

Dictamen n.º: **353/20**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **01.09.20**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 1 de septiembre de 2020, 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 D. y Dña., por retraso en el diagnóstico de ictus, en el Hospital Universitario La Paz.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 9 de abril de 2018, las personas citadas en el encabezamiento presentaron en el registro general de la subdelegación de gobierno en Guadalajara una reclamación de responsabilidad patrimonial en la que relatan que D. (...) estando en el centro de trabajo, sobre las 03:00 horas del día 9 de febrero de 2013, percibió que no veía nada por el ojo izquierdo, y acompañado por un compañero, acudió a Urgencias del Hospital Universitario La Paz donde lo examinaron, valoraron la existencia de una posible trombosis de arteria central de la retina y le pautaron única y exclusivamente que acudiera al día siguiente a las 9:30 horas a consulta de Oftalmología.

Refieren que de regreso al trabajo, D. (...) comenzó con incapacidad para la emisión del lenguaje y pérdida de sentido por lo que tuvo que regresar nuevamente al Hospital Universitario La Paz donde tras la realización de un TAC craneal fue diagnosticado de signos precoces de infarto agudo en territorio de ACM-I, se le pautó fibrinólisis intravenosa y reevaluado mediante Doppler TC, sin hallazgos de signos de recanalización, fue trasladado a la Unidad de Ictus del Hospital Universitario de La Princesa.

Indican que ya en el Hospital Universitario de La Princesa le realizaron pruebas médicas, se le diagnóstico una posible disección de carótida izquierda y *“se habla asimismo de infarto agudo en evolución”* pero se desestima el abordaje endovascular por existir un elevado riesgo de transformación hemorrágica motivo por el que fue trasladado para estudio a su hospital de referencia, el Hospital Príncipe de Asturias.

Señalan a continuación que el 14 de febrero de 2013 ingresó en el Hospital Príncipe de Asturias con el siguiente diagnóstico: disección arteria carótida izquierda supraclinoidea, ictus isquémico en territorio de arteria cerebral media derecha secundario al punto primero con afasia de predominio motor, disfagia orofaríngea y hemiplejía derecha secuelar, trombosis arteria central de la retina ojo izquierdo secundaria al punto primero e infección respiratoria probablemente broncoaspirativa, resuelta.

Expresan que por los hechos que relatan presentaron una denuncia penal seguida en el Juzgado de Instrucción nº 4 de Madrid, Diligencias Previas de Procedimiento Abreviado nº 832/2015 que fueron archivadas por Auto de la Audiencia Provincial de Madrid de 3 de abril de 2017, que les fue notificado el 7 de abril del mismo año.

Califican de imprudencia médica la asistencia dispensada en Oftalmología de Guardia del Hospital Universitario La Paz el día 9 de febrero de 2013 y consideran que, pese a que le detectaron síntomas de

trombosis en la arteria central de la retina del ojo izquierdo, al no diagnosticarle, en ese momento, un infarto agudo en territorio de la arteria cerebral media izquierda le ha producido a D. (...) un daño con consecuencias “*dramáticas*”.

Al respecto, indican que a D. (...) mediante resolución de 6 de febrero de 2014 se le ha reconocido un grado total de discapacidad del 96% con un baremo de movilidad reducida positivo (10), el 13 de febrero de 2014 la Seguridad Social le ha reconocido una situación de incapacidad permanente absoluta y la Dirección General de Coordinación de la Dependencia le ha reconocido una situación de dependencia en grado II, con cuidados en el entorno familiar a dedicación completa que presta su cónyuge y reclamante D^a (...).

Solicitan una indemnización de un millón de euros (1.000.000,00 euros).

El escrito de reclamación se acompaña del auto de 3 de abril de 2017 de la Audiencia Provincial de Madrid dictado en las Diligencias Previas 832/2015 y un mensaje LexNET de notificación de 6 de abril de 2017, el dictamen técnico facultativo del equipo de valoración y orientación de la Comunidad de Madrid de 6 de febrero de 2014, la resolución de grado de discapacidad de la directora general de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid de 6 de febrero de 2014, el dictamen propuesta de la directora provincial de la Seguridad Social de calificación del trabajador como incapacitado permanente en grado de absoluta de 14 de febrero de 2014 y la resolución de reconocimiento de la situación de dependencia y determinación del programa individual de atención de la directora general de Coordinación de la Dependencia de 3 de abril de 2014.

A requerimiento del SERMAS los reclamantes incorporan al expediente la denuncia presentada el 13 de febrero de 2015 en el

registro de entrada penal del Juzgado Decano de Madrid, contra el oftalmólogo de guardia y el Hospital Universitario La Paz, que dio lugar a la apertura de las Diligencias Previas 832/2015 en el Juzgado de Instrucción nº 4 de Madrid.

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

El paciente, nacido en el año 1962, acude el 9 de febrero de 2013 sobre las 03:00 horas al Hospital Universitario La Paz por pérdida súbita de visión en el ojo izquierdo.

El oftalmólogo de guardia observa, en el ojo derecho; macula y pupila bien, retina aplicada 360° y vítreo claro, en el ojo izquierdo; mancha rojo cereza, vasos filiformes, retina 360°, vítreo claro, E/P: 0,6. Se realiza paracentesis en el ojo izquierdo y con el diagnóstico de obstrucción de arteria central de la retina recibe alta con indicación de acudir por la mañana del mismo día, a las 9:30 horas a consulta de Oftalmología.

Alrededor de las 6:45 horas del mismo día regresa nuevamente a Urgencias del Hospital Universitario La Paz al presentar un nuevo cuadro de instauración brusca de alteración en la emisión y comprensión del lenguaje y déficit motor del hemicuero derecho. En la exploración física presenta una tensión arterial de 160/105, la exploración cardiaca, rítmica, sin soplos, sin ruidos sobreañadidos ni dolor abdominal. No se palpan masas ni megalias, sin edemas, ni signos de trombosis venosa profunda. En la exploración neurológica se encuentra consciente, con afasia motora, pupilas dilatadas farmacológicamente, amaurosis de ojo izquierdo, no valorable la campimetría.

Se realiza analítica, electrocardiograma, Rx de tórax, TAC craneal basal y Doppler TC. Con juicio clínico de ictus de ACM-I de origen indeterminado se inicia fibrinólisis y dada la ausencia de evolución

sintomática favorable se contacta con el Hospital Universitario de La Princesa para su traslado y valoración de rescate intraarterial.

A las 9:50 horas del mismo día 9 de febrero de 2013 ingresa en el Hospital Universitario de La Princesa para valorar tratamiento de rescate intravascular. A su llegada presenta NIHSS 18, midriasis arreactiva en el ojo izquierdo, Glasgow 10. A su llegada a Urgencias se realiza TC multimodal, TC basal y angioTAC, y en planta; TAC cerebral, analítica y gasometría venosa. Se identifican signos de disección de la carótida interna izquierda suprabulbar. Además existen trombos oclusivos en la división anterior (frontal) de M2 izquierda. Infarto establecido frontal e insular izquierdo. Penumbra en lóbulo parietal izquierdo.

Dado el área extensa de infarto, que se correlaciona con elevado riesgo de transformación hemorrágica en caso de reperfusión y la lesión vascular de base (disección carotídea), se desestima el abordaje endovascular, se pautan medidas antiedema farmacológicas y se inicia tratamiento antiagregante, descartándose en un primer momento anticoagulación dada la extensión del infarto y el riesgo de sangrado.

Durante el ingreso presentó cuadro febril en el contexto de síntomas respiratorios, con roncus dispersos y se inició tratamiento antibiótico con buena respuesta. También se inició nutrición enteral mediante sonda nasogástrica con buena tolerancia, y una vez descartado el abordaje endovascular, es derivado y trasladado a su hospital de referencia, el Hospital Universitario Príncipe de Asturias, hemodinamicamente estable y neurológicamente estacionado.

El 14 de febrero de 2013 ingresa en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias. El paciente se encuentra consciente con falta de atención. Heminegligencia derecha. Afasia motora comprendiendo solamente algunas ordenes muy sencillas de una sola secuencia.

Ausencia del reflejo de amenaza desde hemicampos derechos. Leve borramiento del surco nasogeniano derecho con menor movilidad gestual en hemicara derecha. Hemiplejia derecha global sin actividad motora voluntaria.

Se realiza TAC craneal en el que se observa una imagen en hemisferio cerebral izquierdo que ocupa la práctica totalidad del territorio irrigado por la ACM izquierda (edema citotóxico). Existe borramiento de surcos en hemisferio cerebral izquierdo en relación con edema. También se observa hiperdensidad de la ACM izquierda respecto a la contralateral. Existe una desviación de la línea media hacia la derecha de aproximadamente 12.5 mm, así como colapso del ventrículo lateral izquierdo. Se observa una ligera dilatación del ventrículo lateral derecho con obliteración parcial del 3º ventrículo y el 14º de calibre normal. Signos de herniación uncal izquierda y/o obliteración de las cisternas perimesencefálicas como signos de incipiente herniación transtentorial, con ventana de hueso no se observan alteraciones radiológicas significativas.

El 15 de marzo de 2013 se realiza un nuevo TAC craneal y se compara con el previamente realizado el día 14 de febrero de 2013. Se observa un área hipodensa frontoparietal izquierda corticosubcortical que tiene unos valores de atenuación medios menores que en el estudio previo en relación con lesión isquémica subaguda evolucionada y se observa una disminución significativa del edema del hemisferio cerebral ipsilateral.

Se incluyó en tratamiento rehabilitador en las unidades de fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia del Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Durante su estancia en planta el paciente mejoró de su conexión y nivel de alerta atención, desapareciendo la heminegligencia derecha y comenzando a tener actividad voluntaria en el miembro inferior derecho. Mejoró también de forma significativa la

comprensión de órdenes hasta ser capaz de obedecer órdenes secuenciales y combinadas y efectuar razonamientos lógicos.

El 3 de abril de 2013 es trasladado al Hospital Beata María Ana para continuar tratamiento neurorehabilitador.

El 29 de abril de 2013 ingresó de nuevo en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias por la presencia de un dolor abdominal, fiebre y leucocitosis en relación con un posible cuadro de colangitis aguda que se resolvió con tratamiento médico conservador.

Durante el ingreso fue valorado por el Servicio de Rehabilitación. Persiste en el paciente una hemiplejia derecha con afasia global. Ha superado la disfagia y lleva dieta de fácil masticación. En miembro superior derecho presenta dolor y limitación a la movilización pasiva a nivel del hombro y parte del codo derecho, con un recorrido de 90-100° en flexión. Comienza con retracción en flexión de muñeca y dedos. No tiene movilidad activa y tiene un aumento del tono en miembro superior derecho que afecta fundamentalmente a codo y muñeca. En miembro inferior izquierdo tiene actividad a nivel de cadera y rodilla con un BM Mil: tiene actividad a nivel de cadera y rodilla con un BM de 2+/5. No tiene actividad motora voluntaria a nivel del tobillo derecho. Precisa ayuda para transferencias y realiza marcha hemiparética derecha con ayuda de una persona por la habitación.

Recibe alta el 24 de mayo de 2013.

El paciente continuó tratamiento, de forma ambulatoria, en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario Príncipe de Asturias y seguimiento en el Servicio de Neurología y Oftalmología.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se 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 (LPAC).

Figura en el expediente la historia clínica del paciente del Hospital Universitario Príncipe de Asturias (folios 43 a 583), del Hospital Universitario de La Princesa (folios 584 a 627) y del Hospital Universitario La Paz (folios 628 a 664).

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81.1 LPAC, se ha incorporado al expediente un informe elaborado por el jefe de Servicio de Neurología del Hospital Universitario de La Princesa de 27 de septiembre en el que señala que el paciente fue derivado desde el Hospital Universitario La Paz, en el marco del protocolo de actuación recogido en el plan de atención al paciente con ictus de la Comunidad de Madrid una vez diagnosticado de ictus isquémico para valorar la posibilidad de realizar un tratamiento de rescate intravascular mediante una trombectomía mecánica, puesto que esa semana, era el centro hospitalario de guardia para la realización de dicho procedimiento terapéutico. Manifiesta que desde la llegada del paciente al centro hospitalario, a las 9:50 horas, presentó una situación neurológica de gravedad medida por una escala de déficit neurológico focal de 18 y una escala de Glasgow 10. Se realizó un estudio de neuroimagen avanzada mediante TC multiparametro y angio TAC que objetivó la presencia de un infarto cerebral extenso establecido sin un área de penumbra isquémica significativa asociado a una disección carotídea ipsilateral y por este motivo y por el alto riesgo de transformación hemorrágica, se desestimó el abordaje endovascular, no obstante, el paciente fue ingresado en la Unidad de Ictus para su estabilización y para la aplicación del protocolo de medidas generales de tratamiento del ictus, y cinco días después del ingreso, en situación de estabilidad hemodinámica, fue trasladado a su hospital de referencia.

También figura en el folio 624 un breve informe del médico adjunto de Oftalmología del Hospital Universitario La Paz en el que aclara:

“1° No estoy para nada seguro de que yo haya estado de guardia en el momento en que el paciente acude a la Urgencia.

2° De la misma manera, este paciente JAMÁS me fue presentado, ni consultado. En el expediente se habla de una doctora que le atendió.

3° Por tanto, sólo puedo juzgar desde fuera el caso que se me consulta.

4° A primera vista, me parece que la atención que se le dispensó al paciente se encontraba dentro de la lex artis. No eran consideradas en el momento de la consulta otras medidas adicionales a realizar por el paciente.

5° El evento retiniano (infarto retiniano) que sufrió el paciente debe verse como un proceso irreversible y cuya evolución se encuentra fuera de los procedimientos terapéuticos. Aparentemente, el mismo evento le ocasionó otros defectos neurológicos posteriores. Este escenario es muy infrecuente y no podía ser predecido.

6° Los defectos neurológicos no visuales pueden ser transitorios y reversibles. Un infarto retiniano no se considera reversible con tratamiento médico”.

No consta en el expediente que se haya solicitado ni emitido el informe de la Inspección Sanitaria.

En los términos anteriormente expuestos se concluyó la instrucción del procedimiento, y el 15 de noviembre de 2019 se dio traslado del expediente a los reclamantes para alegaciones. El 9 de diciembre de 2019 presentan escrito de alegaciones en el que reiteran

que las secuelas que padece D. (...) traen causa de la, a su juicio, deficiente asistencia sanitaria que le fue dispensada cuando acudió el día 9 de febrero de 2013 a Urgencias del Hospital Universitario La Paz y atendido por una oftalmóloga de guardia sobre las 5:12 horas no se adoptó ninguna medida inmediata para descartar que la oclusión de la arteria central de la retina podría ser el inicio sintomático de un ictus cerebral. Adjuntan un estudio del Servicio de Oftalmología del Hospital Universitario Puerta de Hierro sobre “*oclusión arteria central de la retina como primer signo de foramen oval persistente*”.

Finalmente, el 9 de marzo de 2020, el secretario del Servicio Madrileño de Salud, por delegación de la viceconsejera de Asistencia Sanitaria, formula propuesta de resolución que desestima por prescripción la reclamación presentada.

CUARTO.- El consejero de Sanidad formula preceptiva consulta que ha tenido entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el 4 de junio de 2020, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Rosario López Ródenas, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberada y aprobada, por unanimidad, en el Pleno de la Comisión en su sesión de 1 de septiembre de 2020.

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 a 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 se regula en la LPAC, dado que este procedimiento se incoó a raíz de la reclamación formulada con posterioridad a la entrada en vigor de dicha norma.

El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), en cuanto que es la persona que ha sufrido el daño supuestamente causado por una indebida asistencia sanitaria.

El escrito inicial de reclamación fue firmado por D. (...) por lo que no se planea ningún problema de representación.

En lo atinente a las secuelas físicas derivadas del ictus, carece D^a (...) de legitimación activa para reclamar, al no ser la perjudicada, correspondiendo la legitimación para reclamar su indemnización a la persona que las padece, habida cuenta de su consideración como daños personalísimos. De manera que D. (...), tal y como se ha indicado anteriormente se constituye como el titular del derecho a la indemnización, y por tanto, el que ostenta la legitimación directa para incoar el procedimiento.

Cuestión distinta es la referente a los daños morales que pueden sufrir los familiares del enfermo a resultas de su deteriorado estado de

salud resultante del ictus, para cuyo resarcimiento, tal como señaló en su día el Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, entre otros en su Dictamen 11/2015, de 21 de enero, sí ostenta legitimación activa D^a (...). La relación de parentesco con D. (...) no resulta acreditada en el expediente, lo que deberá subsanarse.

En cuanto a la legitimación pasiva para soportar la reclamación, le corresponde a la Comunidad de Madrid, ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende se atribuye a la asistencia prestada en el Hospital Universitario La Paz, centro público sanitario perteneciente a su red asistencial.

En cuanto al procedimiento, tal y como ha quedado expuesto en los antecedentes de hecho de este dictamen, según exige el artículo 81.1 de la LPAC, se ha recabado informe del servicio al que se atribuye la producción del daño, se ha incorporado al expediente administrativo la historia clínica del paciente, se ha admitido la prueba documental y no se ha solicitado ni emitido el informe de la Inspección Médica.

Respecto a la ausencia de informe de la Inspección Sanitaria, según la jurisprudencia y la doctrina mantenida al respecto por esta Comisión Jurídica Asesora, procedería la retroacción del procedimiento, sin embargo, en este caso, a pesar de la deficiencia observada, no se estima necesario que deba retrotraerse el procedimiento, dada la relevancia que tiene el tiempo transcurrido desde que ocurrieron los hechos por los que se reclama y la fecha de presentación de la reclamación, circunstancia, que tal como se examina a continuación, permite desestimar la reclamación presentada por haber prescrito el derecho a reclamar.

Instruido el procedimiento, en los términos anteriormente expuestos, se otorgó el trámite de audiencia previsto en los artículos 76.1 y 84 en relación con el 53.1.e) de la LPAC y, conforme al 81.2, se ha incorporado una propuesta de resolución.

TERCERA.- En relación con el plazo para ejercitar la acción de responsabilidad patrimonial, para que la reclamación pueda surtir efecto es necesario que haya sido formulada dentro del plazo que permite la ley, esto es, antes de haberse producido la prescripción del derecho a reclamar.

A tenor del artículo 67.1 de la LPAC, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año desde el momento de producción del hecho que motive la indemnización o desde la fecha en que se hayan manifestado sus efectos lesivos. Como particularidad, cuando los daños tengan carácter físico o psíquico, el plazo empezará a computarse desde la curación o, en su caso, desde la determinación del alcance de las secuelas.

En el presente caso, la reclamación de responsabilidad patrimonial se presentó el 9 de abril de 2018 y se está reclamando por la asistencia médica dispensada al paciente el día 9 de febrero de 2013 cuando D. (...) acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario La Paz por pérdida de visión en el ojo izquierdo y el oftalmólogo de guardia tras examinar al paciente le diagnostica obstrucción de arteria central de la retina y recibe alta con la indicación de que acuda a consulta de oftalmología a las 9:30 de la mañana del mismo día. Horas más tarde presenta brusca limitación para la emisión del lenguaje y acude nuevamente al centro hospitalario donde tras la realización de pruebas es diagnosticado de ictus isquémico.

Tal y como tiene señalado esta Comisión Jurídica Asesora, entre otros, en el Dictamen 122/18 y Dictamen 375/19, de 3 de octubre, el instituto de la prescripción, que se presenta como una exigencia de la seguridad jurídica, se configura en la ley como un plazo de prescripción y no como un plazo puramente procedimental, por lo que el no ejercicio del derecho dentro del mismo produce la extinción de éste.

En este punto ha de traerse a colación la doctrina del Tribunal Supremo sobre el *dies a quo* para ejercitar la acción de responsabilidad en el caso de daños permanentes y diferenciarlos de los daños continuados.

Al respecto, la sentencia del Tribunal Supremo de 7 de noviembre de 2017 (recurso 2992/2015) señalaba que *“a los efectos de la doctrina de la actio nata, esto es, cuándo se entiende que nace el derecho a accionar, distinguen entre daños permanentes y daños continuados o en evolución. Los primeros se identifican con los irreversibles e incurables, lo que no quita para que haya secuelas previsibles y como tal advertidas, que vayan evolucionando; los segundos son los que no permiten conocer el momento en que se producen los daños definitivos de forma que hasta que estos no quedan determinados no nace el derecho a reclamar”*. Y citaba la sentencia del Tribunal Supremo de 6 de mayo de 2015 (recurso de casación 2099/2013) – que se refiere a que un daño calificado como permanente -con secuelas ya conocidas– es compatible con tratamientos paliativos o de rehabilitación ulteriores para obtener una mejor calidad de vida, o a evitar eventuales complicaciones en la salud, o a obstaculizar la progresión de la enfermedad, pero no enervan la realidad de que el daño ya se manifestó con todo su alcance.

En nuestro caso, entendemos que los daños por los que se reclama deben ser calificados como permanentes puesto que horas más tarde de recibir el alta, el 9 de febrero de 2013 por parte del Servicio de Oftalmología de guardia del Hospital Universitario La Paz, el paciente sufre pérdida de fuerza para la emisión del lenguaje y acude nuevamente al centro hospitalario donde tras la realización de pruebas es diagnosticado de infarto agudo en territorio de la arteria cerebral media izquierda siendo trasladado, el mismo día, al Hospital de La Princesa para valorar rescate endovascular, que finalmente no pudo realizarse por el riesgo elevado de transformación hemorrágica, pero permaneció ingresado hasta el 14 de febrero que es trasladado a su

hospital de referencia, el Hospital Universitario Príncipe de Asturias, centro hospitalario en el que recibió tratamiento rehabilitador hasta el 24 de mayo de 2013 que recibe alta, y posteriormente recibió tratamiento rehabilitador, en régimen ambulatorio.

Figura en la historia clínica que en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias el paciente ingresó consciente, con falta de atención, heminegligencia derecha, afasia motora comprendiendo solamente algunas ordenes muy sencillas de una sola secuencia, ausencia del reflejo de amenaza desde hemicampos derechos, leve borramiento del surco nasogeniano derecho con menor movilidad gestual en hemicara derecha y hemiplejia derecha global sin actividad motora voluntaria, y tras el tratamiento rehabilitador recibido en las unidades de fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia, mejoro su conexión y nivel de alerta, desaparece la heminegligencia derecha y comenzó a tener actividad voluntaria en el miembro inferior derecho.

El día 24 de mayo de 2013 cuando es dado de alta, el paciente presentaba hemiplejia derecha y una afasia mixta con buena comprensión de órdenes sencillas pero con dificultad en las ordenes complejas y sin emisión del lenguaje.

Por tanto, a la fecha de alta del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, el 24 de mayo de 2013, quedó determinado el alcance de las secuelas por lo que cabe considerar que desde la precitada fecha los reclamantes tuvieron pleno conocimiento del daño y pudieron reclamar si consideraban que podía existir responsabilidad por parte de la Administración, por lo que la reclamación presentada el 9 de abril de 2018, se considera extemporánea.

Idéntica conclusión se alcanza si tenemos en cuenta que ya en el dictamen técnico facultativo emitido por la Junta del Centro Base nº 2 de la Comunidad de Madrid el día 20 de diciembre de 2013 el

interesado, en el momento del reconocimiento, presentaba las siguientes secuelas: afasia por accidente cerebral vascular agudo de etiología vascular, hemiplejía derecha por accidente cerebral vascular agudo de etiología vascular y pérdida de visión en un ojo de etiología vascular.

Tal y como tiene señalado esta Comisión Jurídica Asesora en reiterados dictámenes, entre otros, el Dictamen 30/17, de 26 de enero, haciéndonos eco de la doctrina del Consejo de Consultivo de la Comunidad de Madrid y de la jurisprudencia, la ley ha configurado el plazo como de prescripción, lo que supone que ciertas actuaciones pueden interrumpirlo y, en especial, el ejercicio de la acción penal.

Sin embargo, en nuestro caso, no produce efectos interruptivos de la prescripción las Diligencias Previas 832/2015 que culminaron con el auto de 3 de abril de 2017 de la Audiencia Provincial de Madrid, desestimatorio del recurso de apelación interpuesto contra el auto dictado por el Juzgado de Instrucción nº 4 de Madrid de 20 de diciembre de 2016 en el que se acordaba el sobreseimiento y archivo de las actuaciones, puesto que la denuncia fue presentada por los interesados el 13 de febrero de 2015, cuando ya había transcurrido más de un año desde que se pudo ejercitar la acción de responsabilidad patrimonial.

No obstante lo hasta ahora expuesto, aunque no hubiera prescrito el derecho a reclamar, a la vista del expediente examinado, no se aprecia que concurren los requisitos de responsabilidad patrimonial donde resulta acreditado que los facultativos que atendieron al paciente en su primera visita al Servicio de Urgencias actuaron conforme a la sintomatología que presentaba el paciente y así lo recoge el citado auto de la Audiencia Provincial de Madrid de 3 de abril de 2017 cuando expresa:

“de las pruebas documentales y periciales obrantes en el mismo acreditan que los facultativos que atendieron al recurrente no omitieron la diligencia debida en la intervención terapéutica practicada y así consta en autos que los facultativos que le atienden en primer lugar el día 9 de febrero de 2 013, realizan una valoración urgente y tras los síntomas que presentaba el recurrente le diagnosticaron una oclusión de la arteria central de la retina y se realiza una paracentesis de cámara anterior en ese OI y se le cita para que acuda a la consulta de Oftalmología cuatro horas después de producirse la primera atención médica, con posterioridad ya en su centro de trabajo comienza con sintomatología neurológica por lo que vuelve al servicio de urgencias, donde se le practican nuevas pruebas médicas como un TAC craneal de urgencia, en el que se aprecian signos de infarto agudo en territorio de la arteria cerebral media izquierda, por lo que se realiza fibrinólisis intravenosa y se traslada al Hospital de la Princesa, donde confirman el diagnóstico y se prescribe tratamiento farmacológico adecuado, logrando superar el infarto agudo pero quedándole como secuelas la pérdida completa e irreversible de la visión de su OI, como con secuencia de la oclusión de la arteria central de la retina de ese ojo sufrida, pues bien, el informe pericial obrante en autos expresa que todas estas intervenciones de los distintos facultativos se consideran ajustas a las prácticas médicas habituales, al apreciar de los informes médicos obrantes en autos la realización de una asistencia médica adecuada en cada momento de la evolución de la enfermedad padecida por el recurrente, así como la adopción de las pruebas médicas practicadas y las medidas terapéuticas adoptadas, todo ello acredita que el tratamiento aplicado fue el adecuado”.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial, al haber prescrito el derecho a reclamar frente a la Administración.

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 1 de septiembre de 2020

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 353/20

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid