

Dictamen n.º: **407/23**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **27.07.23**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 27 de julio de 2023, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña., actuando en nombre propio y en nombre y representación de su hijo menor de edad y de D. y D., por el fallecimiento de D. que atribuyen al retraso en el diagnóstico de aneurisma cerebral en el Hospital Universitario Ramón y Cajal.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 30 de agosto de 2021, las personas citadas en el encabezamiento presentan en el Hospital Universitario Ramón y Cajal una reclamación de responsabilidad patrimonial en la que relatan que, el 23 de diciembre de 2020 el esposo y padre de los reclamantes contactó con su centro de Atención Primaria con síntomas de vértigo periférico, a primeros de enero de 2021 fue derivado al oftalmólogo y el 9 de febrero de 2021 acudió al centro de salud con cefalea de intensidad 8/10 en región occipital, tipo punzada, que se irradiaba a región anterior del cuello y presión arterial 210/110 que no mejoraba con 50

mg de captopril por lo que fue derivado a Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Prosigue el relato señalando que ya en Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal se le realizó exploración física, analítica, electrocardiograma y radiografía de tórax, pero no se realizó prueba de imagen del cráneo a pesar de que la cefalea era de intensidad 8/10.

Indica que el paciente negó episodios previos similares y otro tipo de sintomatología y recibió alta a las 18:36 horas con diagnóstico principal de crisis hipertensiva, se le pautó medicación para reducir la presión arterial y seguimiento en Atención Primaria pero a las 3:14 horas del día 10 de febrero acudió de nuevo a Urgencias tras registrar en su domicilio una tensión arterial 173/100 se le realizó exploración física y recibió alta a las 3:32 horas tras administrarle 5 mg de enalapril lamentando que tuvieran que desplazarse a Urgencias para recibir una atención de apenas duró unos minutos.

Refiere que la mañana del día 10 de febrero de 2021 el médico de familia contactó con el paciente, y esa misma tarde, presentó pérdida de conocimiento, fue atendido en estado de coma en la UVI de Urgencias a las 17:54 horas y se le realizó un TAC craneal que evidenció aneurisma y hemorragia intracerebral, tuvo que ser intervenido de urgencia, el 11 de abril se produjo empeoramiento por ictus de nueva aparición y sufrió deterioro neurológico con progresión a muerte encefálica que se confirmó el 16 de febrero de 2021 a las 9:55 horas.

Reprochan que en la primera visita a Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal a la que acudió con cefalea de intensidad 8/10, y sin episodios previos de cefalea ni migrañas, no se realizara alguna prueba de radiodiagnóstico para detectar posibles lesiones intracraneales, lo que según los reclamantes produjo un retraso en el diagnóstico de aneurisma cerebral, con desenlace de muerte cerebral.

Solicitan una indemnización total de 332.039,76 euros “*por las lesiones, daños y perjuicios producidos*”.

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

El paciente, de 54 años de edad en el momento de los hechos, con antecedentes personales de infección por SARS-CoV-2 en marzo de 2020 y síndrome de apnea hipopnea del sueño (SAHS) leve, el 23 de diciembre de 2020 mantiene consulta telefónica con el médico de Atención Primaria. Refiere desde hace 20 días cuadro de mareo con giro de objetos de segundos de duración que cede espontáneamente. Refiere que estando tumbado, al girarse o incorporarse sufre cuadro de giro de objetos de segundos de duración, sin náuseas, ni vómitos asociados. Refiere buen estado general, afebril en todo momento, niega otalgia, niega otorrea y disnea, sin dolor torácico y niega clínica neurológica. Se le recomienda valoración e inicio de tratamiento, prefiere esperar. Se le explica no realizar movimientos cefálicos bruscos y síntomas de alarma así como motivos por los que acudir a Urgencias.

El 9 de febrero de 2021 acude, sin cita, a consulta al centro de salud con tensión 210/110 y tras administrar 50 mg de captopril 180/105 se emitió parte de interconsulta a Urgencias.

A las 14.33 horas acude a Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal refiriendo un cuadro de cefalea de 4 horas de evolución, en región occipital, tipo punzada, que se irradia al cuello y con una intensidad de 8/10. Niega fiebre, tos, disnea, dolor torácico, palpitaciones, síntomas urinarios, gastrointestinales, edema de miembros inferiores, dificultad para emitir el lenguaje, paresia o plejía o alteraciones en la visión. Niega episodios similares previos u otro tipo de sintomatología.

Presenta el paciente buen estado general, estando alerta, hidratado, afebril y colaborador. En la exploración física tensión arterial (TA): 179/101 mmHg, posteriormente 179/95 mmHg, frecuencia cardíaca (FC): 78 latidos por minuto (lpm), frecuencia respiratoria (FR): 15 respiraciones por minuto (rpm), temperatura (T^a): 36.4°C. Tórax simétrico, adecuado patrón respiratorio, auscultación cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen simétrico, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal, ruidos intestinales presentes. Extremidades eutróficas, simétricas, sin edema.

En la exploración neurológica: alerta, Glasgow (GCS) 15/15, orientado en las 3 esferas, nomina y obedece órdenes, atención conservada, memoria inmediata y de fijación 3/3, lenguaje fluente, movimientos oculares conservados sin nistagmus ni diplopía, campimetría por confrontación normal, pares craneales conservados, no rigidez nuchal, fuerza muscular 5/5, sensibilidad conservada, marcha sin alteraciones, reflejos ++/++++, Romberg negativo sin dismetría.

Es valorado a las 16.18 horas, presentando cifras de tensión arterial elevadas, sin focalidad neurológica, con adecuado patrón respiratorio.

Se realiza electrocardiograma (ECG) en el que no se observan datos de Síndrome Coronario Agudo (SCA). Se solicita radiografía de tórax, uroanálisis y analítica (con bioquímica, marcadores de lesión miocárdica, hemograma y coagulación). Se pauta captopril 25mg vía oral y noloil 2gr intravenoso. Se explica al paciente que se le valorará de nuevo con resultados, que el paciente entiende y acepta.

A las 18:05 horas, tras los resultados de las pruebas complementarias, se revalúa al paciente, encontrándose mejor de la cefalea. Presenta control de tensión arterial en rangos de 150/85 mmHg. Analítica con ausencia de marcadores de lesión de miocardio.

Uroanálisis sin hematuria. Radiografía de tórax con índice cardiorácico normal, sin datos de opacidades pulmonares.

Se considera cuadro de crisis hipertensiva (urgencia hipertensiva) sin daño de órgano blanco o diana. Ante la ausencia de datos clínicos o analíticos de gravedad en ese momento, y encontrándose el paciente estable clínica y hemodinámicamente, se decide alta con recomendaciones y tratamiento antihipertensivo (enalapril 5mg: 1 comprimido en desayuno hasta valoración por su médico de Atención Primaria) y observación domiciliaria, explicando que, ante empeoramiento clínico, debe consultar de nuevo en urgencias, que el paciente refiere entender y aceptar.

El 10 de febrero de 2021, a las 03:14 horas, acude de nuevo al Servicio de Urgencias por evidenciar en su domicilio cifras de tensión arterial elevadas, escasa cefalea en región occipital, menos que cuando consultó por primera vez. Niega síntomas urinarios, gastrointestinales, respiratorios u otros. En la exploración física se objetiva: tensión arterial 173/100 mmHg, FC 78 lpm, FR 15 rpm, saturación oxígeno (SatO2) 100% basal, temperatura 36.2°. Sin cambios con respecto al examen físico realizado con menos de 12 horas de diferencia.

Se le explica que, en las Urgencias hipertensivas sin datos de daño en órgano diana, como es su caso, las cifras de tensión arterial se deben ir disminuyendo en el transcurso de días para evitar hipoperfusión tisular de los órganos. Dado que no ha iniciado tratamiento, se pauta enalapril 5mg vía oral. Se insiste en realizar 2 registros al día de la tensión arterial en casa y seguimiento estrecho con su médico de Atención Primaria para definir cambios en la dosificación de fármacos, que el paciente refiere entender y aceptar.

El 10 de febrero de 2021, sufre en el domicilio deterioro brusco del nivel de consciencia, acompañado de movimientos tónico-clónicos.

Valorado por el SUMMA se procede a aislar vía aérea y a las 17:54 horas, es trasladado a Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Se solicita TAC craneal, donde se objetiva hematoma intraparenquimatoso temporal con focos de hemorragia subaracnoidea (HSA) temporales y hematomas subdurales, aneurisma de arteria carótida interna (ACI) izquierda-Arteria comunicante posterior (AComp) izquierda.

Ingresa en UCI médica para monitorización y tratamiento. Durante el traslado, comienza a movilizar espontáneamente los 4 miembros, incluso apertura ocular espontánea, aunque sin conectar. En la exploración física, a su llegada a UCI se objetiva: TA 140/80 mmHg, FC 80 lpm, SatO2 100%, manteniendo GCS 3/15. A los 45 minutos del ingreso en UCI, presenta pupilas midriáticas arreactivas, por lo que se repite TAC craneal donde se evidencia resangrado, desplazamiento de línea media y colapso de los ventrículos.

Se traslada a quirófano de forma urgente, donde realizan clipaje de aneurisma ACI-AComp izquierda, craniectomía descompresiva y drenaje del hematoma. En el TAC craneal de control, a las 15 horas de la cirugía, se objetivan signos de ictus isquémico agudo en territorio de arteria cerebral media izquierda, de nueva aparición. Hemorragia transtentorial descendente lateral bilateral y de leve herniación extracraneal de lóbulo frontal izquierdo a través de craniectomía descompresiva.

Tras los hallazgos anteriores, se realiza monitorización de presión intracraneal (PIC), presentando desde el principio cifras elevadas no controladas a pesar de medidas de 3º nivel, con empeoramiento del edema e isquemia en TAC craneal de control del día 13 de febrero.

Permanece con tendencia a la hipertensión (puntualmente precisó noradrenalina), que se controla con perfusión continua de clevidipino. Desde el punto de vista infeccioso, en tratamiento con amoxicilina-clavulánico como profilaxis de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM).

El encefalograma realizado a las 9:55 horas del día 16 de febrero de 2021 confirma muerte encefálica.

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

Se ha incorporado al expediente la historia clínica del paciente del Centro de Salud Benita de Ávila y del Hospital Universitario Ramón y Cajal.

El 16 de marzo de 2021 emite informe el coordinador de Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal en el que se relata la asistencia sanitaria dispensada al paciente desde que acudió a Urgencias el 9 de febrero a las 14:33 horas refiriendo un cuadro de cefalea de 4 horas de evolución, occipital e irradiado al cuello, con intensidad 8/10 y fue clasificado de acuerdo al sistema de triaje Manchester *“al área de verdes, es decir, el área de atención de patología leve o no complicada”*. Explica que el sistema de triaje Manchester es un sistema con algoritmos que determina, tras una valoración inicial y de acuerdo a una serie de preguntas estandarizadas, además de la constatación del estado general del paciente, si el motivo de consulta es un problema leve, potencialmente grave o grave, siendo el sistema que se utiliza en la mayoría de los hospitales de la Comunidad de Madrid.

Indica que ya en consulta, se realizó anamnesis y exploración física exhaustiva incluyendo exploración neurológica completa *“que es rigurosamente normal”*, no existían signos de alarma ni focalidad neurológica, se le solicitó analítica de sangre y orina, electrocardiograma y radiografía de tórax, se le administro una dosis de captopril y una ampolla de metamizol y a las 18:05 horas en la reevaluación se apreció mejoría sintomática con reducción de cifras tensionales por lo que ante la ausencia de datos clínicos o analíticos que sugirieran afectación de órganos diana se dio alta con recomendaciones. Respecto a la consulta de Urgencias de esa misma madrugada el informe indica que no se objetivaron cambios en la exploración física con respecto a la previa por lo que se administró una dosis de enalapril, se le explicó la situación de seguimiento ambulatorio y recibió alta.

Tras lamentar la evolución del paciente, explica el informe que entre las crisis hipertensivas lo más común es el paciente relativamente asintomático o completamente asintomático con una tensión arterial en el rango “grave”, es decir >180 de sistólica <120 de diastólica, a menudo con cefalea, pero sin signos o síntomas de enfermedad aguda de órganos diana, se denomina urgencia hipertensiva, el manejo óptimo de este cuadro es variable y *“no hay ningún beneficio comprobado de la reducción rápida de las cifras de tensión arterial en los pacientes con urgencias hipertensivas y la mayoría de estos pacientes pueden tratarse como pacientes ambulatorios”*.

Añade que la mayoría de los aneurismas intracraneales son asintomáticos, por lo que generalmente se encuentran de manera incidental o cuando un paciente presenta hemorragia subaracnoidea, algunos aneurismas pueden volverse sintomáticos y los síntomas incluyen la cefalea, que se describe como un dolor de cabeza severo de inicio repentino que se describe típicamente como *“el peor dolor de cabeza de mi vida”*.

Finaliza el informe señalando que se valoró al paciente correctamente en ambas visitas al Servicio de Urgencias y se actuó de acuerdo a la evidencia científica disponible y de acuerdo con la *lex artis*.

También figura en el expediente el informe de 15 de febrero de 2022 de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria en el que se describe la asistencia sanitaria dispensada el 23 de diciembre de 2020 cuando el paciente realizó consulta telefónica al centro de salud y fue atendido por referir cuadro de 20 días de evolución con sensación de mareo y de giro de objetos de segundos de duración, que empeoraba al girarse o al incorporarse, sin náuseas ni vómitos y manifiesta que el 9 de febrero de 2021 acudió a consulta, sin cita, por presentar cifras tensionales elevadas, fue valorado, se realizó anamnesis y exploración física del paciente, la exploración neurológica fue de normalidad, se le administró captopril que consiguió bajar las cifras de tensión arterial y a la vista de los hallazgos y la dificultad para controlar las cifras tensionales en el centro de salud, fue derivado a Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Continúa el informe señalando que el paciente no acudió a la cita presencial del día 12 de febrero motivo por el cual llamó por teléfono al domicilio del paciente y “su mujer” informó de que el paciente estaba ingresado en el hospital con una hemorragia cerebral, manteniendo en días posteriores contacto telefónico para interesarse por la evolución del paciente.

La Inspección Sanitaria, en el informe de 4 de abril de 2023, tras los antecedentes y consideraciones médicas oportunas, concluye que la asistencia dispensada se ajustó a la *lex artis*.

Se otorgó audiencia a los reclamantes y el 12 de junio de 2023 presentaron escrito de alegaciones en el que en síntesis consideran que no fueron tenidos en cuenta los síntomas del paciente.

El 21 de junio de 2023 se formuló propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación al considerar que no hubo mala praxis en la actuación sanitaria por lo que no existe antijuridicidad en el daño que se reclama.

CUARTO.- El 6 de julio de 2023 se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 383/23, a la letrada vocal Dña. Rosario López Ródenas que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 27 de julio de 2023.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros, y 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.- Tal y como ya ha sido indicado, la tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, se regula en la LPAC. Su

regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP).

Los reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, en cuanto sufren el daño moral que provoca el fallecimiento de su esposo y padre. La reclamante ostenta la representación legal de su hijo menor de edad, de conformidad con lo establecido en el artículo 162 del Código Civil. Ha quedado debidamente acreditada la relación de parentesco mediante acta de matrimonio y actas de nacimiento.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto la asistencia sanitaria se prestó en el Centro de Salud Benita de Ávila y en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, pertenecientes a la red asistencial pública madrileña.

En lo relativo al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, 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 (artículo 67.1 de la LPAC).

En este caso el *dies a quo* viene dado por el fallecimiento del esposo y padre de los reclamantes el 16 de febrero de 2021 por lo que la reclamación presentada el 30 de agosto de 2021 está formulada dentro del plazo legal.

En cuanto al procedimiento, se observa que se ha recabado el informe del Centro de Salud Benita de Ávila y del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal de acuerdo con lo previsto en el artículo 81 de la LPAC. También se ha incorporado el informe de la Inspección Sanitaria. Tras la incorporación de los anteriores informes,

se ha conferido el oportuno trámite de audiencia a los interesados y finalmente se ha redactado la propuesta de resolución que junto con el resto del expediente ha sido remitido a esta Comisión Jurídica Asesora para su dictamen preceptivo.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido trámite alguno que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 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.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, requiere la concurrencia de varios requisitos:

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) 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. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005) y otras 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”*.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de mayo de 2016 (recurso 1153/2012) *“que cuando se trata de reclamaciones derivadas de actuaciones sanitarias, la doctrina jurisprudencial viene declarando 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, de manera que, si el servicio sanitario o médico se prestó correctamente y de acuerdo con el estado del saber y de los medios disponibles, la lesión causada no constituiría un daño antijurídico”*.

CUARTA.- Del breve resumen de los presupuestos de la responsabilidad patrimonial incluidos en la consideración jurídica precedente, se deduce que no cabe plantearse una posible responsabilidad de la Administración sin la existencia de un daño real y efectivo a quien solicita ser indemnizado.

En este sentido recuerda la Sentencia de 13 de febrero de 2018 del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (recurso 597/2017), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo que *“la existencia de un daño real y efectivo, no traducible en meras especulaciones o expectativas” constituye el núcleo esencial de la responsabilidad patrimonial traducible en una indemnización económica individualizada, de tal manera que resulte lesionado el ámbito patrimonial del interesado “que es quien a su vez ha de soportar la carga de la prueba de la realidad del daño efectivamente causado”.*

Conforme a lo anteriormente expuesto, procede, en primer término, analizar la realidad del daño alegado. En este caso no cabe duda, tal y como ya hemos adelantado la existencia del daño moral de los reclamantes por el solo hecho del fallecimiento de su familiar.

Sin embargo, la existencia de un daño, no es suficiente para declarar la existencia de responsabilidad, por lo que ha de analizarse si concurren los demás requisitos necesarios para apreciarla.

Los reclamantes, tal y como ya ha sido indicado, atribuyen el fallecimiento de su esposo y padre a que no se valoró adecuadamente la sintomatología del paciente ni se realizaron en Urgencias pruebas de radiodiagnóstico que detectaran posibles lesiones intracraneales lo que provocó un retraso en el diagnóstico de aneurisma cerebral con desenlace de muerte cerebral y posterior fallecimiento.

En este punto, deviene necesario precisar, tal y como viene señalando este órgano consultivo, que para determinar la supuesta infracción de la *lex artis* debemos partir de la regla general de que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación, sin que en este caso, los reclamantes hayan aportado al procedimiento ningún criterio médico o científico avalado por profesional

competente que sirva técnicamente para acreditar que el daño aducido sea consecuencia de una deficiente asistencia sanitaria.

Además, 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. Al respecto, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en su Sentencia de 9 de marzo de 2017 (núm. de recurso 203/2014), manifestó que *“en lo que específicamente se refiere al diagnóstico de las enfermedades que los pacientes padecen, la garantía de medios comporta que se utilicen los medios disponibles coherentemente con los síntomas y signos que presenten, y con la información relevante que faciliten”*.

En el caso que nos ocupa, la historia clínica pone de manifiesto que el paciente, el día 9 de febrero de 2021 acudió al centro de salud por crisis hipertensiva, cifras de 210/110 y tras administrar 50 mg de captopril no remite y acude a Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal donde refiere un cuadro de cefalea de 4 horas de evolución en región occipital, tipo punzada, que se irradia al cuello, de intensidad 8/10 y niega episodios similares previos y otra sintomatología, es clasificado de acuerdo al sistema de triaje de Manchester al área verde, área de atención de patología leve o menos urgente, y una vez valorado se realiza anamnesis, que según la Inspección Sanitaria fue adecuada, se realizó exploración física, incluida la exploración neurológica, que resultó rigurosamente normal según la Inspección Sanitaria, se administró captopril y se realizó analítica, electrocardiograma y radiografía de tórax, para el diagnóstico inicial de

una cefalea, sin datos de alarma, pruebas que para la Inspección Sanitaria fueron adecuadas y acordes a las recomendaciones clínicas vigentes.

Para la Inspección Sanitaria *“que el paciente tenga cefalea no implica automáticamente que haya una complicación grave, ya que la cuantificación de 8/10 es una escala subjetiva que debe interpretarse en conjunto con los datos aportados en el interrogatorio y con los hallazgos de la exploración física y las pruebas complementarias, y de acuerdo a esto, no existía indicación formal de realizar una TC craneal al no presentar síntomas y/o signos de alarma ni focalidad neurológica que pudieran hacer sospechar otra entidad clínica de mayor gravedad, como es la HSA por rotura de aneurisma cerebral”*.

A la vista del expediente examinado, el paciente recibió alta en el Servicio de Urgencias, a la vista de los resultados de las pruebas complementarias realizadas, con ausencia de datos clínicos y analíticos de gravedad y con evolución favorable al tratamiento, sin que según la Inspección Sanitaria el paciente cumpliera ninguno de los requisitos previstos en las guías clínicas para permanecer en observación.

Cuando acude esa misma madrugada a Urgencias se registró una tensión arterial de 173/100 mmhg y no se objetivaron cambios en la exploración física respecto a los previos.

Señalado lo anterior, en el caso que nos ocupa, resulta especialmente clarificador el informe de la Inspección Sanitaria, que como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en su Sentencia de 5 de octubre de 2020 (recurso 343/2018): *“sin ser propiamente una prueba pericial, el informe de la Inspección Sanitaria constituye, a su vez, un relevante elemento de juicio para resolver las cuestiones litigiosas, cuya fuerza de convicción proviene de la circunstancia de que los médicos inspectores informan con criterios de profesionalidad e imparcialidad respecto del caso y de las partes,*

dependiendo también de que sus consideraciones y conclusiones estén motivadas y sean objetivas y coherentes”.

Y en este caso, la Inspección Sanitaria manifiesta que *“el análisis de las actuaciones clínicas llevadas a cabo en la atención sanitaria prestada al paciente desde el inicio del proceso asistencial permite objetivar que las decisiones diagnósticas y terapéuticas adoptadas, en función de los signos y síntomas evidenciados en cada momento, fueron adecuados”.*

A mayor abundamiento, respecto de la actuación del Servicio de Urgencias, conviene recordar que, como ha señalado esta Comisión Jurídica Asesora, entre otros, en su Dictamen 29/20, de 30 de enero, la función de los Servicios de Urgencias va dirigida a las patologías urgentes. Así se manifiesta el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Esta norma contiene, en su anexo IV, la cartera de servicios comunes de prestación de atención de urgencia, que se define como *“aquella que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata”* de tal forma que concreta que *“una vez atendida la situación de urgencia, se procederá al alta de los pacientes o a su derivación al nivel asistencial más adecuado y, cuando la gravedad de la situación así lo requiera, al internamiento hospitalario, con los informes clínicos pertinentes para garantizar la continuidad asistencial”.*

Por tanto, debemos considerar que la atención dispensada al familiar de los reclamantes por el Hospital Universitario Ramón y Cajal fue conforme a la *lex artis*, como concluye la médico inspectora.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado la existencia de mala praxis en la asistencia sanitaria prestada al familiar de los reclamantes, ni 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 27 de julio de 2023

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 407/23

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 - Madrid