaco.

Critican que el informe de alta este sin firmar en contra de la Orden de 6 de septiembre de 1984 lo cual vulneró su derecho a la información y a solicitar la asistencia por un neurólogo.

El 23 de septiembre continuaba somnolienta y sin fuerza. Acudieron al médico de atención primaria que les remitió a Urgencias por lo que acudieron a Urgencias del Hospital Rey Juan Carlos donde se realizó un TAC que se informó como hematoma cerebeloso derecho de probable etiología hipertensiva (ictus).

Como consecuencia de esa inadecuada asistencia padece múltiples secuelas (incapacidad funcional severa, deterioro cognitivo, secuelas

urológicas, dependencia, etc.) que causan también importantes daños morales a su familia.

Solicitan una indemnización de 766.982, 92 euros.

Aporta diversa documentación médica, un informe pericial elaborado por tres médicos especialistas (medicina interna, medicina familiar, medicina legal y forense) y otro de valoración del daño corporal así como declaración del impuesto sobre la renta.

SEGUNDO.- En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo al que se ha incorporado la historia clínica del HUM, la documentación aportada por la reclamante y la remitida por el SUMMA 112 ha puesto de manifiesto los siguientes hechos.

La reclamante, nacida en 1954, con antecedentes de un episodio de vértigo en 2012, padeció el 21 de septiembre de 2013 un cuadro de vómitos, mareo e imposibilidad para caminar.

Ante esa situación, el marido de la reclamante llamó al SUMMA 112 a las 9.56 horas, siendo atendido por un médico al que indicó que la reclamante estaba vomitando y no podía caminar. El facultativo le indicó que eran vértigos y que debía acudir al Servicio de Urgencias del HUM. Al señalarle que no podía caminar, el facultativo le indicó que acudiera a una farmacia para adquirir Torecan y que le pusiera un supositorio de tal forma que, cuando se encontrase mejor, acudiese a Urgencias (folios 218-219).

Acudió a Urgencias ese mismo día con hora de entrada a las 11.34 (folios 593-595).

Se anotan como antecedentes ansiedad, insomnio y el episodio de vértigo del año anterior.

Presenta una tensión arterial de 179/96. Está consciente, orientada, bien hidratada, normo coloreada y eupneica. No presenta rigidez de nuca, ni signos de meningismo. Pupilas isocóricas y normoreactivas. No nistagmo.

Examen de PC normal. No hay alteración de sensibilidad, ni de tono muscular. Romberg positivo. No disimetría, ni adiadococinesia.

En la auscultación murmullo vesicular conservado, no sibilancias, ni crepitantes. Auscultación cardiaca rítmica sin soplos añadidos.

Abdomen blando y depresible sin dolor a la palpación profunda. Puñopercusión renal negativa. El resto del examen clínico dentro de límites de la normalidad.

Se administra una ampolla de dogmatil intravenoso así como primperan.

Refiere mejoría por lo que con el juicio clínico de vértigo recibe el alta a las 14.13 horas. Se pauta dogmatil, en su caso torecan así como reposo en ambiente oscuro y tranquilo. Volver a Urgencias en caso de empeoramiento y control por Atención Primaria.

El 23 de septiembre, la paciente acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Rey Juan Carlos (folios 266-270) por la persistencia del mareo y las náuseas junto con la aparición de disminución de fuerza en hemicuerpo derecho.

En la exploración física destacó una tensión arterial de 156/90.

En la valoración neurológica se apreció un nistagmo horizonte-rotatorio con fase rápida hacia la derecha, aunque bilateral. Leve desconjugación de la mirada. Disminución de fuerza 3/5 en miembro superior derecho y 3/5 en miembro inferior izquierdo.

Leve bradilalia, disartria muy leve. Hiperreflexia con aumento del área y respuesta clonoide derecho. Dismetria en maniobra dedo-nariz derecha, no izquierda. No se podía conseguir sedestación por mareo y náuseas.

Se realizó TAC de cráneo que mostró la existencia de un hematoma de 2,5 cm de diámetro en hemisferio cerebeloso derecho, con edema periférico, abierto al IV ventrículo, con discreto efecto masa sobre él.

Con el juicio clínico de hematoma cerebeloso derecho probablemente de etiología hipertensiva, se procedió a su ingreso.

Permaneció ingresada hasta el 30 de septiembre de 2013. A la semana del ingreso se realizó una resonancia que mostró una disminución del hematoma y del edema perilesional. Al presentar tensión arterial alta se inició tratamiento con enalapril. Al alta presentaba inestabilidad en la marcha sin debilidad en extremidades derechas.

Se estableció la necesidad de continuar la rehabilitación que ya había iniciado durante el ingreso hospitalario.

Realizó rehabilitación y fisioterapia hasta enero de 2014. Y posteriormente continuó con Terapia ocupacional. En la valoración realizada se describe marcha independiente, sin braceo acompañante de miembro superior derecho. Presenta dificultades para integrar la mano derecha en las actividades rutinarias (come con la mano izquierda). Necesita ayuda para el aseo, parece que se viste sola, realiza ejercicios para ejercitar el uso de la mano derecha. En noviembre de 2014 se plantea la posibilidad de centro de día.

Al presentar incontinencia urinaria fue valorada por el Servicio de Urología en marzo de 2014 y, tras diversos tratamientos, persiste incontinencia leve con necesidad de un absorbente al día.

Continuó con revisiones en Neurología. En la revisión de noviembre de 2014 presenta como secuelas: Cefalea hemicraneal derecha (interpretada como dolor neuropático), espasticidad dolorosa sobre todo en brazo derecho y menos en pierna derecha, fuerza 3/5 en brazo derecho y 4/5 en pierna derecha, mano derecha no integrada en actividades de vida diaria. Dependiente del marido para todo, incluido el aseo.

Como diagnósticos se fijaron: Hemorragia intracraneal, con hematoma en hemisferio cerebeloso derecho de probable origen hipertensivo. Hipertensión arterial. Espasticidad dolorosa en extremidades derechas secuelar. Vejiga espática secuelar.

TERCERO.- A raíz de la formulación del escrito de reclamación se ha instruido el correspondiente procedimiento de responsabilidad patrimonial y se han solicitado los informes que se consideraron pertinentes, de los que se destacan los siguientes particulares.

El 31 de marzo de 2015 emite informe el subdirector de enfermería del SUMMA 112 en el que afirma que se recibió una llamada por “vómitos” y adjunta la transcripción de la llamada entre el alertante y el operador del SUMMA 112 y, posteriormente, un médico del citado organismo.

Consta un informe manuscrito fechado el 2 de noviembre de 2015 de la jefa de área del Servicio de Urgencias del Hospital de Móstoles (folios 587-591).

Afirma que la reclamante, cuando entró en Urgencias no presentaba cifras de tensión arterial en rango de crisis ni emergencia hipertensiva que permitieran sospechar daño neurológico atribuible a cifras de hipertensión arterial. Tampoco presentaba signos neurológicos definitorios de cuadro vertiginoso cerebral (¿?).

A raíz del tratamiento pautado mejoró pero a las 48 horas aparecieron signos patológicos de origen cerebral como cefalea y hemiparesia que no estaban presentes en la consulta a su servicio en el que se le indicó la necesidad de acudir de nuevo a Urgencias en caso de empeoramiento.

En cuanto a la administración intravenosa de dolpidem afirma que es una práctica habitual admitida por los Servicios de Farmacia de los hospitales madrileños. La tensión que presentaba con ese fármaco era menor que la que presentaba en la asistencia. Entiende que, como recogen las guías de Neurología españolas y europeas, es el control inadecuado de la tensión arterial de forma crónica el principal riesgo de ictus.

Afirma que el médico residente que atendió a la reclamante está plenamente identificado en el informe de alta y en la tarjeta identificativa que llevaba. Asimismo al ser residente de segundo año no es precisa la firma del adjunto en las altas “según marca la ley”.

Afirma que es completamente falso que la reclamante no fuese atendida por un adjunto.

Con fecha 22 de enero de 2016 emite informe la Inspección Sanitaria en el que considera que la atención sanitaria fue incorrecta, existiendo:

“(...) una insuficiente valoración según la normal práctica clínica, lo que ha ocasionado un retraso en el diagnóstico de Hematoma Cerebeloso, en el Hospital Universitario de Móstoles. Aunque no se puede determinar que secuelas le hubiesen podido quedar (...) si el diagnóstico se hubiese realizado en la visita a Urgencias del Hospital Universitario de Móstoles, sí queda claro que el retraso en el diagnóstico ha condicionado un retraso en el tratamiento, y por tanto sus posibilidades de recuperación han quedado mermadas”.

Considera la Inspección que cuando se llamó al SUMMA 112 la reclamante no presentaba signos neurológicos que permitiesen activar el código Ictus. Por ello, al tratarse de un mero vértigo, la actuación de dicho Servicio fue adecuada.

Por el contrario, en la asistencia prestada en el Servicio de Urgencia del HUM, la valoración del cuadro de vértigo fue insuficiente. La hipertensión arterial (179/96 mm Hg) no fue valorada para determinar si la paciente era hipertensa previamente, si era una hipertensión reactiva a un supuesto cuadro de vértigo, ni tratada, ni se recomendó en el alta médica seguimiento o control de la tensión.

Tampoco se realizaron exploraciones complementarias como electrocardiograma, para descartar arritmias o bloqueos, como causas de la clínica ni una analítica completa, para descartar otras causas como anemia, infecciones, hipoglucemias e hipercoagulabilidad. En el informe de alta no queda reflejado que se haya realizado una exploración general, y en la específicamente dirigida, por la clínica que presentaba la paciente, hubiera sido necesario una exploración más exhaustiva, que incluyera exploración del reflejo vestíbulo espinal (prueba de Romberg) indicando además de ser positivo, hacia qué lado se producía la lateralización de la marcha, que en este caso, no está consignado en la historia; exploración del reflejo oculo vestibular, para determinar la existencia o no de nistagmo, ya que su presencia hace el diagnóstico de vértigo. Además, estas maniobras exploratorias, determinan las características del nistagmo, lo que hubiera permitido diferenciar entre el vértigo de origen periférico y el de origen central.

La maniobra del impulso cefálico, es muy sensible y específica y, si es positiva, permite determinar que el vértigo es de origen periférico, descartando un ictus cerebeloso.

Añade que en la bibliografía se hace especial hincapié, en tener presente el ictus cerebeloso como causa etiológica de vértigo, en

pacientes mayores de 50 años con factores de riesgo cardiovascular (la paciente estaba hipertensa y era fumadora). Estos criterios servirían para solicitar una prueba de neuroimagen, que hubiera permitido una mejor aproximación al diagnóstico. Esta insuficiente valoración, produjo un retraso en el diagnóstico de hemorragia cerebelosa.

El diagnóstico de hemorragia cerebelosa se hizo 48 horas después del alta del Servicio de Urgencias. Había existido deterioro clínico con aparición de déficit neurológico, lo que motivó nueva consulta en el Servicio de Urgencias de otro hospital. En el TAC se objetivó hematoma de 2,5 cm de diámetro en hemisferio cerebeloso derecho, con edema periférico, abierto al IV ventrículo, con discreto efecto masa sobre él, siendo ingresada en la Unidad de Ictus.

En cuanto a la actuación del médico residente considera que, de acuerdo con el artículo 15 del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, su actuación fue correcta. Igualmente considera correcta la firma del informe de alta con el nombre y apellidos del facultativo.

Por escrito de 12 de enero de 2017, sin registro de entrada, la aseguradora de la Administración presenta escrito de alegaciones. Adjunta con ese escrito un informe pericial suscrito por dos especialistas en Neurología.

En el escrito de alegaciones considera que no hay ninguna relación entre las patologías que presentaba la reclamante el día que acudió a Urgencias del HUM con la vejiga hiperactiva y el deterioro cognitivo que padece la reclamante.

Por otra parte considera que la reclamación está prescrita puesto que las lesiones estarían estabilizadas a fecha 30 de septiembre de 2013, tal y como resulta del informe de alta, siendo esa fecha la *actio nata*, criterio que considera se refuerza por los informes de Neurología de 12 de diciembre de 2013 y 9 de septiembre de 2014 en los que se recoge como juicio clínico el mismo que el del día del alta.

Tomando en cuenta la fecha de 30 de septiembre de 2013 o incluso la de 12 de diciembre de 2013 cuando se confirma el diagnóstico, la reclamación interpuesta el 4 de marzo de 2015 sería extemporánea.

En el informe pericial que se acompaña con las alegaciones se considera correcta la actuación del SUMMA habida cuenta de los síntomas que presentaba la reclamante.

Respecto de la actuación de Urgencias del HUM destaca las elevadas cifras de tensión arterial en una persona que no era hipertensa conocida. La exploración fue normal si bien el test de Romberg fue positivo aunque no se precisa en la documentación la exploración de la marcha, y tampoco se anotan las maniobras de exploración vestibular específicas (aunque el nervio vestibulococlear es el VIII par craneal y sí figura una exploración normal de los pares craneales).

Afirma que la valoración del vértigo en los servicios de Urgencias es una tarea compleja, siendo, en su mayoría producidos por un síndrome vestibular agudo que aparece de manera aislada y ocurre en ausencia de signos neurológicos focales. El presente caso se ajustaría a la sintomatología propia del síndrome vestibular agudo siendo explorada de forma completa para descartar focalidad neurológica. En los antecedentes personales figura un episodio de vértigo, lo que complica aún más el diagnóstico diferencial.

Destaca que llama la atención que no se hubiera hecho un control de los valores de tensión arterial previos al alta pero consideran que en

estos casos hay una situación de estrés provocado por acudir a los servicios de Urgencias.

Considera correcta la exploración realizada aunque “se echa de menos” haber descrito de forma más precisa la lateralización de la caída en el test de Romberg positivo.

Añade que:

“La ausencia de nistagmus, aunque es poco habitual en los casos de clínica vertiginosa tanto de origen central como periférico, no es extraordinaria, en cualquier caso su presencia no hubiera orientado el origen en un sentido u otro.

No se completó el examen físico con otras pruebas vestibulares, pero incluso haciendo todas las que se pueden llevar a cabo en un servicio de urgencias, no son siempre concluyentes en paciente con daño vestibular. Concretamente la prueba del impulso cefálico presenta una baja sensibilidad diagnóstica y aunque la especificidad (sic) es elevada, en daño vestibular crónico o daño vestibular leve podría ser negativa”.

Destaca que “La mejoría sintomática tras el fármaco pudo dar lugar a un error de interpretación del origen de los síntomas, pero en casos de origen central del síndrome vertiginoso la mejoría no suele ser significativa con este tipo de tratamiento, siendo muchas veces la falta de respuesta mismo, lo que motiva ampliar el estudio”. Por ello considera que fue correcto el no realizar un TAC.

Respecto de la hipertensión considera que la reclamante no padecía una crisis hipertensiva que justificase la administración de hipertensivos pero: “Sí hubiera sido correcto comprobar que con la mejoría sintomática

los valores de tensión arterial recuperaban la normalidad, más si tenemos en cuenta que se trataba de una paciente no hipertensa conocida”.

De esta forma la actuación del facultativo fue correcta sin que la falta de realización de una prueba de impulso cefálico fue esencial puesto que estas pruebas nunca son de una precisión absoluta y la ausencia de prueba de imagen cerebral ha de entenderse en el contexto de la mejoría de la paciente.

Considera correcta la indicación de que volviera a Urgencias en caso de empeoramiento.

Respecto de la evolución posterior al diagnóstico de Ictus no entiende las razones del empeoramiento detectado en la revisión de diciembre de 2013 que solo considera explicable debido una nueva lesión cerebral de origen isquémico, no identificada como aguda en la Resonancia Cerebral revisada en consultas en marzo de 2014, debido al tiempo transcurrido desde el empeoramiento hasta la realización de la prueba.

Considera que ni las secuelas físicas detectadas en noviembre de 2014 ni la patología urológica pueden atribuirse al ictus.

Por todo ello concluyen que: *“1. No hay datos de mala praxis en el manejo de Urgencias; 2. La situación actual de la paciente no es explicable como secuela del hematoma cerebeloso sufrido”.*

El 3 de marzo de 2017 se concede audiencia a la reclamante que presenta escrito de alegaciones el 23 de dicho mes.

En su escrito rechaza la prescripción del derecho a reclamar por cuanto considera que los ictus tienen un periodo de estabilización de seis meses como mínimo y el plazo de prescripción no comienza a correr sino desde que los daños están plenamente determinados. Destaca que es a lo

largo del año 2014 cuando se establecen las secuelas de la reclamante por lo que la reclamación presentada en el año 2015 estaría en plazo, siendo desproporcionado que, tras tres años de tramitación del procedimiento, la aseguradora de la Administración alegue la prescripción.

Considera que la inadecuación de la asistencia sanitaria fue mucho más allá de la mera pérdida de oportunidad e insiste en que el informe de alta no estaba firmado en contra de la Orden de 6 de septiembre de 1984.

A continuación rechaza el informe pericial aportado por la aseguradora. Entiende que las lesiones que padece la reclamante sí tienen relación causal con el ictus, tal y como recoge el informe pericial que aportó con la reclamación y también la resolución (con su dictamen de valoración) del INSS que declararon la incapacidad permanente total de la reclamante.

Igualmente rechaza la afirmación de ese dictamen en cuanto a la corrección de la asistencia sanitaria basándose en su dictamen, en el informe de la Inspección y en diversos contenidos del informe pericial de la Aseguradora de los que extrae la conclusión de que la asistencia no fue correcta.

Considera que la administración del dogmatil encubrió el ictus.

Por todo ello se ratifica en su escrito de reclamación inicial.

Aporta un artículo científico sobre la rehabilitación de los ictus, unos comentarios sobre el informe pericial de la aseguradora, firmado por dos de los peritos que emitieron el informe pericial que aportó con su reclamación así como el informe propuesta y la resolución de incapacidad.

Finalmente, el viceconsejero de Sanidad formuló propuesta de resolución, de 9 de julio de 2017, en la que propone al órgano competente para resolver desestimar la reclamación al entender que reclamación se encuentra prescrita y que la asistencia prestada se ajustó a la *lex artis*.

CUARTO.- El consejero de Sanidad formula preceptiva consulta por trámite ordinario que ha tenido entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el 19 de septiembre de 2017, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, al letrado vocal D. Carlos Yáñez Díaz, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberado y aprobado, por unanimidad, en el Pleno de la Comisión en su sesión de 8 de noviembre de 2017.

El escrito solicitando el informe preceptivo fue acompañado de la documentación que se consideró suficiente.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3 del Reglamento de Organización y funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

Con carácter previo, hemos de señalar que, en virtud de lo dispuesto en la Disposición Transitoria Tercera a) de la Ley 39/2015 de 1 de

octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, a este procedimiento le resulta de aplicación la normativa anterior por haberse iniciado antes de su entrada en vigor.

SEGUNDA.- La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico y Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), en cuanto es la persona que recibió la asistencia sanitaria que considera incorrecta.

Igualmente cabe admitir la legitimación del marido de la reclamante por los daños morales que afirma haber padecido.

Actúan representados por una procuradora de los tribunales con poder notarial al efecto.

Por el contrario no puede admitirse la reclamación por los daños morales padecidos por los hijos toda vez que estos eran mayores de edad a la fecha de presentación de la reclamación (folio 614) sin que sus padres ostenten su representación y sin que otorguen poder de representación a la procuradora que presenta la reclamación.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto la asistencia sanitaria se prestó en un centro sanitario público.

Por lo que se refiere al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, a tenor del artículo 142.5 LRJ-PAC, que se contará, en caso de daños de carácter físico o psíquico, desde que el hecho aconteció o desde la curación o determinación del alcance de las secuelas.

La propuesta de resolución, siguiendo el criterio de la aseguradora, considera que la reclamación está prescrita por cuanto se interpuso transcurrido un año del alta hospitalaria.

El alta hospitalaria se produjo el 23 de septiembre de 2013 (folios 257-265) y en la misma se recoge que tras el ingreso “*los síntomas remiten en parte y la paciente tolera sedestación y ya no refiere náuseas al alta (...) se procede al alta hospitalaria para seguimiento ambulatorio y control con TC cerebral*”.

El que legalmente se establezca como *dies a quo* aquel en el que se produzca la curación o la determinación del alcance de las secuelas conlleva el que, con frecuencia, esa fecha coincida con el alta hospitalaria, tal y como recogen las alegaciones de la aseguradora y la propuesta de resolución. Ahora bien, no cabe identificar sin más alta hospitalaria con estabilización de las secuelas. Como recoge la sentencia del Tribunal Supremo de 2 de abril de 2013 (recurso 3087/2012) considera que ha de estarse al momento en el que, en cada caso concreto, quedan estabilizadas las lesiones y secuelas.

En la sentencia del Tribunal Supremo de 27 de octubre de 2004 (recurso 5353/2000) se contempla un supuesto en el que los daños no están determinados en el momento del alta hospitalaria afirmando que no solo hay que distinguir entre el alta hospitalaria y el alta médica sino que ha de tenerse en cuenta la evolución posterior de la patología.

En este caso el informe del alta hospitalaria permite entender que el tratamiento continuaba al establecerse la necesidad de un TAC de control que cuando se realiza el 12 de diciembre no evita la necesidad de nuevas pruebas (resonancia) para determinar el origen de la debilidad en la pierna (folio 346). A su vez posteriormente recibe tratamiento por el Servicio de Traumatología por problemas debidos a la sobrecarga mecánica motivada por su forma de marcha tras el ictus (folios 394, 400) así como por Urología como consecuencia de una vejiga espástica que el

Servicio de Neurología califica el 3 de noviembre de 2014 como “*secuelar*” (folio 417).

Además ha recibido rehabilitación hasta el alta de 26 de noviembre de 2014 (folio 425).

Todas estas circunstancias permiten entender que las secuelas de la reclamante no estaban plenamente determinadas a la fecha del alta hospitalaria. De hecho el informe pericial presentado por la Aseguradora afirma que la evolución posterior de la reclamante no se puede explicar por el ictus de tal forma que “*solo podrían explicarse por una nueva lesión cerebral que haya pasado desapercibida en los estudios realizados*” (folio 665). Sin embargo en la asistencia prestada no existe ningún indicio de tal lesión y tanto los facultativos que la atienden como posteriormente los facultativos del INSS que realizan la valoración consideran estas secuelas en el marco de la evolución del ictus. De otro lado la afirmación que realizan los peritos es una mera suposición.

Por todo ello y teniendo en cuenta que la interpretación de la prescripción en casos dudosos debe ser restrictiva, tal y como señala la Sentencia del Tribunal Supremo de 3 de octubre de 2006 (Recurso 3304/2002), procede considerar que la reclamación está en plazo.

En cuanto al cumplimiento de los trámites previstos en las leyes y reglamentos aplicables, en particular en el Título X de la LRJ-PAC desarrollado por el RPRP se ha incorporado, conforme el artículo 10 del RPRP, el informe del Servicio al que se atribuye la producción del daño y se ha otorgado el trámite de audiencia contemplado en los artículos 84 de la LRJ-PAC y 11 del RPRP a la reclamante.

Si bien no consta que se haya concedido trámite de audiencia a la aseguradora de la Administración, al obrar en el expediente un escrito de

alegaciones en el que consta su posición y se aporta un informe pericial no puede considerarse que se haya producido indefensión.

Se ha solicitado el informe de la Inspección Sanitaria con el resultado ya expuesto.

TERCERA.- El instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración, que tiene su fundamento en el artículo 106.2 de la Constitución y su desarrollo en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC y, en la actualidad, en las Leyes 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas y 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, exige, según una constante y reiterada jurisprudencia, una serie de requisitos, destacando la sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2014 (recurso 4160/2011) que, conforme el citado artículo 139, es necesario que concurra:

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.

c) Ausencia de fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta.

Igualmente exige la jurisprudencia el requisito de la antijuridicidad del daño que consiste, no en que la actuación de la Administración sea

contraria a derecho, sino que el particular no tenga una obligación de soportar dicho daño (así sentencias de 1 de julio de 2009 (recurso 1515/2005) y de 31 de marzo de 2014 (recurso 3021/2011)).

CUARTA.- En las reclamaciones sobre responsabilidad patrimonial el criterio determinante es el cumplimiento o no de la *lex artis*, en cuanto buena práctica médica. La sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2008 (recurso 2364/2004) define este concepto indicando (FJ 4º), que: “*según jurisprudencia constante de esta Sala, un acto médico respeta la lex artis cuando se ajusta al estado de conocimientos de la comunidad médica en ese momento y, así, realiza lo que generalmente se considera correcto en el tipo de situación de que se trate*”.

Igual definición se recoge en la jurisprudencia civil, así la sentencia del Tribunal Supremo (Sala 1ª) de 30 de marzo de 2012 (recurso 1050/2009) considera que:

“(...) es obligación del médico realizar todas las pruebas diagnósticas necesarias, atendido el estado de la ciencia médica en ese momento, de tal forma que, realizadas las comprobaciones que el caso requiera, sólo el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad o unas conclusiones absolutamente erróneas, puede servir de base para declarar su responsabilidad, al igual que en el supuesto de que no se hubieran practicado todas las comprobaciones o exámenes exigidos o exigibles”.

Por ello, la Administración no causa un daño antijurídico si su actuación no ha sido efectiva, pese a haberse aportado los medios necesarios actuando conforme la *lex artis* tal y como afirma la sentencia del Tribunal Supremo de 24 de mayo de 2011 (recurso 2192/2010) y la más reciente de 11 de abril de 2014 (recurso 4221/2012).

Como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en sentencia de 18 de marzo de 2016 (recurso 154/2013): *“Las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales medicas pues se está ante una cuestión eminentemente técnica y como este Tribunal carece de conocimientos técnicos-médicos necesarios debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos. En estos casos los órganos judiciales vienen obligados a decidir con tales medios de prueba empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica con el fin de zanjar el conflicto planteado”*.

El problema a determinar es si la asistencia prestada en las Urgencias del HUM se ajustó a esa *lex artis* tanto en la anamnesis, la exploración de la paciente, el tratamiento pautado y el alta que se concedió a la reclamante en ese mismo día.

Ha de recordarse que, según el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, la carga de la prueba en los procedimientos de responsabilidad patrimonial corresponde a quien la reclama sin perjuicio de que se pueda modular dicha carga en virtud del principio de facilidad probatoria. Como recuerda la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de junio de 2017 (recurso 909/2014):

“Este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 1985, 9 de junio de 1986, 22 de septiembre de 1986 , 29 de enero y 19 de febrero de 1990 , 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998), todo ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente

procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (Sentencias Tribunal Supremo (3ª) de 29 de enero , 5 de febrero y 19 de febrero de 1990 , y 2 de noviembre de 1992, entre otras)”.

En este caso, la reclamante ha aportado un informe pericial que considera que la asistencia prestada no se ajustó a la *lex artis*, criterio que comparte el informe de la Inspección Sanitaria. Frente a ello el informe del Servicio de Urgencias del HUM y un informe pericial aportado por la Aseguradora consideran que la asistencia fue correcta.

Ante la diversidad de pronunciamientos resulta complicado aplicar la sana crítica a la que se refiere el artículo 348 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Es reiterada la doctrina de esta Comisión que reconoce el especial valor de la opinión de la Inspección Sanitaria tal y como reconoce el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, así la sentencia de 16 de marzo de 2017 (recurso 155/2014) recuerda que:

“Ha de tenerse en cuenta que, si bien tanto el informe de la Inspección Sanitaria como el resto de los que obran en el expediente administrativo no constituyen prueba pericial en sentido propiamente dicho, sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también 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”.

En este caso, ante la claridad con la que se pronuncia el informe de la Inspección cabe darle un especial valor sin perjuicio de su confrontación con los demás informes médicos.

Las cuestiones clave consisten en determinar: 1º Si la asistencia del SUMMA fue correcta; 2º Si en Urgencias se tuvieron en cuenta adecuadamente los síntomas que presentaba la reclamante; 3º Si se realizaron todas las pruebas necesarias; 4º Si la administración de dogmatil intravenoso fue correcta; 5º Si el médico interno residente que atendió a la reclamante podía dar el alta por sí solo.

En cuanto a lo primero, la lectura de los informes y de la transcripción de la llamada al SUMMA 112 no permite entender que su actuación fuera incorrecta. No es posible movilizar un recurso por una persona que no puede desplazarse a un centro médico al presentar vómitos. La actuación del facultativo al prescribir un antiemético e indicar que tan pronto como produjera efectos acudieran a un hospital ha de considerarse correcta en ausencia de otros datos.

Respecto a la asistencia en Urgencias ha de considerarse que no se prestó la atención debida a la elevada tensión arterial que presentaba la reclamante. Así lo entienden los peritos de la reclamante y la Inspección en tanto que el informe del Servicio alude que no era una crisis hipertensiva aludiendo a que así se puede comprobar en cualquier texto médico. Frente esa explicación, más bien pobre, los demás informes sí aluden a que la hipertensión era un signo a valorar en tanto que en la historia clínica no se recoge ninguna valoración de la misma lo cual es incluso criticado en el informe pericial de la Aseguradora que consideran que el facultativo lo atribuiría al llamado "*síndrome de la bata blanca*" por la tensión del paciente en el Hospital.

Todo ello induce a pensar que no se prestó a la elevada cifra de tensión arterial la atención que merecía especialmente en un contexto en el que había que plantearse el ictus como posible diagnóstico diferencial.

La Inspección destaca igualmente que no se hizo constar el factor de riesgo que suponía ser fumadora (que sí aparece en otros informes). Tampoco se realizaron exploraciones complementarias como un electrocardiograma ni una analítica. Al hacer constar que el Romberg era positivo no se indica la lateralización de la marcha. Todo ello permite entender al Inspector que una exploración completa hubiera permitido decidir la práctica de una prueba de imagen que hubiera revelado el ictus.

El contenido del informe de la Inspección es claro y se ve respaldado por el informe pericial aportado por los reclamantes. Por el contrario, el informe pericial aportado por la aseguradora, si bien concluye que la actuación sanitaria fue correcta, lo cierto es que efectúa numerosas críticas a la asistencia prestada. Así cabe destacar:

- “No queda reflejada la exploración de la marcha, y tampoco se anotan las maniobras de exploración vestibular específicas (aunque el nervio vestibulococlear es el VIII par craneal y sí figura una exploración normal de los pares craneales). (...) Por el informe de atención en Urgencias se intuye que la paciente acude muy sintomática a la Urgencia pues ha precisado de Torecan para poder desplazarse al Hospital. (...) No aparece la dosis pero lo habitual es (...)” (folio 655).

- “Llama la atención que no se hubiera hecho un control de los valores de tensión arterial previos al alta. (...) No se realizaron otras pruebas como la maniobra de DixHallpike o la del Impulso Cefálico” (folio 656).

- “No se completó el examen físico con otras pruebas vestibulares, pero incluso haciendo todas las que se pueden llevar a cabo en un servicio de urgencias, no son siempre concluyentes en paciente con daño vestibular” (folio 657).

-“La mejoría sintomática tras el fármaco pudo dar lugar a un error de interpretación del origen de los síntomas, pero en casos de origen central del síndrome vertiginoso la mejoría no suele ser significativa con este tipo de tratamiento, siendo muchas veces la falta de respuesta mismo, lo que motiva ampliar el estudio, Teniendo en cuenta la exploración y la importante discapacidad que provocaban los síntomas a la paciente, lejos de querer enmascarar la etiología, el primer objetivo del médico fue el alivio sintomático” (folio 658).

-“Es probable que el médico considerase las cifras de tensión arterial en el contexto de estrés emocional pero no debe darse por supuesta esta situación” (folio 659).

-“No haber pedido una prueba de imagen cerebral puede entenderse dentro del escenario clínico de mejoría sintomática” (folio 660).

Estas referencias llevan a la conclusión de que la asistencia prestada no fue la adecuada sin que se realizasen todas las pruebas necesarias, no prestando la atención debida a signos como la tensión arterial elevada o el Romberg y administrando un medicamento que, pese a mejorar temporalmente el estado del reclamante, enmascaró la patología basal y llevó a un diagnóstico y alta inadecuados.

Debe hacerse una referencia a que el alta fuese dada por un médico interno residente de segundo año.

La Orden de 6 de septiembre de 1984 por la que se regula la obligatoriedad del informe de alta se limita indicar que el informe de alta llevará el nombre apellidos y rúbrica del médico responsable. La exigencia de la rúbrica debe ser interpretada sobre la base de la necesaria informatización y la referencia al “*médico responsable*” no excluye a los MIR.

De otro lado, el artículo 15 del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada establece que solo los MIR de primer año precisaran el visado del adjunto para dar altas. La supervisión después del primer año tendrá carácter decreciente y a tal efecto el tutor del residente podrá dictar instrucciones específicas, teniendo en todo caso el residente derecho a conocer a los profesionales presentes en la unidad en la que preste servicios, pudiendo recurrir y consultar a los mismos cuando lo considere necesario.

En este caso, cabe entender que, en una paciente en la que los signos clínicos no eran claros y que exigía que el médico se plantease como diagnóstico diferencial el ictus, una correcta actuación exigía consultar con el médico adjunto antes de dar el alta.

Por todo ello cabe entender que la actuación sanitaria no se ajustó a la *lex artis* y que se produjo una pérdida de oportunidad en el tratamiento a la reclamante.

QUINTA.- Lo expuesto conlleva la necesidad de valorar el daño causado.

La pérdida de oportunidad según la sentencia del Tribunal Supremo de 19 de octubre de 2011 (recurso 5893/2006) se caracteriza por la incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o minorado el deficiente estado de salud del paciente, con la consecuente entrada en juego a la hora de valorar el daño así causado de dos elementos o sumandos de difícil concreción, como son, el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido ese efecto beneficioso, y el grado, entidad o alcance de éste mismo.

En estos casos la valoración del daño resulta especialmente compleja por cuanto ha de tener en cuenta esos dos criterios.

El informe de la Inspección afirma que no es posible determinar cuáles hubieran sido las secuelas en caso de haberse logrado un diagnóstico correcto en Urgencias y el informe pericial aportado por los reclamantes valora el estado actual de la reclamante y afirma que todas esas secuelas son consecuencia del retraso e igualmente los días de incapacidad temporal pero, por el contrario, no considera posible determinar los días de hospitalización que hubieran podido ser evitados.

Resulta muy significativa la sentencia de la Audiencia Nacional de 13 de noviembre de 2013 (recurso 187/2011) confirmada en casación por el Tribunal Supremo en sentencia de 25 de septiembre de 2015 (recurso 4030/2013) que, partiendo de un informe pericial que valora en un 33% las posibilidades de éxito (en cuanto a reducción de secuelas) si se aplica tempranamente el tratamiento a los ictus, considera que ha de valorarse el daño por pérdida de oportunidad reduciendo 2/3 la indemnización de la totalidad del daño.

En este caso concreto y ante la falta de otros datos sobre cuál sería el porcentaje de pérdida de oportunidad esta Comisión considera aplicable el criterio recogido en esa sentencia.

De esta forma y partiendo de la valoración pericial del daño aportada por los reclamantes cabe efectuar la siguiente valoración:

-Hemiparesia derecha con incapacidad funcional severa (40-60 puntos).

Ante la necesidad de la reclamante de ayuda para las actividades de la vida diaria incluida el aseo (folio 416) cabe reconocer 55 puntos.

-Incontinencia urinaria permanente (30-40 puntos). Se valora con 30 puntos al constar en la historia la escasa colaboración de la reclamante en el tratamiento pautado (folio 418).

-Deterioro cognitivo y depresión.

No se admite esta secuela por cuanto en la historia clínica no se localiza ninguna referencia a la misma. En el citado informe pericial se recoge que se recoge en el informe del centro de salud de 9 de junio de 2014 pero en el mismo no se hace referencia a que esté en tratamiento por esta patología. Tan solo se marca la casilla alteraciones cognitivas (folio 132) y en el cuestionario de salud de Golberg se marcan diversas casillas relativas a la depresión. Ahora bien, esto no quiere decir que la reclamante tenga diagnosticada una depresión y de hecho no consta en los problemas de salud y la situación clínica que recoge el facultativo en el citado informe (folio 129).

En cuanto al perjuicio estético habida cuenta de la imposibilidad de la reclamante de caminar sin ayuda cabe reconocer 24 puntos como un perjuicio estético importante.

En cuanto a los días de hospitalización puesto que no existe criterio alguno que permita entender que un diagnóstico precoz hubiera disminuido el periodo de hospitalización no se reconocen tales días tal y como recoge el propio informe pericial de los reclamantes.

En cuanto a los días improductivos desde el 30 de septiembre de 2013 (fecha del alta hospitalaria) hasta la última valoración por Neurología el 3 de noviembre de 2014 se trata de 398 días.

Por todo ello, conforme el Baremo recogido en la normativa para valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación actualizado por Resolución de 5 de marzo de

2014, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, cabe efectuar la siguiente valoración.

-398 días x 58,41 euros/días= 23.247,18 euros.

-85 puntos de secuelas físicas x 2.495,20 euros= 212.092 euros.

-24 puntos de secuelas estéticas x 1.058,69 euros= 25.408,56 euros.

Aplicando el factor de corrección del 10% salvo al daño estético (Dictamen 520/16, de 17 de noviembre) resulta un total de 284281,65 euros.

Aplicando la reducción de 2/3 por pérdida de oportunidad resulta un total de 94.760,55 euros.

A ello ha de añadirse la indemnización por daño moral al reclamante en cuanto esposo de la reclamante y que consta en la historia clínica es su cuidador. Esta Comisión considera adecuada una indemnización de 10.000 euros, teniendo en cuenta el porcentaje de reducción que se ha aplicado al tratarse de una pérdida de oportunidad.

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

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la presente reclamación de responsabilidad patrimonial y reconocer a los reclamantes una indemnización de 104.760,55 euros.

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 8 de noviembre de 2017

La Vicepresidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 461/17

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid