

Dictamen n.º: **565/24**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **26.09.24**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 26 de septiembre de 2024, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por D. por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada por el Hospital Universitario La Paz en el diagnóstico de un ictus.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado en el registro del Servicio Madrileño de Salud el día 11 de marzo de 2023, el interesado antes citado, representada por abogado, formula reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada por el Hospital Universitario La Paz en el diagnóstico de un ictus (folios 1 a 11 del expediente administrativo).

Según expone en su escrito, el reclamante, de 60 años, acababa de jubilarse como bombero del Grupo Especial de Rescate en Altura de la Comunidad de Madrid (GERA). El sábado 12 de marzo de 2022

salió a pasear en bici con su hijo de 12 años cuando de repente sintió sensación de mareo, visión borrosa y dolor en el hombro derecho, entumecimiento y pérdida de fuerza, por lo que alertó al niño y le dijo cómo llamar al 112 si no conseguía llegar al centro de Salud.

Refiere que, poco antes de las 14 horas ingresó en el Centro de Salud de Soto del Real, desde donde pidió ayuda por teléfono a compañeros del Cuerpo de Bomberos. Manifiesta que una compañera, bombero de profesión, con 19 años de experiencia y formación técnica avanzada en emergencias médicas, acudió en su ayuda al Centro Salud Soto del Real. Allí le hicieron un electro, que estaba bien, pero que los sanitarios *“no le han podido coger la tensión en el brazo derecho”* y que le recomendaron que le trasladaran a Urgencias en vehículo particular porque si solicitaban el traslado en ambulancia se podría demorar unas tres horas.

De acuerdo con el escrito de reclamación, la llegada a Urgencias del Hospital Universitario La Paz se produjo a las 15.00 horas con episodios de pérdida de visión y debilidad en el brazo derecho (estaba entumecido y frío), desorientación y dificultad para recordar palabras y tras la realización de un escáner sin resultados positivos, a las 19 horas se le propuso el alta. Al estar acompañando a la familia algún miembro del equipo de bomberos GERA, por su experiencia profesional, pusieron de manifiesto la posibilidad de que se tratara de un ictus y solicitaron que se investigara su condición cardíaca. Además, la esposa del reclamante se puso en contacto con un neurólogo que les informó que *“un escáner puede ser negativo en las primeras horas de un ictus y es negativo siempre en una isquemia cerebral transitorio, que es un ictus que no deja secuela, pero puede repetirse”* y que les recomendó que le realizaran un Doppler de carótidas y Doppler transcraneal para analizar si existía alguna anomalía en las arterias cerebrales.

El reclamante dice que a las 20:30 horas el neurólogo comunicó que padecía migraña con aura y que, en el caso de que fuera un ictus, *“mejor no hacer nada para que se resuelva solo”*, proponiendo dejar al paciente en observación. Además, dice que, pese a haber advertido su esposa que en una revisión del Cuerpo de Bomberos le había detectado un engrosamiento de la aorta, este dato no fue tenido en cuenta en la valoración por el neurólogo que le dejó en observación toda la noche con *“dolor de cabeza insoportable”* y que solicitó, a la vista del dolor persistente, una resonancia magnética para que se realizase a lo largo de la mañana. Pasadas unas horas presentó fiebre y se le realizó una punción lumbar para descartar meningitis. Refiere que, a las 14 horas, presentó asimetría facial izquierda, activándose en ese momento el código ictus. Se le diagnosticó una disección de aorta y entró en quirófano a las 18 horas en estado muy grave.

Considera que se produjo una demora en el diagnóstico del ictus que sufrió por infravalorar los síntomas y la causa de la oclusión arterial que padecía, ocasionándole graves consecuencias, al haber sufrido un infarto cerebral por oclusión trombótica de la arteria carótida derecha.

Como consecuencia de lo anterior, el reclamante padece hemiplejía izquierda, trastorno cognitivo y trastorno de la afectividad con ansiedad generalizada y alta dependencia de terceras personas por las que el 13 de diciembre de 2022 se le reconoció un grado de limitación en la actividad global del 75% y un grado total de discapacidad del 78%. Por todo ello, para el resarcimiento de los daños y perjuicios ocasionados, solicita una indemnización provisionalmente cuantificada en 584.240,59€, cantidad resultante de la suma de 300.000 euros por el trastorno cognitivo y trastorno de la afectividad; 100.000 euros por daños morales anejos al daño

psico-físico padecido; (el reclamante era una persona deportista y viajera); 150.000 euros para su esposa, por pérdida de calidad de vida de familiares de grandes lesionados; 17.328,85 euros por daño patrimonial, por los gastos generados por el daño cerebral sufrido; 8.000 euros por gastos de adaptación de la vivienda y, finalmente, 7.035 euros por ayuda por tercera persona.

Acompaña su escrito con copia del registro electrónico de apoderamientos del Gobierno de España, *“para cualquier actuación administrativa y ante cualquier administración pública”*; copia de un contrato de servicios con un centro de tratamiento de lesión cerebral para la realización de rehabilitación especializada; diversas facturas de ortopedia y centros sanitarios; informes médicos; un informe del ecocardiograma transtorácico realizado, con fecha 19 de febrero de 2018, en la revisión realizada por el Cuerpo de Bomberos en el que se diagnosticaba *“leve dilatación de la raíz AO a nivel de los senos de Valsalva 40 mm de diámetro máximo sin progresión respecto a previos. I. AO leve grado I-II”* y Resolución de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad, de 13 de diciembre de 2022, por la que se le reconoce al reclamante un grado de discapacidad del 78% (folios 12 a 91).

Con fecha 28 de marzo de 2023, tras serle requerido por la Administración, presenta copia del libro de familia y de la inscripción del matrimonio en el Registro Civil.

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

El reclamante, nacido en 1961, con antecedentes personales de hiperplasia benigna de próstata, ateromatosis de arteria aorta infrarrenal, migraña episódica desde la juventud, sin episodios en años, enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), sin tratamiento habitual en ese momento, el día 12 de marzo de 2022 fue atendido

en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud Manzanares El Real, tras montar en bicicleta unos 20 minutos sin apenas esfuerzo. *“Ha notado mareo sin sensación de giro de objetos ni cortejo vegetativo asociado. Refiere dolor en antebrazo derecho a nivel de hombro y flexura que ya ha desaparecido. Náuseas que han remitido, sin vómitos asociados. No diarrea. Visión borrosa bilateral (más izquierda)”*. TAS:11 O; TAD:70 (se anota: toma de TA difícil en brazo derecho-silencio en tres tomas de TA); frecuencia cardíaca 67 lpm; saturación O₂: 97%; glucemia capilar 87.

Sudoroso y muy frío, con palidez mucocutánea; auscultación pulmonar y cardíaca normal; ECG: normal (no signos de isquemia aguda, no alteraciones en la repolarización); abdomen normal, sin masas ni hernias; pulsos inguinales fuertes y simétricos; alerta y orientado; exploración neurológica normal; miembros inferiores normales, sin edemas con pulsos periféricos normales. Con el juicio clínico de *“mareo a filiar”*, fue derivado al Servicio de Urgencias hospitalario para analítica, seriación de enzimas y troponina y valoración por Oftalmología.

Se anota: *“presenta constantes, ECG y exploración neurológica normal por lo que se deriva en vehículo de una amiga”*.

El paciente llegó al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario La Paz a las 15:03 horas refiriendo que ese día, a la 12:30 horas, mientras se encontraba montando en bicicleta, *“comienza de forma progresiva con sensación de visión borrosa y fosfenos (de forma generalizada pero más marcada en lado derecho) sumado a sensación de dolor/acorchamiento de miembro superior derecho (sin afectar a cara) y sensación de confusión (sabía lo que pasaba y recuerda lo ocurrido pero presentaba algunas lagunas, como ciertas conversaciones y nombres de las personas que le atendieron)”*.

Momento después de la clínica visual y sensitiva comienza de forma progresiva con cefalea holocraneal (EVA 6/1 O), náuseas (sin vómitos), foto y sonofobia, sin signos trigeminoautonómicos ni signos de HTIC.

Acude con la bicicleta hasta un centro de salud cercano donde toman constantes que se encontraban dentro de la normalidad. En dicho momento refiere que comenzó a notar frío en las manos, sin otro cortejo vegetativo. Refiere mejoría progresiva de la clínica en las horas siguientes, con persistencia a nuestra valoración en el Servicio de Urgencias de sensación de cefalea, confusión/aturdimiento y ocasionales alteraciones visuales (en mejoría) sin persistencia de la clínica sensitiva.

Relata cefaleas previas en su pasado migrañosas, pero sin clínica similar o sugestiva de aura. Niega TCE, ni fiebre, ni infección ni síndrome constitucional. Consumo hace un mes de una galleta de cannabis refiriendo que la sensación de entonces le recordaba a la actual. Niega consumo de tóxicos en los días previos”.

A la exploración, TA (mm Hg): 127/65; TA media (mm Hg): 86; frecuencia cardiaca: 65 latidos/minuto; saturación de oxígeno basal: 100%. Buen estado general; eupneico en reposo sin oxígeno suplementario; normohidratado, normoperfundido y normocoloreado.

Exploración neurológica: atento y en alerta; orientado en tiempo, espacio y persona; colaborador; obedece órdenes sencillas y complejas. Lenguaje fluente con nominación, repetición y comprensión sin alteraciones; no alteración para la emisión del lenguaje.

Ortotropía en posición primaria de la mirada; pupilas dilatadas farmacológicas; campimetría por confrontación sin alteraciones; MOEs sin restricciones; no diplopía ni nistagmo.

No asimetría facial; úvula centrada; lengua centrada en protusión, sin alteraciones en la movilidad.

No claudicación en maniobras antigravitatorias en las cuatro extremidades; BM global: 5/5; reflejo cutáneo plantar (RCP) flexor bilateral; Hoffman negativo bilateral; no alteraciones en la sensibilidad táctil; reflejos de estiramiento muscular (REM) ++/++++; no dismetría en la maniobra dedo-nariz ni talón-rodilla; no signo de negligencia. Praxias preservadas. Recuerdo diferido falla en los primeros intentos. En revaloraciones es capaz de recordar 3/4 de forma espontánea.

Fondo de ojo: papilas nítidas.

Arterias temporales isopulsátiles. Leve dolor en ambos NOM (no signos meníngeos).

Analítica de sangre (15:26 horas): se destaca únicamente leucocitosis con neutrofilia y valores de troponina I normales.

Análisis de tóxicos en orina: negativos.

TAC de cráneo sin CIV: sin evidencia de sangrado intra ni extraxiales; línea media centrada; sistema ventricular de tamaño y morfología conservada; no se aprecian alteraciones morfológicas ni de atenuación hemisferios cerebelosos ni tronco encefálico; no se identifican líneas de fractura. Conclusión: sin signos de patología intracraneal aguda.

A las 19:44 horas fue valorado por Oftalmología. En ese momento el paciente comentó que la visión borrosa había desaparecido en un 80-90%. Se realiza exploración oftalmológica concluyendo que no presentaba patología oftalmológica urgente en ese momento.

La primera impresión diagnóstica con esos datos era de probable migraña con aura.

Evolución: el paciente permaneció clínica y hemodinámicamente estable. Afebril. Tras la administración de enantyum 25 mg la cefalea mejora hasta un nivel de 3/10 en la escala EVA.

“Refiere mejoría de la sintomatología visual, sintomatología cognitiva fluctuante con fallos de memoria y momentos de confusión (dificultad para recordar acontecimientos sucedidos durante el día y para expresar sus síntomas) y discurso reiterativo con familiares a través del teléfono. El paciente es explorado en varias ocasiones sin observarse signos de focalidad neurológica.

Plan: ante la persistencia de síntomas, se decide mantener en observación en Urgencias. Re-evaluaremos por la mañana”.

Según figura en la historia clínica, a las 7:20 horas del día 13 de marzo: el paciente se encontraba consciente y orientado; hemodinámicamente estable, afebril y saturación en basal de 97%; *“refiere cefalea continua, se administra analgesia; resto sin incidencias”.*

Después, fue reevaluado por Neurología el 13 de marzo: el paciente se ha mantenido hemodinámicamente estable y afebril. Refiere odinofagia y persistencia de la cefalea que ha fluctuado a lo

largo de la noche, sin mejoría total con la analgesia pautada (metamizol, dexketoprofeno, paracetamol alternante).

No ha vuelto a presentar síntomas visuales ni sensitivos, aunque persiste sensación de enlentecimiento del pensamiento y fallos mnésicos.

Exploración neurológica: *“consciente, orientado, alerta, colaborador; lenguaje espontáneo sin alteraciones; no disartria; no apraxias; fallos mnésicos (1/3 en test de memoria anterógrada). Pupilas isocóricas y normoreactivas; MOE sin restricciones; no asimetrías faciales; lengua centrada en protusión; nervios craneales bajos normales. SM: tono y trofismo conservado; BM 5/5 en las cuatro extremidades; sensibilidad conservada y simétrica; no dismetría ni disdiadococinesia”.*

Ante la persistencia de sintomatología, se comentó el caso con Neurorradiología para solicitar RM cerebral urgente.

Se indicó continuar el seguimiento de la evolución del paciente con reevaluación.

Según anotación de Enfermería en la historia clínica a las 13:48 horas: *“pasa buena mañana, mantiene buenas constantes, mantengo sueroterapia, no precisa analgesia de rescate, hago PCR por posible ingreso”.*

El paciente fue revalorado por tres neurólogos reflejándose en la historia:

“Acudimos a revalorar al paciente mantiene cefalea de intensidad 6/10 a pesar de analgesia pautada. Refiere sensación de malestar general con molestias faríngeas inespecíficas manteniendo cierta sensación de que no recuerda bien las cosas.

La esposa enseña mensajes de texto en los que el paciente envía sólo símbolos sin ninguna palabra desde mediodía, siendo normales los mensajes de texto enviados previamente por la mañana”.

Exploración física: temperatura de 37,2°C a las 13:30 horas y de 36,1°C a las 15:00 horas; tensión sistólica 155 mm Hg; tensión diastólica 85 mm Hg; frecuencia cardíaca de 64 lpm; saturación de oxígeno-basal 96%.

Alerta, orientado parcialmente en tiempo (falla el día del mes) y en lugar (sabe que está en el hospital, pero inicialmente no recuerda el nombre del mismo); algo bradipsíquico; nomina objetos; repite frases; lenguaje fluido sin parafasias; recuerda 1/3 palabras, aunque recupera con pistas; no disartria.

Pupilas isocóricas y normoreactivas; MOEs sin restricciones, no nistagmus ni diplopía; no alteraciones campimétricas.

No asimetría facial; lengua y úvula centradas.

Mantiene las cuatro extremidades en contra de la gravedad sin claudicación de las mismas; no alteraciones sensitivas; no dismetría; signos meníngeos negativos.

“Dada la persistencia de ligera confusión con la aparición reciente de febrícula, se decide la realización de punción lumbar con presión de apertura 21 cmH₂O y que se realiza sin complicaciones con firma de Consentimiento Informado”.

Informe del estudio de líquido cefalorraquídeo: transparente, incoloro; se destaca únicamente proteínas totales 47.9 mg/dl con rango de normalidad 15-45.

Al finalizar el procedimiento, impresiona que el paciente presenta leve asimetría facial con menos movilidad del macizo facial inferior izquierdo y abolición del reflejo nauseoso izquierdo, sin otros datos de focalidad neurológica nuevos.

“Dada la progresión de la clínica, se comenta de nuevo el caso con Neurorradiología, quienes consideran que en ese momento no está indicada RNM cerebral urgente, solicitándose, por tanto, TC craneal urgente donde se visualiza una hipodensidad con pérdida de la diferenciación corticosubcortical que afecta la corteza insular y opérculo frontal derecho (M1), sugestivos de signos de isquemia aguda en el territorio de ACM-O (arteria cerebral media derecha)”.

Ante estos hallazgos, se solicitó angio-TC de troncos supraaórticos/arterias cerebrales/Tc de aorta torácico-abdominal de cuyos resultados se destacan los siguientes (informe verbal a las 17:00):

“Se observa flap intimal en aorta torácica ascendente desde la raíz aórtica extendiéndose hasta la transición aórtica toraco-abdominal. Se observan además múltiples reentradas del flap intimal en aorta ascendente y cayado aórtico lo que dificulta la valoración de la salida de los grandes vasos.

Estos hallazgos están en relación con disección de aorta tipo A de la clasificación de Stanford y tipo 1 de la clasificación DeBakey. La luz falsa se encuentra permeable, con un tamaño de 24mm en aorta torácica descendente, que comprime de forma llamativa la luz verdadera. No se observa hematoma mediastínico, ni hemopericardio, ni hemotórax, ni extravasados del contraste que sugieran rotura aórtica ni signos radiológicos de taponamiento cardíaco.

Ramas viscerales: el flap intimal progresa hacia el tronco braquiocefálico derecho donde se observa un trombo a la altura de la bifurcación entre la arteria subclavia derecha y la arteria carótida común derecha la cual se encuentra trombosada”.

Ausencia de repleción de contraste (oclusión completa) de la arteria carótida común derecha con recanalización a partir de la arteria carótida interna probablemente por colaterales de la arteria carótida externa.

La arteria subclavia derecha se encuentra permeable distalmente. Ausencia de contraste en la rama superior del segmento M2 de la arteria cerebral media derecha que se repermeabiliza distalmente y con ausencia de contraste en ramas corticales M4. Arterias vertebrales permeables de calibre normal.

Según refleja la historia clínica:

“Es difícil de valorar, pero parece extender el flap intimal hacia el origen de la arteria carótida común izquierda y la arteria subclavia izquierda, estando las dos permeables.

Ambas coronarias se encuentran permeables, no obstante, la luz verdadera se encuentra muy colapsada a la salida de las mismas, siendo difícil valorar su origen.

La coronaria derecha presenta una dilatación fusiforme en su origen con un calibre distal de tamaño normal.

Los troncos principales de aorta abdominal tienen un origen en la luz verdadera y se encuentran permeables sin signos de hipoperfusión de vísceras abdominales”.

Tórax: no se observan adenopatías axilares ni hiliomediastínicas en rango patológico. En parénquima pulmonar, sin alteraciones significativas. Áreas de hipoventilación en ambas bases.

Abdomen-pelvis: hígado de bordes lisos y atenuación homogénea. No se observan claras LOES. Vesícula, vía biliar, páncreas, bazo, glándulas suprarrenales y ambos riñones, sin alteraciones significativas, salvo quistes corticales simples en riñón izquierdo. Vejiga replecionada, sin alteraciones aparentes. Asas de calibre normal, sin realces patológicos.

No se observan adenopatías intraabdominales en rango patológico. No líquido libre. Leves cambios degenerativos en esqueleto óseo.

Se diagnosticó: *“infarto cerebral en territorio de la arteria cerebral media derecha de etiología inhabitual; disección de aorta ascendente, que afecta la salida de los troncos supraaórticos y también de aorta descendente hasta la transición toracoabdominal (tipo A de la clasificación de Stanford); oclusión a la salida de la división de de ACC-D y A. subclavia derecha, con oclusión completa de ACC-D”*.

Se informó tanto al paciente como a sus familiares de los resultados de la prueba radiológica. Se avisó de manera urgente a Cirugía Cardíaca quienes ingresan al paciente en REA vital.

A las 18:00 horas se realizó intervención quirúrgica emergente consistente en sustitución de raíz aórtica y arco aórtico, tipo Bentall mee con tubo valvulado ONX 25 y prótesis EON 26-26-120 mm con reimplante de tronco braquiocefálico, arteria coronaria izquierda y bypass extraanatómico a la arteria subclavia izquierda y ligadura de la vena innominada.

Tiempo de CEC (circulación extracorpórea): 380 minutos; tiempo de parada circulatoria: 65 minutos; tiempo de perfusión cerebral trilateral selectiva: 120 minutos (65+55 minutos); tiempo de isquemia: 300 minutos.

El paciente permaneció ingresado en UCI desde el día 13 de marzo hasta el día 28 de ese mismo mes, presentando problemas a nivel respiratorio, hemodinámicos, renal, abdominal, endocrino, infeccioso y neurológico.

El día 28 de marzo, es trasladado a planta de hospitalización donde no presentó complicaciones relevantes.

Se solicita traslado a centro de recuperación de daño neurológico.

El paciente solicita el alta voluntaria que se efectúa el 8 de abril de 2022 por la demora en la adjudicación de plaza en el citado centro.

El 27 de septiembre de 2022. le fue reconocido un grado total de discapacidad del 78% con dificultad para la movilidad.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 de la LPAC, se ha incorporado al expediente un informe del jefe de Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital Universitario La Paz, de 5 de abril de 2023, que dice:

«El día 13 de marzo de 2022 se nos solicita valoración emergente por el paciente (...) con diagnóstico de Síndrome aórtico agudo

tipo disección aguda tipo A, con síndrome de mala perfusión cerebral, con oclusión del tronco braquiocefálico y arteria carótida derecha con indicios isquemia cerebral aguda en dicho territorio (Informe verbal del servicio de Radiología a las 17:00). Tras valoración emergente del caso clínico, se traslada a quirófano para cirugía emergente con entrada en el bloque quirúrgico a las 17:50 y pudiente iniciar el procedimiento quirúrgico a las 18:30 h. Tal y como se refleja en el informe quirúrgico se le realizó "sustitución de raíz aórtica y arco aórtico, tipo Bentall mee con tubo valvulado ONX 25, y prótesis EON 26-26-120 mm con reimplante de TBC, CI y bypass extraanatómico a la a.subclavia izquierda y ligadura vena innominada".

Tras la cirugía el paciente fue trasladado a la Unidad de Reanimación Cardiorrespiratoria (URCT). En dicha Unidad presentó isquemia extensa del territorio de la arteria cerebral media derecha, con alta probabilidad de transformación hemorrágica. El día 28/03/22 el paciente es trasladado a la planta de hospitalización convencional donde se solicita traslado a centro de recuperación de daño neurológico. Ante la falta de demora en la adjudicación del centro, el paciente y familiar solicitan alta voluntaria el día 9 de abril de 2022, y facilitamos consulta sucesiva de revisión en nuestro Servicio el día 30/05/2022. Durante dicha revisión se solicita derivación preferente al servicio de Neurología entre otras derivaciones y solicitud de pruebas.

Actualmente en seguimiento activo por parte de Cirugía Cardíaca de su proceso de síndrome aórtico agudo intervenido».

Con fecha 18 de abril de 2023, emite informe la coordinadora de Urgencias de Adultos del Hospital Universitario La Paz que, tras relatar la asistencia prestada al paciente, concluye:

“La disección aortica es un proceso de extrema gravedad y escasa frecuencia. Se caracteriza por la aparición súbita de un dolor torácico intenso, lacerante que obliga a pautar anestesia de tercer escalón. Es un proceso progresivo que añade al dolor torácico lacerante, una focalidad isquémica, sumatoria, progresiva y fluctuante caracterizada por: shock cardiogénico por rotura proximal dentro del pericardio. Síndrome coronario agudo por disección de arterias coronarias. Isquemia aguda de miembros superiores, hemiplejia y/o afasia. Abdomen agudo secundaria isquemia mesentérica. Dolor lumbar agudo secundario isquemia renal. El síndrome confusional con fiebre que presentaba el paciente no se incluye en los síntomas iniciales guías de sospecha.

La evolución en numerosos síndromes clínicos (dolor abdominal, dolor torácico, síndrome confusional, síndrome febril, politraumatismos) en el proceso es fundamental para el diagnóstico de los pacientes, al ir disminuyendo la zona de penumbra en las decisiones clínicas, diagnósticas y terapéuticas que se aplican en dichos síndromes.

En la reclamación se especula con un posible retraso en el diagnóstico de un ictus. Como se objetiva en la información referida, no se trata de un ictus sino de un síndrome de disección aorta con síntomas iniciales totalmente atípicos que no hacían sospechar esta posibilidad hasta la aparición de focalidad neurológica concluyente.

La actuación del servicio de urgencias tanto en la fase diagnóstica como terapéutica se ajusta a la máxima “lex artis” del actual conocimiento médico”.

Aparece también en el expediente un informe del jefe de Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital Universitario La Paz, de

31 de marzo de 2023 que hace un breve resumen de la asistencia dispensada al paciente por dicho servicio.

Se ha incluido la historia clínica del paciente en el Hospital Universitario La Paz, así como de su centro de salud.

Con fecha 21 de febrero de 2024, la representante del interesado comunica el fallecimiento de este y la voluntad de subrogarse en el procedimiento de responsabilidad patrimonial de la mujer y la hija del reclamante.

El día 24 de abril de 2024, emite informe la Inspección Sanitaria que, tras analizar la asistencia prestada al reclamante, concluye:

“No se considera acreditada la infracción de la lex artis ad hoc en la asistencia sanitaria reclamada por los siguientes dos motivos:

-PRIMERO-. Tanto la solicitud de pruebas diagnósticas, como el seguimiento y tratamiento realizados se consideran compatibles con las recomendaciones de la bibliografía en el contexto clínico que presentó el paciente en cada fase evolutiva.

-SEGUNDO-. Se considera que, tanto el diagnóstico del infarto cerebral como el de la disección de la aorta torácica, se demoraron por la confluencia de, por una parte, la atipicidad de la clínica en las fases iniciales y, por otra, las características clínicas de la cefalea que presentó el paciente (muy sugestivas del diagnóstico de presunción inicial realizado, a saber, migraña con aura)”.

Con fecha 9 de mayo de 2024, la mujer e hija del reclamante presentan escrito al que acompañan copia del testamento de este y escritura de aceptación de la herencia.

Notificado el trámite de audiencia a la representante de las reclamantes el trámite de audiencia, el día 20 de junio de 2024 presenta escrito de alegaciones en el que insiste en la existencia de mala praxis. El escrito transcribe los testimonios de cuatro personas (todos ellos bomberos que acompañaron o ayudaron al paciente fallecido el día 12 de marzo de 2022). En el escrito de alegaciones se insiste en que se le tenía que haber realizado un Doppler de carótidas y un Doppler transcraneal y que la reclamación debe ser estimada, *“como mínimo, bajo el concepto de pérdida de oportunidad”*.

Con fecha 10 de mayo de 2023 la viceconsejera de Sanidad y directora general del SERMAS formula propuesta de resolución que desestima la reclamación al considerar que la asistencia sanitaria se ajustó a la *lex artis* y no concurrir los presupuestos legalmente establecidos para que pueda surgir responsabilidad patrimonial de la Administración.

CUARTO.- Por escrito de la consejera de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 13 de agosto de 2024 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 566/24, a la letrada vocal Dña. Rocío Guerrero Ankersmit que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 26 de septiembre de 2024.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación, adecuadamente numerada y foliada, que se considera suficiente.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes,

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f.a) de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a quince mil euros y por solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3,a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

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

El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al haber recibido la atención sanitaria objeto de reproche. Actuaba representado por letrado al que había otorgado su representación mediante

comparecencia apud acta en el registro electrónico de apoderamientos del Gobierno de España, *“para cualquier actuación administrativa y ante cualquier administración pública”*. Tras su fallecimiento, su viuda y su hija se han personado y subrogado en el procedimiento iniciado.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por un centro sanitario público de la Comunidad de Madrid, como es el Hospital Universitario La Paz.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el presente caso, el interesado reclamó por las secuelas padecidas por un infarto cerebral por oclusión trombótica de la arteria carótida derecha que atribuye al retraso en el diagnóstico de una disección de aorta, por lo que tuvo que ser intervenido de urgencia el día 13 de marzo de 2022 y precisar terapia intensiva de neurorehabilitación en un centro de recuperación de daño cerebral, por lo que no existe duda alguna de que la reclamación presentada el día 11 de marzo de 2023, está formulada en plazo.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se han solicitado el informe preceptivo previsto en el artículo 81 de la LPAC, esto es, a los servicios de Anestesiología y Reanimación; Cirugía Cardíaca y Coordinación de Urgencias del Hospital Universitario La Paz.

Se ha incorporado al expediente la historia clínica del paciente y consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria. En el curso del procedimiento se ha producido el fallecimiento del reclamante, y sus herederas, su esposa y su hija, se han subrogado en la reclamación. Después de la incorporación de los anteriores informes, consta que se ha cumplimentado el trámite de audiencia notificándose al representante de las reclamantes, que ha efectuado alegaciones.

Por tanto, debe concluirse que la instrucción del procedimiento ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 106.2 de la Constitución Española, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la LRJSP en su título preliminar, capítulo IV, artículos 32 y siguientes. Regulación que, en términos generales, coincide con la que se contenía en los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 23 de junio de 2021 (recurso de casación 8419/2019), 21 de marzo de 2018 (recurso de casación 5006/2016), de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere:

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. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que *“es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo , 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996 , 16 de noviembre de 1998, 20 de febrero, 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)”*.

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”*.

CUARTA.- En la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada “*lex artis*” se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 5ª) de 23 de febrero de 2022 (recurso de casación 2560/2021), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal (por todas, sentencias de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación núm. 4397/2010) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010) que *«no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente»*, por lo que *“si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido”* ya que *“la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”*».

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, como señalan las sentencias de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010) y de 27 de abril de 2015, (recurso de casación núm. 2114/2013), en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales “*puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido*”, cabe entender conculcada la *lex artis*, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal.

QUINTA.- Aplicada la anterior doctrina al presente caso, resulta acreditado que el reclamante, diagnosticado de disección aórtica e infarto cerebral, precisó intervención quirúrgica urgente, ha necesitado terapia intensiva de neurorehabilitación en un centro de recuperación de daño cerebral y le fue reconocida un grado de discapacidad del 78%, con baremo de movilidad positivo.

De acuerdo con el escrito de reclamación, hubo mala praxis en la atención dispensada al paciente porque, desde el inicio de la sintomatología presentada (hemiparesia, confusión y alteraciones de la memoria que persisten a lo largo del tiempo) hacía suponer la existencia de un ictus y debió activarse el “*código ictus*”. Dice también que no se tuvo en cuenta la advertencia, realizada por la esposa del paciente, hoy reclamante, de que el paciente presentaba una distensión aórtica y que se omitió practicar las pruebas precisas como era un TAC de repetición y Doppler de carótidas y

transcraneal, ni tampoco lo manifestado por los profesionales de emergencias en rescate que acompañaban a la familia del paciente, que *“que están específicamente entrenados para detectar ictus y se comunicaron con el equipo médico”*. Alegan que *“con los medios diagnóstico adecuados podría haber evitado la disección de la aorta y el infarto cerebral”*.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron al paciente, debemos partir de lo que constituye regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de noviembre de 2019 (recurso 886/2017).

Como es sabido, y así lo destaca, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 12 de enero de 2023 (recurso 414/2020) *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados”*.

En el presente caso, el reclamante no aportó informe pericial alguno que acreditara la existencia de mala praxis, limitándose las interesadas subrogadas en la reclamación a incorporar, en el trámite de audiencia las declaraciones de cuatro bomberos, compañeros del paciente fallecido, que le acompañaron en el algún momento del día

del ingreso de este en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario La Paz.

Estas declaraciones escritas, aunque hayan sido emitidas por personal de emergencias en rescate, como es el caso de los Bomberos, no tienen el valor de un informe pericial, pues no se trata de personal sanitario, por lo que carecen de la fuerza probatoria suficiente para desvirtuar los informes médicos incorporados al procedimiento y que coinciden en señalar que no hubo mala praxis en la atención dispensada al paciente, ni insuficiencia de pruebas diagnósticas porque, como señala la Inspección Sanitaria, al paciente se le realizó una amplia anamnesis y una completa exploración neurológica, base fundamental de la valoración de un paciente con cefalea aguda; se solicitaron las correspondientes analíticas de sangre y orina; se le realizó un TAC cerebral sin contraste, prueba unánimemente recogido en la literatura médica como de primera elección en la valoración por imagen del paciente con cefalea en el Servicio de Urgencias, que no objetivó patología en ese momento. La Inspección Sanitaria añade en su informe que *“las pruebas diagnósticas se deben solicitar con criterios de eficacia clínica y, por lo tanto, en función del diagnóstico de presunción más probable (en este caso migraña con aura)”* y que *“la evolución posterior del paciente, sin añadirse sintomatología clínica nueva, ni de tipo neurológico (infarto cerebral) ni de tipo cardiovascular (disección aorta torácica) no aconsejaba la realización inexcusable de más estudios diagnósticos que los realizados durante el período de tiempo evaluado”*.

En este mismo sentido incide el informe de la Coordinación de Urgencias de Adultos del Hospital Universitario La Paz al señalar que la disección aortica es un proceso de extrema gravedad y escasa frecuencia que se caracteriza por la aparición súbita de un dolor torácico intenso, lacerante que obliga a pautar anestesia de tercer escalón. Se trata, según el citado informe, de un proceso progresivo

que añade al dolor torácico lacerante, una focalidad isquémica, sumatoria, progresiva y fluctuante caracterizada por: shock cardiogénico por rotura proximal dentro del pericardio. Síndrome coronario agudo por disección de arterias coronarias. Isquemia aguda de miembros superiores, hemiplejia y/o afasia. Abdomen agudo secundaria isquemia mesentérica. Dolor lumbar agudo secundario isquemia renal. Según el informe, *“el síndrome confusional con fiebre que presentaba el paciente no se incluye en los síntomas iniciales guías de sospecha”*.

Conviene destacar, además, que al paciente también se le realizó una punción lumbar que, según el informe de la Inspección Sanitaria, estaba correctamente indicada porque la fiebre y la alteración del estado mental, con o sin rigidez de nuca, pueden indicar una infección del sistema nervioso central, estando indicada la punción lumbar cuando existe sospecha clínica de una etiología infecciosa. Fue solo al final de dicha prueba, cuando se objetivaron nuevos déficits neurológicos no presentes previamente, que determinaron la repetición de un nuevo TAC craneal urgente.

Como ha señalado esta Comisión Jurídica Asesora en numerosos dictámenes, para evaluar la corrección de una concreta práctica médica hay que estar a la situación y síntomas del momento en que se realiza esta. Ello se traduce en que se deben aplicar a los pacientes todos los medios disponibles para su diagnóstico y tratamiento. Esta obligación de medios debe entenderse ceñida al contexto del momento y las circunstancias en que se efectúa la asistencia, es decir, a los síntomas que presenta cada paciente y a las probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología.

Como ya indicamos, entre otros, en los dictámenes 171/19, de 22 de abril y 87/20, de 27 de febrero, es evidente que el diagnóstico

clínico se realiza en función de los síntomas que presenta el paciente y que permiten al facultativo decidir la realización de pruebas diagnósticas que, a su vez, perfilan el diagnóstico final.

En este sentido, como destacan las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de abril de 2018 (rec. 75/2017) y de 31 de enero de 2019 (rec. 815/2016):

“La fase de diagnóstico es una de las más importantes y difíciles de la práctica médica a la que se llega después de un proceso de aproximaciones sucesivas que requiere del examen de la historia clínica, la exploración física y las pruebas complementarias pertinentes al caso y que se efectúan progresivamente para llegar al diagnóstico concreto. Se trata de un proceso complejo en el que intervienen muchos factores y en sus primeras fases resulta difícil poder hablar de un error, dado que determinadas sintomatologías pueden sugerir diversas patologías que deben ser, o no, descartadas. No obstante, lo anterior, respecto al error de diagnóstico es importante advertir que para que éste sea generador de responsabilidad es necesario que atendidas las circunstancias del caso y en particular el estado de conocimiento de la ciencia en el momento de producirse el evento lesivo, pueda afirmarse que resultaba factible para el servicio sanitario realizar dicho diagnóstico y que el mismo, de haberse realizado, posibilitara alguna oportunidad de curación. En definitiva, es necesario que la falta de diagnóstico, o bien su error o su retraso sea imputable a la Administración y por ello sea determinante de la lesión del derecho del paciente a un diagnóstico correcto en tiempo oportuno.

El error de diagnóstico es fuente de responsabilidad patrimonial de la Administración, por incumplimiento de la obligación de

aplicar las técnicas sanitarias en función del proceso a conocimiento de la práctica médica.

Ahora bien, no todo error de diagnóstico da lugar a responsabilidad y ha de insistirse en que, para que ello suceda, es necesario que como consecuencia del error no se haya procurado al paciente la asistencia sanitaria exigible”.

En el presente caso, destaca el informe de la Inspección Sanitaria que aunque la ausencia de signos de isquemia cerebral en el TAC no permite excluir con total seguridad su existencia durante las primeras horas, sí que es muy significativo, y *“hacia poco probable la etiología isquémica, la total ausencia clínica de los déficits neurológicos esperables en una oclusión de las arterias cerebrales (alteraciones motoras y sensitivas contralaterales a la lesión cerebral, afasia, hemianopsia homónima contralateral, desviación conjugada de la cabeza y los ojos hacia el lado de la lesión, anosognosia e inatención somatosensitiva contralaterales ...)*”. Así, el informe de la Inspección destaca que la puntuación en la escala NIHSS (realizada según los resultados de la exploración neurológica en la valoración inicial en el Servicio de Urgencias que constan en la Historia Clínica) es de cero; que la reversión de los déficits neurológicos que presentó inicialmente el paciente es mucho más característica de la migraña que de un infarto cerebral (la etiología hemorrágica se podía descartar por el resultado del TAC) y que el resultado de la completa exploración neurológica realizada en la valoración inicial en el Servicio de Urgencias, habiendo transcurrido prácticamente tres horas desde el comienzo de los síntomas, fue compatible con la normalidad. A esto se une que durante el periodo de tiempo evaluado en este apartado (en torno a 16 horas) no se añadió ningún nuevo déficit neurológico y que, según la historia clínica, la cefalea mejoró con tratamiento analgésico.

El informe de la Inspección Sanitaria, después de analizar la asistencia sanitaria de las distintas fases del paciente, concluye que no se considera acreditada la infracción de la *lex artis ad hoc* en la asistencia sanitaria reclamada porque, tanto la solicitud de pruebas diagnósticas, como el seguimiento y tratamiento realizados se consideran compatibles con las recomendaciones de la bibliografía en el contexto clínico que presentó el paciente en cada fase evolutiva y porque, *“tanto el diagnóstico del infarto cerebral como el de la disección de la aorta torácica, se demoraron por la confluencia de, por una parte, la atipicidad de la clínica en las fases iniciales y, por otra, las características clínicas de la cefalea que presentó el paciente (muy sugestivas del diagnóstico de presunción inicial realizado, a saber, migraña con aura)”*.

Conclusión a la que debemos atenernos dado que el informe de la Inspección Sanitaria obedece a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 14 de junio de 2024 (recurso nº 151/2023):

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

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada al no haberse acreditado la existencia de mala praxis y no concurrir la antijuridicidad del daño.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 26 de septiembre de 2024

La Vicepresidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 565/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid