

Dictamen n^o: **12/13**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **16.01.13**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad en su sesión de 16 de enero de 2013, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1 de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, en el asunto promovido por M.P.C.G. (en adelante “*la reclamante*”) sobre los daños y perjuicios causados por la asistencia sanitaria prestada por parte del Hospital Clínico San Carlos.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Mediante escrito presentado en una oficina de Correos el 8 de julio de 2011, la reclamante formula una reclamación de responsabilidad patrimonial en relación con los daños y perjuicios ocasionados como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada por parte del Hospital Clínico San Carlos, durante la intervención quirúrgica de embolectomía proximal y by-pass húmero-humeral con safena invertida, que le fue practicada el 9 de julio de 2010.

En su escrito, la reclamante efectúa dos reproches a la prestación de asistencia sanitaria. En primer lugar, manifiesta que, tras la intervención, estuvo intubada injustificadamente durante 18 horas, lo que impidió que el personal sanitario se percatase de la formación de un nuevo trombo en el cerebro, produciéndose una hemiparesia y parálisis facial izquierda por las que tuvo que ser intervenida de nuevo a las 72 horas. En segundo lugar,

que tras la última intervención se le pautó rehabilitación inmediata durante su ingreso hospitalario, pese a lo cual, en el servicio de rehabilitación fue devuelta a su habitación por tener una sonda, estimando que la privación de dicho tratamiento le ha perjudicado pues ha incidido en la pérdida de conexiones neuronales causa de la falta de movilidad en el brazo izquierdo.

Considera la reclamante que la descoordinación entre los diferentes servicios del hospital ha originado su estado actual, solicitando por ello una indemnización económica por importe de cuatrocientos mil euros (400.000,00 €).

SEGUNDO.- En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo ha puesto de manifiesto los siguientes hechos:

La reclamante, de 53 años de edad, tras ser diagnosticada de isquemia arterial aguda, es intervenida quirúrgicamente el 9 de julio de 2010 (no el 16 del citado mes como recoge el informe de alta), practicándose una arteriotomía humeral amplia, en la que se objetiva una placa fibrótica importante con oclusión casi completa de la arteria humeral. Se realiza un by-pass en arteria humeral con injerto de safena. Esta segunda intervención se realiza con anestesia general, resultando la intubación orotraqueal, dificultosa, presentando un grado IV de Cormack (folio 43).

Posteriormente, es ingresada en UCI para control postquirúrgico. Se mantiene la sedación y la intubación, administrando heparina como anticoagulante.

El 10 de julio, al extubar a la reclamante y retirar la sedación, se objetiva hemiparesia izquierda y parálisis facial izquierda. Se le realiza una tomografía computerizada (TC) de arterias supraaórticas, que muestra oclusión de la arteria cerebral media derecha, y un TC de cerebro sin contraste, donde se observan hallazgos compatibles con infarto subagudo

en el territorio de la arteria cerebral media derecha. Dado que se desconoce el tiempo de evolución, no se considera a la reclamante apta para realizar fibrinólisis intraarterial.

El 11 de julio se realiza valoración por el neurólogo y se repite TC craneal, donde se objetiva un accidente cerebro vascular agudo (ACVA) isquémico de arteria cerebral media derecha. Se sigue manteniendo la misma dosis de heparina, aunque no se alcance rango de anticoagulación por la posibilidad de conversión del ACVA isquémico en hemorrágico.

El 12 de julio es valorada por Cirugía Vascular, presentando un by-pass permeable, con buen flujo Doppler en arteria cubital. Presenta pulso cubital grado II dependiendo de la tensión arterial, con buena temperatura y coloración de miembro superior derecho (MSD).

El 13 de julio presenta un nuevo episodio de isquemia aguda de la extremidad superior derecha, realizándose una reapertura de la incisión anterior, visualizándose obstrucción del by-pass. Se realiza una trombectomía distal.

El 15 de julio es dada de alta en UCI, siendo trasladada a planta.

El 21 de julio es valorada por el Servicio de Rehabilitación, que le pauta tratamiento en Sala de Fisioterapia, anotando en la historia clínica “*se avisará para comenzar*” (folio 117).

Es dada de alta hospitalaria el 23 de julio, con plejía de miembro superior izquierdo, como secuela del infarto cerebral, con miembro superior derecho revascularizado.

El 12 de agosto inicia tratamiento fisioterápico hasta el 22 de noviembre de 2010 en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias, siguiendo tratamiento en la Unidad de Terapia Ocupacional para adiestramiento de

actividades de la vida diaria, cinesiterapia específica de miembro parético y reeducación de la marcha.

El 25 de octubre acude a la primera revisión tras el by pass húmero-humeral con safena interna en miembro superior derecho. Se encuentra clínicamente asintomática, sin dolor ni parestesias.

En revisión realizada el 4 de enero de 2011, tras 5 meses de evolución, realiza marcha sin ayudas, es independiente para la comida, excepto uso de cuchillo, así como para vestirse, excepto para alguna prenda.

TERCERO.- A causa de la referida reclamación se ha instruido un procedimiento de responsabilidad patrimonial de conformidad con lo dispuesto en el artículo 142 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC), y en el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante, RPRP).

A tenor de lo previsto en el artículo 10.1 RPRP, se ha requerido informe del Servicio de Medicina Intensiva que, con fecha 2 de agosto de 2011, responde a la reclamación afirmando:

“(...) La aparición de una complicación por desarrollo de una trombosis vascular, que se desarrolló no solo en el árbol vascular cerebral, sino también de nuevo en el miembro superior derecho operado, es particularmente desafortunada cuando se produce en presencia de anticoagulación ([la reclamante] recibía en ese momento tratamiento anticoagulante intravenoso continuo con heparina sódica para prevenir la trombosis en la zona de la arteria operada).

TERCERO.- Tras comprobarse al ingreso de la paciente en nuestro Servicio de Medicina Intensiva (Sección Neuro-Politrauma) que la paciente entendía y obedecía indicaciones sencillas se encontraba en una situación clínica estable, la decisión de no proceder a la extubación inmediata es, sin duda alguna, la correcta. Según información proporcionada por los anestesiistas que realizaron la intubación orotraqueal de la paciente en la intervención quirúrgica, existían criterios de máxima dificultad para este procedimiento. Según la clasificación de Cormack, el grado IV describe a un paciente en el que a la exploración laringoscópica no es posible visualizar ninguna estructura laríngea. Tras la extubación, un paciente categorizado como Cormack IV que requiere reintubación corre un grave peligro vital si todos los recursos materiales (dispositivos específicos de vía aérea difícil, como mascarillas laríngeas, laringoscopia directa e indirecta, equipo de traqueostomía urgente, fibrobroncoscopio) y humanos (dotación médicos y enfermeras intensivistas, especialistas en ORL, neumólogos, anestesiistas) necesarios para una situación de "vía aérea difícil" no están disponibles en un corto intervalo de tiempo.

CUARTO.- Por las razones expuestas y que quedan inequívocamente reflejadas en la documentación clínica, no podemos aceptar que se acuse al personal sanitario de actuar con desidia. Además, queda demostrado que sí existía una razón evidente para, por el bien de la paciente, no proceder a la extubación inmediata. Disculpamos y entendemos la actitud de [la reclamante], pero esta solamente se explica por su desconocimiento de las circunstancias".

Se aporta, asimismo, un informe del facultativo especialista de área de Cuidados Intensivos de 29 de julio de 2011, que indica que:

“(…) TERCERO.- La paciente ingresa en UCI el día 9 de Julio a las 23:40 h para control postquirúrgico, sedada, bajo ventilación mecánica. Es comentado verbalmente por el anestesista responsable durante la intervención al médico de guardia de la UCI, las dificultades técnicas para la intubación orotraqueal, además de ser reflejado en su informe.

CUARTO.- A su ingreso en UCI se valora situación neurológica, comprobando que obedece a órdenes verbales (ver notas de enfermería turno de noche de la UCI día 9 de Julio de 2010). Durante las primeras horas en la UCI, se decide por parte del médico de guardia, dadas las dificultades para su intubación, mantener sedación hasta confirmar estabilidad clínica para evitar riesgos al paciente.

QUINTO.- Al retirar sedación y extubar a la paciente, se objetiva facial central izquierdo con paresia de MSI (ver notas clínicas de UCI día 10 de Julio de 2010). Mantuvo en el postoperatorio inmediato por su patología vascular tratamiento con heparina sódica iv, siendo realizadas pruebas diagnósticas que descartaron la presencia de hemorragia y confirmaron la existencia de ACV A isquémico en territorio de la arteria cerebral media derecha. Valorada por los Servicios de: Unidad de Cuidados Intensivos, Servicio de Neurología y Servicio de Neurorradiología, se decide manejo médico conservador, siendo informada su familia.

SEXTO.- Durante su estancia en la UCI, la paciente el día 13 de Julio de 2010 presenta episodio de isquemia en la mano derecha, siendo realizada nueva intervención quirúrgica objetivándose material trombótico en el interior de la arteria humeral. Es dada de alta de UCI a hospitalización en planta el día 15 de julio de 2010.

La [reclamante] ha presentado en el postoperatorio inmediato la fatalidad de un ACVA isquémico impredecible, lamentablemente con importantes secuelas neurológicas. Sin embargo, bajo mi criterio basado en datos objetivos recogidos en la historia clínica, no se pueden atribuir a irregularidades y menos a negligencias durante su estancia en la UCI. El mantenimiento de un paciente bajo sedación con ventilación mecánica tras una intervención de estas características es un procedimiento que entra dentro de la práctica habitual, máxime cuando a su ingreso se ha comprobado la respuesta a órdenes verbales, y especialmente en aquellos casos en los que durante el procedimiento anestésico se han objetivado dificultades para la intubación orotraqueal. En estas situaciones de vía aérea de difícil abordaje, la prudencia aconseja no extubar al paciente hasta que se dispongan de todas las garantías (estabilidad clínica completa, reversión de la sedo analgesia, y presencia de endoscopista y otorrinolaringólogo por si fuese necesaria la realización de una traqueotomía urgente)”.

El Informe del servicio de Angiología y Cirugía Vascular, de 20 de julio de 2011, manifiesta:

“(...) Lamentablemente [la reclamante] ha sufrido una embolia cerebral con secuelas neurológicas importantes, sin embargo en absoluto pueden atribuirse a negligencias como se refiere en la reclamación. El mantenimiento de una persona intubada durante varias horas en el postoperatorio de una intervención vascular es frecuente y especialmente en aquellos casos en los que una reintubación puede ser dificultosa. Mucho menos debe atribuirse a desidia o falta de pericia profesional.

En cualquier caso, en mi área de responsabilidad directa como es el procedimiento vascular, no existe ninguna actuación que pueda

considerarse inadecuada y que haya contribuido a las limitaciones funcionales que presenta la paciente”.

El Informe del anestesiólogo que atendió a la reclamante de 26 de julio de 2011, manifiesta:

“(...) fue intervenida quirúrgicamente el día 9 julio 2010 por el Servicio de Cirugía Vascular, por presentar una embolia arterial aguda en el brazo derecho, empezando los propios cirujanos, con anestesia local, una embolectomía proximal con sonda de Fogarty que no dio resultado, por lo que fue necesario realizar un by-pass humerohumeral que requirió anestesia general, induciéndose según técnica habitual con fentanilo, propofol y succinilcolina para facilitar la intubación, siendo ésta dificultosa por presentar una glotis anterior con un grado de Cormack-Leahane IV. La enferma se ventiló con mascarilla facial sin dificultad, hasta que fue intubada.

La anestesia transcurrió sin incidencias y al finalizar la intervención se decidió trasladar a la enferma intubada, sedada y en ventilación mecánica para evitar el riesgo de complicaciones respiratorias (edema de glotis, espasmo laríngeo, etc.) durante el desplazamiento (que en ocasiones es prolongado, al estar en distinta planta) y realizar posteriormente una extubación segura y reglada, con todas las medidas de seguridad para la paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)”.

Se ha requerido, igualmente, informe de la Inspección Médica, en el que, tras exponer los hechos del caso, concluye:

“(...)Respecto a la decisión de mantener la intubación en UCI durante unas horas, parece una opción prudente valorando las posibles complicaciones que podían surgir si durante la noche precisaba una reintubación urgente por aparición de complicaciones,

dada la difícil intubación que había presentado la paciente en la cirugía previa. Lamentablemente no se pudo evitar la complicación posterior de infarto cerebral, a pesar de mantener las medidas de anticoagulación pertinentes.

A la vista de todo lo actuado anteriormente, no se encuentran datos que evidencien una mala praxis en el manejo de la paciente”.

Consta notificada por los servicios postales, en fecha 25 de noviembre de 2011, conforme a las exigencias del artículo 59 de la LRJ-PAC, la apertura del trámite de audiencia al reclamante.

En uso de dicho trámite, el 15 de diciembre de 2011, la reclamante presenta escrito de alegaciones en el que expresa su desacuerdo con el informe emitido por la Inspección Médica señalando, además, que el mismo solo está referido a una parte de su reclamación, omitiendo lo relativo al tratamiento rehabilitador recibido.

A la vista de las alegaciones, se solicita nuevo informe del servicio de Angiología y Cirugía Vascular, de 22 de marzo de 2012, en el que manifiesta que se cursó Interconsulta al Servicio de Rehabilitación, siendo valorada el día 21 de julio 2010, pautándose cinesiterapia neurológica en sala de gimnasio y remitiéndola al alta al Servicio de Rehabilitación de su Hospital de referencia.

Se solicita informe al Servicio de Rehabilitación del Hospital Príncipe de Asturias que emite, con fecha 31 de mayo de 2012 un informe en el que relata la asistencia prestada a la reclamante.

La Inspección Médica emite nuevo informe complementario, de 18 de junio de 2012, en el que concluye:

“A la vista de todo lo actuado anteriormente, no se puede determinar si no fue realizada la Rehabilitación durante los días que la paciente

estuvo ingresada en el Hospital Clínico San Carlos, ya que en la historia clínica consta que el día 21/07/10, le fue pautaada, y en ningún momento consta que no fuera realizada, como la paciente reclama. Es dada de alta el 23/07/10, remitiéndola de forma preferente al Servicio de Rehabilitación de su hospital de referencia.

Por otro lado, después del alta en el Hospital Clínico San Carlos, transcurren 20 días hasta que es vista por primera vez en el Servicio de Rehabilitación de su hospital de referencia (Hospital Universitario Príncipe de Asturias). Según expertos consultados, no parece probable que este tiempo de espera haya afectado a la recuperación final de la paciente, aunque considero que la actitud más correcta hubiera sido que se hubiera realizado un traslado con ingreso al Hospital Universitario Príncipe de Asturias para que la rehabilitación tuviera continuidad y fuera correctamente planificada hasta el alta”.

Con fecha 19 de octubre de 2012, se concede nuevo trámite de audiencia a la reclamante, no constando la presentación de alegaciones dentro del plazo concedido para ello.

Formalizado el trámite de audiencia, la viceconsejera de Asistencia Sanitaria formuló propuesta de resolución, de 10 de diciembre de 2012, en el sentido de desestimar la reclamación patrimonial.

CUARTO.- El consejero de Sanidad, mediante Orden de 13 de diciembre de 2012 que ha tenido entrada en el registro del Consejo Consultivo el 19 de diciembre siguiente solicita la emisión del preceptivo dictamen, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección II, presidida por la Excm. Sra. Dña. Rosario Laina Valenciano, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberado y aprobado, por

unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en su sesión de 16 de enero de 2013.

La solicitud del dictamen fue acompañada de la documentación que, numerada y foliada, se consideró suficiente.

A la vista de estos antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 13.1.f) 1º de su Ley Reguladora, 6/2007, de 21 de diciembre (LCC), y a solicitud de un órgano legitimado para ello, según el artículo 14.1 de la LCC.

El dictamen se emite dentro del plazo legal establecido por el artículo 16 LRCC.

SEGUNDA.- La reclamante está legitimada activamente para formular la reclamación de daños por responsabilidad patrimonial en nombre propio, al amparo del artículo 139 de la LRJ-PAC, por ser la persona afectada por los daños.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid al ser el Hospital Clínico San Carlos un hospital dependiente de la Comunidad de Madrid e integrado en sus servicios sanitarios.

Por lo que respecta al plazo para reclamar, el artículo 142.5 de la LRJ-PAC establece que prescribe al año de producirse el hecho lesivo y en el caso de daños físicos o psíquicos desde la curación o la determinación de las secuelas.

En este caso, la reclamante recibió el alta hospitalaria el 23 de julio de 2010 por lo que la reclamación (interpuesta el 8 de julio de 2011) está interpuesta en el plazo legal.

Los procedimientos de responsabilidad patrimonial han de tramitarse de acuerdo con lo dispuesto en el RPRP.

A estos efectos ha emitido informe los servicios de Cuidados Intensivos, Anestesiología y Cirugía Vascular en cuanto servicios a los que se imputa la causación del daño conforme establece el artículo 10 del RPRP y se ha concedido trámite de audiencia al reclamante conforme los artículos 84 de la LRJ-PAC y 11 del RPRP.

Igualmente, se ha solicitado informe a la Inspección Médica.

TERCERA.- Entrando ya a analizar el fondo de la pretensión que formula la reclamante, debemos partir de la consideración de que 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, supone la concurrencia de los siguientes requisitos, según una constante y reiterada jurisprudencia, de la que puede destacarse la sentencia del Tribunal Supremo de 15 de marzo de 2011 (recurso 3261/2009):

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, recoge dicha sentencia que:

“La jurisprudencia de esta Sala (por todas la STS de 1 de julio de 2009, recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) insiste en que “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 sanitario, la jurisprudencia ha utilizado como criterio para determinar el carácter antijurídico del daño la llamada *lex artis*, definida en la sentencia de 19 de junio de 2008 (recurso 2364/2004), 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.”

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).

La carga de la prueba correspondería al reclamante de la responsabilidad patrimonial conforme el artículo 217 LEC. Si bien, en ocasiones, en la materia sanitaria la jurisprudencia ha invertido la carga de la prueba, considerando la mayor facilidad probatoria de la Administración sanitaria, no es menos cierto que quien reclama debe probar, siquiera de forma indiciaria, la vulneración de la *lex artis*, momento en el que se produciría la

inversión de la carga de la prueba. En este sentido, la sentencia del Tribunal Supremo de 3 de diciembre de 2010 (recurso 3339/2006).

La presente reclamación, como ya se precisó, formula dos reproches a la actuación de los servicios sanitarios. En primer lugar considera incorrecta la decisión de mantenerla intubada, actuación que atribuye a desidia de los servicios sanitarios y, en segundo lugar, considera que hubo una descoordinación de los servicios sanitarios al no recibir de forma inmediata tratamiento rehabilitador.

El presente dictamen examinará ambos reproches por separado.

CUARTA.- En primer lugar, la reclamante considera que el mantenimiento de la intubación (que atribuye a mera desidia) tras la primera intervención quirúrgica impidió que el personal sanitario advirtiese la formación de un nuevo trombo en el cerebro y por tanto se produjese un accidente cerebro vascular isquémico.

Por el contrario, todos los informes de los servicios intervinientes, así como el de la Inspección sanitaria sostienen que el mantenimiento de la intubación era conforme a una buena práctica médica al tratarse de una paciente con un grado IV (el máximo) de la escala de Cormack-Lehane que mide la dificultad de intubación.

La reclamante no aporta prueba alguna que pueda desvirtuar las explicaciones ofrecidas tanto por los especialistas sanitarios que la atendieron como por la Inspección y tan solo en el trámite de alegaciones se limita a criticar las apreciaciones de la Inspección por considerar que son meramente subjetivas sin aportar ningún protocolo de actuación que las refrende, reproche que ha de ser rechazado, si tenemos en cuenta que los razonamientos de la inspección, lejos de obedecer a la subjetividad, tienen su causa en el conocimiento médico, dada su condición de profesional de la

medicina, que a mayor abundamiento, son compartidos por otros cuatro informes de médicos especialistas.

En segundo lugar, la *lex artis*, tal y como se ha definido con anterioridad, supone los criterios de actuación médica comunes ante un determinado problema, pero la misma no ha de estar necesariamente contenida en unos protocolos escritos. En este caso, la unanimidad de todos los médicos intervinientes (pertenecientes a tres especialidades distintas) y de la Inspección ante la corrección de la medida de mantener la intubación a la reclamante permite entender acreditado que la actuación médica se ajustó a la *lex artis*, partiendo del hecho notorio, frente a lo alegado por la reclamante, de que es imposible pretender sistematizar en protocolos escritos toda la práctica médica, ciencia que se caracteriza por ser inexacta (sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 19 de junio de 2012 (recurso 448/2012)).

QUINTA.- El segundo reproche formulado por la actora es el retraso en la aplicación del tratamiento rehabilitador que atribuye a que el servicio de rehabilitación se negó a tratarla al llevar una sonda.

Sin embargo, en la historia clínica (folio 117) se anota el 21 de julio de 2010 por el Servicio de Rehabilitación: “*Valorada paciente, se pauta tratamiento en Sala de Fisioterapia. Se avisará para comenzar*”.

El 22 de julio el Servicio de Neurología anota (folio 119): “*Según holter alta a domicilio para rehabilitación -ilegible-*”

En el informe de alta del 23 de julio (folio 182) se anota que “*se citará de forma preferente con rehabilitación de área para tratamiento*”.

El relato de los hechos efectuado en la reclamación no concuerda plenamente con estos antecedentes ya que no consta que se pautara rehabilitación inmediata sino tan sólo que se solicita interconsulta a

rehabilitación. Este Servicio no se niega a prestar la rehabilitación sino que valora a la reclamante e indica que se le avisará para comenzar el tratamiento en sala de fisioterapia.

Tan solo dos días después se da el alta y, de nuevo, la reclamación omite cualquier referencia a lo indicado en el informe de alta (necesidad de solicitar de forma preferente rehabilitación en el centro que le correspondía) sin indicar cuando solicitó el tratamiento al servicio de rehabilitación del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, donde es explorada el 12 de agosto (folio 170).

El informe del Servicio de Rehabilitación de dicho Hospital (folios 212-214) lamentablemente no contiene pronunciamiento alguno sobre la existencia o no de un retraso en el momento en que comenzaron a tratar a la reclamante. Hubiera sido igualmente deseable que el instructor del expediente hubiera solicitado informe al Servicio de Rehabilitación del Hospital Clínico San Carlos.

Tan solo el informe de la Inspección considera que hubiera sido más correcto trasladar ingresada a la reclamante al Hospital Príncipe de Asturias pero no estima probable que la espera haya afectado a la recuperación final de la reclamante.

Este Consejo no considera inadecuada la actuación del Hospital Clínico San Carlos cuyo Servicio de Rehabilitación valoró a la reclamante y estableció que se le avisaría el momento para iniciar la rehabilitación. Al ser dada de alta dos días después se le indicó que solicitase cita con carácter preferente al centro de referencia.

Además, consta en la historia clínica que el personal de enfermería, desde el 16 de julio (folio 121), comenzó a levantar a la reclamante al sillón de la habitación mañana y tarde, al mismo tiempo que realizaba curas diarias de las heridas quirúrgicas, comprobándose así que hubo un

tratamiento movilizador de la reclamante (dentro de las posibilidades que ofrecía su estado).

No hay constancia en el expediente ni la reclamante aporta dato alguno sobre el momento en que solicitó la cita al Hospital Príncipe de Asturias. Puesto que la reclamante no efectúa ningún reproche a este servicio ha de deducirse que la celeridad en la cita fue correcta a juicio de la reclamante. Por ello, no podemos afirmar que existiera un retraso imputable a la Administración sanitaria en la prestación del tratamiento rehabilitador.

De otro lado, la reclamante no llega a concretar que el retraso de 19 días en el inicio del tratamiento rehabilitador en el Hospital ocasionase un daño en la recuperación de las secuelas del ictus. El informe del Servicio de Rehabilitación no alude a que el inicio del tratamiento fuera tardío y, por el contrario, reconoce que, a raíz del tratamiento, el estado de la reclamante mejoró.

La reclamante se limita a hacer una referencia a que el inicio de la rehabilitación en el Hospital Clínico San Carlos hubiera evitado la “*pérdida de conexiones neuronales*” (folio 2), afirmación que no se ve respaldada por informe clínico alguno. Por el contrario, la Inspección considera que no parece probable que el iniciar la rehabilitación con anterioridad hubiera variado los resultados de la misma (folio 220).

En suma, tal y como recoge la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 17 de noviembre de 2010 (recurso 888/2009) “(...) *no existe dato objetivo alguno de que el retraso en el diagnóstico de la enfermedad celíaca haya producido cualquier patología en la demandante, ni física ni psíquica, y que sólo se habla de un probable aumento de las probabilidades ya existentes de que desarrolle alguna enfermedad, por lo que hemos de concluir que no existe daño efectivo derivado del retraso y no puede por ello reconocerse el derecho a percibir indemnización alguna*”.

Por tanto, al no acreditarse ni la existencia de un retraso imputable a la Administración ni que la evolución de la reclamante hubiera sido diferente que la que tuvo tras el tratamiento rehabilitador, no puede entenderse que exista un daño indemnizable.

Por todo lo expuesto el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la presente reclamación al no haberse acreditado la existencia de un daño antijurídico.

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 este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3.7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 16 de enero de 2013