

Dictamen nº: **82/21**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **16.02.21**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 16 de febrero de 2021, 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. ..... (en adelante “*la paciente*”), D. ...., Dña. ..... y D. ...., con representación letrada, por los daños y perjuicios sufridos, al considerar que hubo un retraso en el diagnóstico de un accidente cerebrovascular agudo en Urgencias del Hospital Universitario Severo Ochoa, de Leganés, así como un error en el traslado por el SUMMA 112.

#### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito de reclamación formulado por el abogado de las personas citadas en el encabezamiento de este dictamen, presentado el 25 de octubre de 2019 en el registro del Servicio Madrileño de Salud.

Refiere el escrito que el 28 de septiembre de 2018, el marido de la paciente observó que su mujer se encontraba con una ligera pérdida de atención, somnolienta, estado que se había ido acentuando desde los tres días anteriores. Por este motivo, afirman los reclamantes, decidió llamar a las “13:30 horas” al SUMMA 112, que se trasladó a su domicilio y, tras comprobar el estado de la paciente, decidió “*de modo unilateral*” el traslado a Urgencias del Hospital Universitario Severo Ochoa, a pesar de no tener Servicio de Neurocirugía. Señala la reclamación que el informe que realizó el SUMMA sobre el traslado y la situación de la paciente no les ha sido aportado, a pesar de haberlo solicitado con anterioridad a la reclamación.

Continúa el relato manifestando que la llegada al Hospital Universitario Severo Ochoa fue sobre las 13:30 horas (sic), aunque no se efectuó su ingreso hasta las 14:01 horas. Según afirman, se realizó a la paciente un análisis de sangre y estaba somnolienta, desorientada, pálida y sin fuerza, y con un nivel de conciencia Glasgow 9 (sobre 15). Refieren que, además, era incapaz de percibir e interactuar con los doctores con normalidad, tal y como relata la historia clínica, donde consta que “*responde con apertura de ojos a estímulos dolorosos. Moviliza miembro a estímulos dolorosos. Alguna palabra suelta a estímulos dolorosos*”. Afirma el escrito que todos estos signos eran claramente neurológicos y que a la entrada de Urgencias se debía haber advertido que estaba ocurriendo algo a nivel neurológico, “*una sencilla exploración neurológica (que no lleva más de 5 minutos) y un TAC hubiera sido la prueba más indicada*”. Según los reclamantes, esto hubiera descubierto la realidad de la sintomatología, una hemorragia interventricular, con hematoma en evolución en núcleo caudado izquierdo asociado, y una hidrocefalia comunicante.

Manifiesta la reclamación que lo único que hicieron los facultativos, en dos ocasiones, “*fue preguntar a los familiares si ella era así*”, negando ellos rotundamente que el estado de la paciente

fuera el habitual, pues la describieron como muy habladora y activa y quien se encargaba hasta este momento de todas las tareas domésticas, temas bancarios y gestiones familiares normales. A pesar de ello, señalan, en ese momento la paciente estaba apática, adormilada, cansada y sin responder a estímulos.

Según el escrito, a las 15:00 horas la paciente, tal y como consta en la historia clínica, tuvo vómitos y presentaba algo de fiebre (37.2°C), mientras estaba inconsciente. Afirman los reclamantes que los síntomas neurológicos seguían aumentando, sin que los facultativos realizaran ninguna prueba más, sin mayor observación de la paciente, que quedó en un box de Urgencias, aislada de su familia. Relatan que otro facultativo volvió a preguntar a los familiares si el comportamiento de la paciente era normal, a lo que ellos contestaron que *“no era normal que su madre estuviera prácticamente inconsciente, y que ese comportamiento era totalmente alarmante”*.

Afirma la reclamación que la paciente tuvo que perder la conciencia hasta nivel Glasgow 7 para que, *“por fin”*, a las 19:30 horas aproximadamente, seis horas después del ingreso, se percataran los facultativos de que podía ser algo neurológico. Señalan que se realizó entonces una TC craneal urgente que objetivó *“un hematoma en evolución en cabeza del núcleo caudado izquierdo y un sangrado interventricular con hidrocefalia secundaria”*.

Manifiestan los reclamantes que, puesto que el Hospital Universitario Severo Ochoa no disponía de Servicio de Neurocirugía, la paciente debió ser trasladada de manera urgente al Hospital Universitario de Getafe. Refiere el escrito que, a los pocos minutos de la llegada, se decidió intervención urgente. Según los reclamantes, se trató a la paciente de manera impecable, pudiendo salvar su vida, pero el retraso diagnóstico de más de 6 horas originó las graves secuelas físicas y cognitivas que hoy sufre.

Relata la reclamación que, tras la intervención en el Hospital Universitario de Getafe, la paciente fue mantenida en la UCI hasta el 2 de octubre de 2018, fecha en que pasó a planta. Tuvo que ser reintervenida mediante ventriculostomía endoscópica el día 4 de octubre de 2018, *“para retirar la leve persistencia de hidrocefalia no comunicante”*, alimentándose por vía durante su estancia en planta.

Según el escrito, el 29 de octubre de 2018 fue dada de alta y trasladada al Hospital Fundación Instituto San José, centro rehabilitador en el que permaneció ingresada hasta el 21 de diciembre 2018 y que, afirman los reclamantes, al alta emitió un informe en el que se muestran sus daños neurológicos. Manifiestan que, a día de hoy, los familiares están a la espera del reconocimiento de la situación de dependencia de la paciente que, además, acude a un centro rehabilitador neurológico privado, con un coste de 920 euros mensuales.

Reprocha la reclamación que desde el domicilio de la paciente se tardaban exactamente los mismos minutos en llegar al Hospital Universitario Severo Ochoa que al Hospital Universitario de Getafe. Y se desconoce por qué no se llevó primero a la paciente a un centro donde dispusieran de todos los medios para estudiar correctamente su dolencia. Afirman los reclamantes que, de haberse llevado directamente a este centro, con toda probabilidad se la habría tratado antes, y las más de seis horas de retraso diagnóstico, vitales, se habrían evitado.

Según el escrito, en la primera opción, el Hospital Universitario Severo Ochoa, el trayecto tenía una duración de 9/10 minutos en coche, *“que teniendo en cuenta el tráfico interior de la ciudad de Leganés, era impredecible”*. Sin embargo, afirman los reclamantes, la opción del Hospital Universitario de Getafe era mucho más directa, aunque fueran más kilómetros pues, al ir por la carretera, la

ambulancia podría haber llegado a Getafe en los mismos o incluso menos minutos.

También reclama el escrito que, a pesar de haberlo solicitado, no se les ha facilitado a esa parte el informe que realizaron los facultativos de la ambulancia durante el traslado a la paciente hasta el Hospital Universitario Severo Ochoa que, según señalan, resulta imprescindible para poder saber si la negligencia comenzó en el traslado o si, por el contrario, los facultativos en su informe avisaron también al servicio de Urgencias de un posible daño neurológico.

En consecuencia, alegan los reclamantes el retraso en el diagnóstico, la infravaloración de la sintomatología del paciente y la pérdida de oportunidad pues, una vez en el Hospital Universitario Severo Ochoa, se ignoraron por completo los claros síntomas neurológicos de la paciente (somnolencia, desorientación, falta de fuerza, palidez, y en menos de una hora, fiebre y vómitos). Por ello, afirma el escrito, la paciente pasó, ante la inactividad del Servicio de Urgencias, de un estado de conciencia Glasgow 9 a 7, empeorando a cada minuto durante su ingreso.

Manifiestan los reclamantes que los facultativos debieron pensar *“que sería una anciana más que había venido a pasar la tarde a Urgencias”*, por lo que afirman que la paciente tuvo que empeorar drásticamente para que se la tuviera en cuenta, pero para entonces ya era demasiado tarde, el retraso diagnóstico había ocasionado que el daño de la paciente aumentara, siendo por tanto el propio servicio de Urgencias responsable de su falta de diligencia, cuidado y observación de la paciente.

Concluye el escrito afirmando que la paciente es ahora absolutamente dependiente en sus tareas más básicas del día a día, precisa rehabilitación neurológica constante para intentar mejorar o

mantener su estado de salud y, además, vive en un cuarto sin ascensor, por lo que ya el simple hecho de salir de su domicilio supone un desafío, y requiere de la asistencia de sus familiares para ello. Relatan los reclamantes que tanto su marido, que sufre de epilepsia y los ataques que tenía, controlados hasta la fecha, han reaparecido con esta situación, como sus dos hijos se han volcado en su cuidado y no reparan en gastos con la esperanza de mejorar su estado. La acompañan tres veces por semana a la clínica privada de rehabilitación, con todo lo que ello conlleva respecto al abandono de otras obligaciones o actividades. Señalan que todos estos gastos han sido tenidos en cuenta a la hora de realizar la reclamación.

Por último, aplicando, según la reclamación, “*a título orientativo y de forma muy ponderada*” la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, por la que se da publicidad a las cuantías de las indemnizaciones básicas por lesiones permanentes en accidentes de tráfico, solicitan indemnización por los siguientes conceptos:

Lesiones temporales: 13.085,20 euros, consecuencia de sumar 7.155,20 euros por perjuicio particular (49 días graves, 5 días muy graves y 2 intervenciones quirúrgicas) y 5.930 euros por perjuicio patrimonial (daño emergente, gastos resarcibles).

Secuelas: 982.888,42 euros, que es el total de la suma de 79.991,49 euros de perjuicio básico (48 puntos de perjuicio psicofísico y 3 puntos de perjuicio estético), 183.337,20 euros de perjuicio particular (perjuicio moral por pérdida de calidad de vida personal y familiar), y 719.559,73 euros por daño emergente (adecuación de vivienda: 152.781 euros; incremento de costes de movilidad: 61.112,40 euros; ayuda de tercera persona: 505.666,33 euros).

La reclamación se acompaña de determinada documentación médica acreditativa de la atención sanitaria dispensada a la paciente, solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia, fotocopia del Libro de Familia y contrato de prestación de servicios de rehabilitación.

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

Se trata de una paciente de 70 años, para la que se solicita asistencia del SUMMA 112 el día 28 de septiembre de 2018, a las 13:24 horas. La sintomatología que refieren los alertantes es cansancio desde tres días antes, encamada, sin fiebre, ni vómitos, ni algias, ni diaforesis, ni focalidad neurológica, ni antecedentes de cardiopatía o diabetes mellitus. Al hablar por teléfono desde el SUMMA con la paciente la encuentran con bradipsiquia. Se envía ambulancia para traslado al hospital más cercano, que es el Hospital Universitario Severo Ochoa. La ambulancia acude al domicilio a las 13.41 horas y llega al hospital a las 13.59 horas.

Es atendida por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Severo Ochoa a las 14 horas del citado día 28 de septiembre de 2018 por cuadro de 3 días de evolución de disminución del nivel de conciencia y funcionalidad, sin ningún cambio en fármacos o fiebre o focalidad neurológica o infecciosa dolorosa. En la exploración física presenta palidez cutánea. Auscultación pulmonar normal. AC: rítmica sin soplos. Abdomen globo vesical. Extremidades inferiores sin edemas. En la exploración neurológica se objetiva disminución del nivel de conciencia. Responde con apertura de ojos a estímulos dolorosos. Alguna palabra suelta a estímulos dolorosos y verbales. Fuerza: debilidad en miembros inferiores 3/5. Sensibilidad normal. Reflejo CP flexor. Glasgow 9-10.

Se realiza radiografía de tórax: sin pinzamiento de senos costofrénicos, índice cardiotorácico en límite alto de normalidad, sin alteraciones en el parénquima pulmonar.

En radiografía de abdomen se objetiva luminograma aéreo inespecífico, sin dilatación de asas ni datos de obstrucción.

La paciente permanece hemodinámicamente estable hasta las 15.30 horas, en que tiene un episodio de vómitos de contenido bilioso con tiritona, temperatura de 37,2 y tensión arterial 130/95, por lo que se extraen hemocultivos.

Posteriormente, presenta un empeoramiento progresivo del nivel de conciencia hasta Glasgow 7 (ojos 2, verbal 1, motor 4), con reflejo cutáneo plantar extensor izquierdo, indiferente el derecho, pupilas isocóricas, mióticas, arreactivas, con tensión arterial 140/95, por lo que se realiza TC de cráneo urgente, a las 18:22 horas, en el que se observan los siguientes hallazgos: TC sin y con contraste: hidrocefalia con borramiento de forma generalizada a nivel supratentorial y un índice de Evans de 0,45. Se aprecia hematoma intraventricular de 26 mm de diámetro máximo en asta frontal del ventrículo lateral izquierdo (VLI) y niveles de líquido cefalorraquídeo-sangre en astas occitales. Se identifica también imagen hiperdensa en suelo de tercer ventrículo próximo al inicio del acueducto de Silvio sugerente de restos de sangrado. Lesión hipodensa de 20 mm. de diámetro máximo adyacente a asta frontal izquierda en la región de cabeza del núcleo caudado, con pequeños focos hiperdensos en el estudio basal y que no presenta captación de contraste, hallazgos sugerentes de hematoma en evolución en dicha localización.

Conclusión: hallazgos que sugieren hematoma en evolución en cabeza de núcleo caudado izquierdo. Sangrado intraventricular con hidrocefalia secundaria.

A la vista de tales datos, la doctora responsable se pone en contacto con los Servicios de Neurocirugía y UCI del Hospital Universitario de Getafe, con quienes se acuerda el traslado de la paciente a dicho Hospital, previa valoración por la UCI del Hospital Universitario Severo Ochoa para establecer las condiciones del traslado. Se coloca tubo endotraqueal del número 7 y vía central subclavia izquierda. El diagnóstico es de hematoma en evolución en cabeza de núcleo caudado izquierdo y sangrado intraventricular con hidrocefalia secundaria. El traslado se realiza en UVI móvil que, según refiere el informe del SUMMA 112, tarda 27 minutos en el trayecto, llegando la paciente al Hospital Universitario de Getafe a las 20.38 horas.

A su llegada al Hospital Universitario de Getafe, la paciente presenta pupilas mióticas simétricas, reactivas, bajo los efectos de sedorelajación en el traslado, TAS 130, saturación O<sup>2</sup> 100%. Glasgow 7 (M5, O1, V1).

Se decide repetir TC craneal, que no presenta cambios respecto al previo, objetivándose lesiones cerebrales en ventrículo lateral izquierdo y tectum mesencefálico. Hidrocefalia obstructiva por obliteración del acueducto secundario a lesión en el tectum. Se identifican dos lesiones hiperdensas, una de ellas localizada en el asta anterior del VLI (29 mm.) y la otra en el tectum mesencefálico (17 mm.). Esta última oblitera el acueducto de Silvio y produce marcada hidrocefalia obstructiva supratentorial, que asocia leve edema trasependimario en relación con signos de actividad, aunque con cierto grado de cronicidad. Se observa un área predominantemente hipodensa a nivel del núcleo caudado que podría corresponder a parte de la lesión descrita en el ventrículo izquierdo, pudiendo tener un componente tanto intra como extraventricular. El diagnóstico, por las características radiológicas de las lesiones, es de probable metástasis

de primario sistémico con sangrado agudo como primera posibilidad (melanoma, coroides, pulmón, mama, riñón), siendo poco probable que corresponda a un hematoma organizado por su morfología. Se objetivan restos hemáticos en porciones declives de ventrículos laterales. Sin signos de herniación intracraneal.

Dado el deterioro del nivel de conciencia se decide intervención urgente mediante colocación de drenaje ventricular externo. La paciente es intervenida el mismo día 28 de septiembre de 2018, mediante colocación de drenaje ventricular externo. El procedimiento cursa sin complicaciones y la paciente pasa a UCI para cuidados postoperatorios.

Durante su estancia en UCI y con drenaje ventricular abierto, la paciente evoluciona favorablemente, siendo posible su extubación y el inicio de tolerancia oral sin dificultades. El día 2 de octubre de 2018 pasa a planta de Neurocirugía.

El 3 de octubre de 2018 se realiza resonancia magnética con los siguientes hallazgos: se visualiza imagen hiperintensa tanto en T1, en T2 con caída de señal en la secuencia de eco de gradiente, restricción de difusión y realce heterogéneo tras administración de contraste, en la cabeza del núcleo caudado izquierdo. No ejerce efecto de masa ni provoca edema vasogénico. Probable hematoma intraparenquimatoso en evolución aguda. No se observan nuevas lesiones hemorrágicas intraaxiales. Derivación ventrículo peritoneal con entrada a frontal derecha y el extremo distal del drenaje localizado en tercer ventrículo. Sin evidencia de complicaciones pericatéter. Disminución de la ventriculomegalia global respecto al estudio del 28 de septiembre de 2018. Mínimo edema trasependimario. Movilización del hematoma intraventricular que se localiza en asta occipital del ventrículo izquierdo. No se observan lesiones isquémicas agudas. Fosa posterior sin hallazgos.

El 4 de octubre de 2018, dada la persistencia de leve hidrocefalia no comunicante, se realiza ventriculostomía endoscópica. El procedimiento transcurre sin complicaciones y la paciente pasa a planta con drenaje ventricular abierto. Se realizan TCs de control el 11 y el 13 de octubre de 2018. En este último, que no muestra complicaciones, se compara con estudio previo del día 11 visualizando similar hidrocefalia, con catéter de drenaje frontal derecho, con extremo distal en tercer ventrículo. Persiste también similar el contenido hemorrágico intraventricular y en cisterna supraselar. Línea media centrada. Sin evidencia de herniaciones.

El día 13 de octubre de 2018, tras permanecer cerrado durante 48 horas, se retira drenaje ventricular. Se realiza TC craneal el día 14 de octubre de 2018, que objetiva cambios postquirúrgicos en relación con agujero en región frontal derecha en relación con derivación ventricular externa, ahora retirada de catéter, identificando burbuja de neumoencéfalo en asta frontal del ventrículo derecho. Con respecto a estudio previo realizado el 13 de octubre, persiste componente hemorrágico agudo en ambas astas occipitales del sistema ventricular, así como en cisterna supraselar, sin cambios. Hidrocefalia tetraventricular de tamaño similar, sin cambios significativos. Estructuras de línea media centradas.

Dada la estabilidad clínica y hemodinámica de la paciente, el 29 de octubre de 2018 es trasladada con tratamiento a un centro de rehabilitación funcional. En el momento del alta, la paciente se encuentra en Glasgow 15/15, sin focalidad neurológica y en tratamiento rehabilitador. Tiene alimentación vía oral y no lleva sondaje urinario.

Permanece ingresada en el Hospital Fundación Instituto San José desde el 29 de octubre de 2018 hasta el 21 de diciembre de 2018, fecha en que recibe el alta por fin de tratamiento. Durante el ingreso

realiza rehabilitación y terapia ocupacional. La evolución funcional es satisfactoria, deambulando al alta sin ayudas técnicas con supervisión, limitada por deterioro cognitivo establecido. Precisa ayuda parcial para todas las actividades de la vida diaria, incontinencia urinaria ocasional de urgencia. Presenta alteraciones en atención y memoria que le dificultan la realización de las actividades de la vida diaria. Se recomienda seguir en domicilio las instrucciones de terapia ocupacional.

El 15 de marzo de 2019 se realiza a la paciente resonancia magnética craneal en el Hospital Universitario de Getafe: se objetiva fosa posterior de tamaño y morfología normal con cuarto ventrículo de calibre normal y sin alteraciones en unión mesencéfalo-protuberancial. Supratentorialmente, el sistema ventricular se encuentra moderadamente dilatado, sugestivo de hidrocefalia comunicante con mínimo edema transependimario bifrontal. Infarto lacunar antiguo en cabeza de núcleo caudado izquierdo con zonas de restricción del agua libre que traduce reinfarto focal agudo. Desviación del tabique nasal hacia la izquierda.

En comparación con estudios previos, clara mejoría radiológica.

El 2 de abril de 2019 la paciente acude a consulta de Neurocirugía en el Hospital Universitario de Getafe. Se mantiene clínicamente estable, presenta lagunas y momentos de desorientación pero los familiares refieren que ha mejorado progresivamente desde hace meses. Camina con marcha cautelosa pero sin aumento de braceo ni de número de pasos. Camina sin ayuda sin problemas. Dada la estabilidad clínico-radiológica, no se considera indicada válvula en ese momento. Se pauta revisión en 6 meses.

El 15 de octubre de 2019 acude a revisión de Neurocirugía en el Hospital Universitario de Getafe. La paciente se encuentra totalmente estable desde el punto de vista neurológico. Camina sin aumento de

base de sustentación y mantiene alteración de la memoria reciente aunque no presenta bradipsiquia y ha mejorado respecto a su situación previa. No presenta clínica de hidrocefalia, por lo que el doctor no cree indicada cirugía para colocación de válvula.

Plan: alta por parte del Servicio de Neurocirugía y control por su médico de Atención Primaria. Se hace constar que si se produce un empeoramiento de la marcha o alteración cognitiva sobreañadida que sugiera descompensación sugestiva de hidrocefalia activa, remitir a consulta de nuevo.

**TERCERO.-** Presentada la reclamación, se inició el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo de lo dispuesto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC), de lo que se dio traslado a los reclamantes.

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la paciente del Hospital Universitario Severo Ochoa y del Hospital Universitario de Getafe (folios 68 a 82 del expediente).

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, se ha recabado el informe del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Severo Ochoa, emitido el 12 de noviembre de 2019 por el jefe de la unidad. Refiere el informe que *“de acuerdo a todos los protocolos existenciales y al plan de atención al ictus de la Comunidad de Madrid, (no a afirmaciones gratuitas y sin base científicas como ocurre en la reclamación) en este caso se procedió en todo momento de acuerdo a las recomendaciones a seguir ante un paciente de esas características: evaluación clínica, analítica y posteriormente realización de un TAC si la valoración anterior no es positiva. No se produjo un retraso sustancial en la realización de las pruebas, se actuó con diligencia para garantizar la seguridad y posterior tratamiento de la*

*paciente y se informó además a la familia, de la situación, del diagnóstico y pronóstico de la paciente, por tanto no existió ninguna actuación que no fuera perfectamente ajustada a lex artis”.*

Con fecha 4 de febrero de 2020 emite informe la directora médica de Coordinacion y Transporte Sanitario del SUMMA 112, quien contesta de modo exhaustivo a todas las cuestiones planteadas por las reclamantes, rebatiendo sus afirmaciones y señalando que “*... procede destacar que en nuestro servicio no tomamos decisiones unilaterales, sino protocolizadas y en función de los recursos disponibles y de la demanda asistencial, y el centro sanitario al que se traslada un paciente con carácter de urgencia, es al más cercano al lugar del aviso, excepto en las ocasiones descritas.*

*En este caso, y con los síntomas inespecíficos que presentaba, un paciente requiere de estudio y pruebas complementarias para poder llegar a un diagnóstico, previo a derivar al mismo a un servicio de tratamiento, en este caso de Neurocirugía y este estudio puede ser realizado en todos los hospitales de la CM, incluido el Hospital Severo Ochoa. Por todo ello, desde nuestro entender consideramos que se prestó una actuación asistencial correcta en tiempo y forma, puesto que en ambas llamadas, desde el centro coordinador se asignó un recurso idóneo, la resolución de las llamadas fue adecuada y los tiempos de ambulancia en todas sus fases acordes a los estándares”.*

Por último, se ha incorporado al procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria, de 28 de mayo de 2020, que, tras examinar la historia clínica de la paciente, los informes emitidos en el curso del procedimiento y efectuar las oportunas consideraciones médicas, concluye que la asistencia prestada se ajusta a la *lex artis*.

Una vez instruido el procedimiento, mediante oficio de 1 de diciembre de 2020, se confirió trámite de audiencia a los reclamantes, por medio de su abogado. El abogado de los reclamantes presenta

escrito de 30 de diciembre de 2020, cuestionando tanto el informe de la Inspección Sanitaria como el del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Severo Ochoa.

Refiere dicho escrito que el informe del jefe del servicio cuya actuación es objeto de reproche omite reconocer que la historia clínica advierte, una y otra vez, que la paciente llegó a Urgencias, sobre las 13:40 horas aproximadamente, con un Glasgow 9-10. Relata que, posteriormente, sufre una disminución del nivel de conciencia a Glasgow 7, a las 15:30 horas, y sigue sin realizarse un TAC que, según los reclamantes, se realiza a las 19:30 horas, con la excusa de que se encontraba hemodinámicamente estable cuando, afirman, *“cualquier neurólogo debe saber que un paciente puede estar hemodinámicamente estable” y, no obstante, estar sufriendo un ictus”*. Señalan también en su escrito que el jefe de la Unidad de Urgencias confunde síntomas que orientan a focalidad neurológica (como puede ser un ictus) con diagnóstico específico del mismo, de modo que, reiteran los reclamantes, si no se realiza un TAC difícilmente puede alcanzarse un diagnóstico temprano. Por último, afirman que tampoco contiene la historia clínica el informe del Servicio de Radiodiagnóstico sobre el TAC, con su hora de realización, ni el informe de exploración neurológica y las hojas de evolución del ingreso en el Hospital Universitario Severo Ochoa que, según ellos, han desaparecido.

Finalmente, el 20 de enero de 2021 se formula propuesta de resolución por el viceconsejero de Asistencia Sanitaria, en la que se desestima la reclamación al no existir evidencia de que la asistencia haya sido incorrecta o inadecuada a la *lex artis*.

**CUARTO.-** El 22 de enero de 2021 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 32/21 al letrado vocal D. Francisco Javier Izquierdo Fabre, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 16 de febrero de 2021.

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, iniciado a instancia de parte interesada, según consta en los antecedentes, ha de ajustarse a lo dispuesto en la LPAC, dada la fecha de presentación de la reclamación.

En cuanto a la legitimación activa para instar el presente procedimiento de responsabilidad patrimonial, cabe señalar que no sólo reclama la propia paciente, legitimada en todo caso al ser la persona que ha sufrido la actuación sanitaria objeto de reproche, sino también su marido y sus dos hijos mayores de edad. Al respecto, es

preciso recordar la doctrina de esta Comisión Jurídica Asesora en relación con los daños y secuelas sufridos por la paciente, que deben reputarse de carácter personalísimo (Dictamen 523/19, de 5 de diciembre, entre otros muchos) y cuya reclamación sólo a ella compete. En el sentido expuesto se ha pronunciado la Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección 8<sup>a</sup>, del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en Sentencia de 15 de marzo de 2011, al afirmar *“la falta de legitimación activa de las reclamantes -viuda e hijo del paciente fallecido-para reclamar por las secuelas y daños sufridos por su marido y padre si este no lo hizo ya que la reclamación de indemnización por secuelas es un derecho de carácter personalísimo y, por lo tanto, no es transmisible mortis causa, ni los hijos del fallecido tienen el carácter legal de perjudicados pues no cabe el derecho a una indemnización que no era debida a su padre, en tanto éste, en vida, por el motivo que fuera, no consideró procedente solicitarla. En suma, la indemnización por razón de secuelas deriva de los padecimientos o sufrimientos personales del paciente y, por lo tanto, constituye un daño moral resarcible económicamente a la persona afectada, pero como ésta no lo reclamó y no se llegó a declarar su derecho a dicha indemnización nada podía transmitir al respecto y sucesoriamente, a sus herederos”*.

De igual modo, incluyen los reclamantes en el importe de la indemnización el perjuicio moral por pérdida de calidad de vida familiar. En este sentido, el artículo 110 de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, determina que *“1. El perjuicio moral por pérdida de calidad de vida de familiares de grandes lesionados compensa la sustancial alteración que causa en sus vidas la prestación de cuidados y la atención continuada de dichos lesionados cuando han perdido la autonomía personal para realizar la casi totalidad de actividades esenciales en el desarrollo de la vida ordinaria (...) 4. La legitimación para reclamar la reparación de este perjuicio se atribuye en exclusiva al*

*lesionado, quien deberá destinar la indemnización a compensar los perjuicios sufridos por los familiares afectados”.*

No obstante, en el presente supuesto, cabe también reseñar que los reclamantes, a la hora de fijar el citado quantum indemnizatorio, engloban de modo erróneo en el concepto de “secuelas” determinados gastos, como los de adecuación de la vivienda o la ayuda de tercera persona, que no responden a tal concepto ni son puramente daños físicos o morales de la paciente, por lo que, en el supuesto de que hubieran sido por ellos sufragados, les otorgarían legitimación activa para instar su resarcimiento a través de esta reclamación. En todo caso, es preciso señalar que la reclamación se limita a enunciar tales gastos, con cantidades que pudieran parecer excesivas, sin soporte documental que acredite su realización.

La relación de parentesco entre todos los reclamantes ha quedado debidamente acreditada con el Libro de Familia

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto la asistencia sanitaria se prestó por el Hospital Universitario Severo Ochoa y el SUMMA 112, que forman parte de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

En cuanto al plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas (cfr. artículo 67.1 de la LPAC). En el presente caso, el alta definitiva de la paciente por parte del Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario de Getafe tiene lugar el 15 de octubre de 2019, de modo que la reclamación, presentada el 25 de octubre de 2019, ha sido formulada en plazo.

En relación con el procedimiento, no se observa ningún defecto en su tramitación. Se ha recabado informe de los servicios implicados en el proceso asistencial del paciente. Consta que el instructor del procedimiento solicitó también un informe a la Inspección Sanitaria, que obra en el expediente. Tras la incorporación de los anteriores informes, se dio audiencia a los reclamantes, que realizaron alegaciones en el sentido ya expuesto. Por último, se ha formulado la correspondiente propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación que ha sido remitida, junto con el resto del expediente, a la Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

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

**TERCERA.-** Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución Española, a cuyo tenor: *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de mayo de 2016 (recurso 2396/2014) recoge lo siguiente a propósito de las características del sistema de responsabilidad patrimonial:

*“(...) el art. 139 de la LRJAP y PAC, establece, en sintonía con el art. 106.2 de la CE , un sistema de responsabilidad patrimonial :*

*a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral".*

Según abundante y reiterada jurisprudencia, para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con 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 de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor, y d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

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 la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de septiembre de 2017 (recurso 787/2015), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, *“en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria 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, que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, 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. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha lex artis respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado”*.

Tampoco puede cuestionarse la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, mediante una regresión a partir de la evolución posterior de la enfermedad de los pacientes.

Así lo ha manifestado el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en Sentencia de 28 de marzo de 2016 (recurso 45/2014) según la cual:

*“No es correcto realizar una interpretación de lo acontecido conociendo el resultado final. La calificación de una praxis*

*asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio "ex post", sino por un juicio ex ante, es decir, si con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la diagnosis o tratamiento puede considerarse que tal decisión es adecuada a la clínica que presenta el paciente".*

**CUARTA.**- Los reclamantes reprochan a la sanidad pública, por un lado, el retraso en el diagnóstico, la infravaloración de la sintomatología del paciente y la pérdida de oportunidad pues, una vez en Urgencias del Hospital Universitario Severo Ochoa, se ignoraron por completo los claros síntomas neurológicos de la paciente. Por otro lado, cuestionan por qué no se llevó primero a la paciente a un centro donde dispusieran de todos los medios para estudiar correctamente su dolencia, ya que desde el domicilio de la paciente se tardaban exactamente los mismos minutos en llegar al Hospital Universitario Severo Ochoa que al Hospital Universitario de Getafe.

Por tanto, en este caso, la imputación del daño al servicio público se objetiva como omisión de medios y la determinación de si se adoptaron las medidas necesarias para llegar al diagnóstico de la enfermedad y si los facultativos implicados en el proceso asistencial del paciente actuaron conforme a la *lex artis* se convierte en la cuestión a examinar.

Para evaluar la corrección de una concreta práctica médica hay que estar a la situación y síntomas del momento en que se realiza ésta. 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, la Sentencia del Tribunal Supremo de 16 de marzo de 2016 (recurso de casación 2228/2014) destaca que *“la asistencia sanitaria es una obligación de medios y no de resultados, de modo que no puede apreciarse responsabilidad cuando se han empleado las técnicas y los instrumentos de que se dispone. Y es precisamente lo acaecido en este caso, en el que se han ido poniendo los medios adecuados, realizando pruebas diagnósticas, acordes con lo que sugerían, desde el punto de vista médico, las diferentes dolencias del recurrente”*.

Por su parte, 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”*.

Además, lo que procede es un empleo de medios ordinarios y diligencia para cerciorarse de los diagnósticos que se sospechen, sin que se exija la realización de todas las pruebas diagnósticas que pudieran llevarse a cabo, sino las adecuadas a los síntomas que presente el paciente, para su correcto tratamiento inmediato, derivación o seguimiento. En este punto cabe traer a colocación lo expresado en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 28 de abril de 2017 (recurso 133/2014) cuando señala que *“los servicios médicos sanitarios públicos actúan y proponen medios diagnósticos a la vista de los síntomas que los pacientes refieren, pues no es admisible que quien entra en el Servicio de Urgencias o en otras dependencias agoten sin más indicios todas las múltiples pruebas diagnósticas y múltiples patologías sin que los síntomas que se tengan exijan su realización”*.

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. En este sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de junio de 2017 (recurso 909/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Son, por tanto, los reclamantes quienes han de probar mediante medios idóneos que la asistencia prestada a la paciente no fue conforme a la *lex artis*, entendiendo por medios probatorios idóneos según la Sentencia de 15 de noviembre de 2018 del Tribunal Superior de Madrid (recurso: 462/2017) “*los informes periciales e informes técnicos incorporados a los autos y al expediente administrativo, pues se está ante una cuestión eminentemente técnica y en los cuales necesariamente debe apoyarse el tribunal a la hora de resolver las cuestiones planteadas*”.

Pues bien, en este caso los reclamantes no han incorporado al procedimiento ningún tipo de acreditación de que la atención que fue dispensada a la paciente fuera incorrecta o inadecuada, sin que sirvan a este propósito las afirmaciones contenidas en el escrito de reclamación sin sustento probatorio alguno. Ante esta falta de esfuerzo probatorio, los informes de los servicios que intervinieron en la asistencia sanitaria prestada al paciente y el informe de la Inspección Sanitaria sostienen que la atención dispensada fue conforme a la *lex artis*.

Así, con respecto a la actuación del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Severo Ochoa durante la estancia de la paciente, la asistencia y las pruebas que se realizan van encaminadas, según la sintomatología, a diferenciar los problemas urgentes –que son los que se tratan en Urgencias- de los crónicos –que deben ser objeto

de estudio en el servicio correspondiente a la patología de que se trate como señala el informe del propio Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Severo Ochoa incorporado al expediente. En concreto, y frente al reproche de los reclamantes en torno a los, según ellos, evidentes síntomas neurológicos de la paciente cuando ingresa en Urgencias, señala el informe que *“los síntomas neurológicos a los que parece referirse la reclamación y que precisan la realización de un TAC de forma más precoz es la existencia de focalidad neurológica, como viene recogido en el protocolo del código ICTUS de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid. Como consta en la historia clínica la paciente no presentaba focalidad neurológica alguna y por ello se descartó la existencia de un proceso infeccioso o metabólico que pudieran causar esa disminución del nivel de conciencia”*. Además, aclara el servicio afectado que *“tras recibir los resultados de las exploraciones iniciales, y ante la evolución del cuadro se solicitó un TAC craneal urgente que se realizó en el plazo razonable habitual de estos casos... El tiempo hasta la realización del TAC fue el razonable en estos casos y no conlleva ningún tipo de deterioro clínico ni neurológico a la paciente que se encontró estable en todo momento. De hecho la paciente precisó traslado, nueva valoración y posterior cirugía, que tampoco fueron inmediatas. No hay que confundir la ansiedad de los familiares que ignoran todo sobre el proceso asistencial con la necesidad de realizar los procesos médicos en cuestión de segundos, hecho que es inviable, imposible, inimaginable y sobre todo innecesario”*.

En el mismo sentido, señala la Inspección sanitaria en su informe que *“la sintomatología que presentaba la paciente inicialmente era poco específica, de tres días de evolución y podría deberse tanto a un cuadro neurológico como de origen infeccioso o metabólico. No presentaba en ese momento signos de focalidad neurológica ni cefalea ni vómitos que sugiriesen la presencia de hemorragia intracraneal. Tras la anamnesis y exploración física se solicitaron las pruebas analíticas y radiológicas*

*que permitieran orientar el cuadro clínico, ya que la disminución del nivel de conciencia puede deberse a múltiples causas, entre ellas alteraciones metabólicas o infecciones que era preciso descartar... Dos horas más tarde, presenta un empeoramiento del nivel de conciencia que hace que se solicite TC urgente que pone de manifiesto la existencia de una hemorragia intracerebral... Se toman las medidas de soporte vital indicadas, (intubación y vía central), se contacta con los Servicios de Neurocirugía y UCI del Hospital de Getafe y se realiza el traslado en UVI móvil a dicho centro”.*

En este punto, conviene recordar que el escrito de reclamación incurre en el error de situar la hora de realización del referido TAC craneal en las 19:30 horas, alegando además en el trámite correspondiente que tampoco contiene la historia clínica el informe del Servicio de Radiodiagnóstico sobre el TAC. Ambas afirmaciones son contradichas por el examen de la propia historia clínica incorporada al expediente, donde consta el citado informe del Servicio de Radiodiagnóstico del hospital (folio 81), que constata la hora de realización de la prueba: 18:22 horas.

Por ello, para la Inspección Sanitaria, la citada atención fue la adecuada para llegar al diagnóstico correcto y el tiempo empleado fue el necesario para la realización de múltiples exploraciones complementarias que permitieron descartar otras patologías pues “cuando se produce el empeoramiento se realiza el TC urgente que pone de manifiesto la existencia de la hemorragia cerebral. Una vez realizado el diagnóstico se gestiona correctamente el traslado al centro de referencia que dispone de Servicio de Neurocirugía”.

Esta actuación es acorde con lo dispuesto en 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, en cuyo anexo IV se ocupa de 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*”, que incluye “*la evaluación inicial e inmediata de los pacientes para determinar los riesgos para su salud y su vida y, en caso de ser necesaria, la clasificación de los mismos para priorizar la asistencia sanitaria que precisen. La evaluación puede completarse derivando a los pacientes a un centro asistencial si fuera necesario, para la realización de las exploraciones y procedimientos diagnósticos precisos para establecer la naturaleza y el alcance del proceso y determinar las actuaciones inmediatas a seguir para atender la situación de urgencia*”.

De esta forma, los servicios de Urgencias no tienen como función realizar todo tipo de pruebas sino que éstas se dirigen, en función de los datos clínicos, a descartar patologías urgentes y, en su caso, a derivar a los pacientes al especialista correspondiente para un estudio más profundo de la enfermedad, partiendo del hecho de que, como destaca la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de abril de 2018 (recurso 75/2017): “*La fase de diagnóstico es una de las más importantes y difíciles de la práctica médica a la que se llega después de un proceso de aproximaciones sucesivas que requiere del examen de la historia clínica, la exploración física y las pruebas complementarias pertinentes al caso y que se efectúan progresivamente para llegar al diagnóstico concreto. Se trata de un proceso complejo en el que intervienen muchos factores y en sus primeras fases resulta difícil poder hablar de un error, dado que determinadas sintomatologías pueden sugerir diversas patologías que deben ser, o no, descartadas*”. Como señala la Sentencia del Tribunal Supremo de 27 noviembre de 2000, “*un diagnóstico es, en definitiva, un dictamen y como tal avanza un parecer, una opinión, partiendo de unos datos que obtiene por diversos medios y que eleva a categoría a través de lo que el estado de la ciencia y la técnica, así como el saber experimental que posea el*

*médico actuante, permiten en el momento de emitirlo. Nunca un dictamen –sea jurídico, sea médico- puede garantizar un resultado. Los conocimientos científicos, técnicos o experimentales ni en medicina ni, probablemente, en ningún sector de la actividad humana, pueden garantizar al ciento por ciento un resultado determinado, la certeza absoluta debe tenerse por excluida de antemano”.*

Por lo que respecta a la actuación del SUMMA 112 en el traslado de la paciente al Hospital Universitario Severo Ochoa, los informes obrantes en el expediente coinciden en afirmar que el transporte sanitario urgente, por razones obvias (se trata de una urgencia), se realiza en términos generales al hospital más cercano al lugar del incidente (en donde se encuentra el paciente) y suele coincidir con el de referencia cuando el paciente se encuentra en su domicilio, salvo que el paciente no se encuentre en su residencia habitual (por ejemplo en el lugar de trabajo, de ocio u otros).

El propio escrito de reclamación admite que el centro más cercano, en atención exclusivamente al criterio de la distancia, es el Hospital Universitario Severo Ochoa, sin perjuicio de realizar los reclamantes hipótesis sin base científica sobre la influencia que la fluidez del tráfico pudiera tener en la duración del trayecto en relación con la que hubiera correspondido si el traslado se hubiera realizado al Hospital Universitario de Getafe. Como afirma el informe de la directora médica de Coordinación y Transporte Sanitario del SUMMA 112 “*los casos en los que al paciente se le traslada a otro hospital distinto son aquellos en que la patología a la que ha dado lugar el suceso urgente está en relación con una patología de base tratada y en seguimiento en otro hospital o cuando el paciente presenta síntomas compatibles con alguno de los procedimientos que actualmente están en vigor en la Comunidad de Madrid para patologías específicas como es el Código Infarto, Código Ictus, ... y en estos casos es la propia unidad asistencial que atiende al paciente la que alerta al SCU para informar*

*de cambio de Hospital... En este caso y con los síntomas inespecíficos que presentaba, un paciente requiere de estudio y pruebas complementarias para poder llegar a un diagnóstico, previo a derivar al mismo a un servicio de tratamiento, en este caso de Neurocirugía y este estudio puede ser realizado en todos los hospitales de la Comunidad de Madrid, incluido el Hospital Universitario Severo Ochoa”.*

Del mismo parecer es el Servicio de Urgencias del propio Hospital Universitario Severo Ochoa, que remite también al vigente Plan de Código Ictus de la Comunidad Autónoma de Madrid que, afirma, “engloba tanto el ictus isquémico como la hemorragia intraparenquimatosa craneal, la derivación correcta es al centro correspondiente de cada área, que en nuestro caso dispone de un protocolo de actuación, de teleictus, de actuación 24 horas con el hospital Ramón y Cajal y acumula una larga experiencia de manejo de pacientes con ictus y tratamiento tromboembólitico de los mismos, muy superior a la de la mayoría de los centros de la periferia de la comunidad de Madrid, por tanto también la derivación se realizó de acuerdo a los planes de actuación establecidos por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid”.

En definitiva, en opinión de la Inspección Sanitaria “no existían en ese momento datos que hicieran sospechar la necesidad de atención neuroquirúrgica urgente que justificaran la derivación a un centro distinto de su hospital de referencia. La decisión de trasladarlo al hospital más cercano, es la indicada por el protocolo de actuación del SUMMA”.

De todo lo señalado se infiere que no concurren en el presente supuesto los presupuestos para la aplicación de la doctrina relativa a la pérdida de oportunidad alegada por las reclamantes, pues la Sala Tercera del Tribunal Supremo, en las sentencias de 13 de julio de 2005 y 12 de julio de 2007, expresa que “para que la pérdida de

*oportunidad pueda ser apreciada debe deducirse ello de una situación relevante, bien derivada de la actuación médica que evidencie mala praxis o actuación contra protocolo o bien de otros extremos como pueda ser una simple sintomatología evidente indicativa de que se actuó incorrectamente o con omisión de medios”, y la propia Inspección Sanitaria concluye que “la hemorragia intracerebral es una patología muy grave con alta mortalidad y morbilidad a pesar del correcto tratamiento. En el caso de esta paciente, tras el correcto diagnóstico y tratamiento médico, quirúrgico y rehabilitador, ha existido una evolución satisfactoria, con una situación funcional que le permite deambular sin ayudas técnicas, con supervisión, aunque está limitada por el deterioro cognitivo establecido que le dificulta la realización de las actividades de la vida diaria. Las secuelas que presenta se deben a la grave patología que ha sufrido, a pesar de la correcta actuación de los servicios sanitarios”.*

Conclusión a las que debemos atenernos dado que el informe de la Inspección Sanitaria obedece a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 22 de junio de 2017 (recurso 1405/2012):

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

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

## **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la reclamación presentada al no haberse acreditado la existencia de mala praxis en la atención dispensada a la paciente.

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 16 de febrero de 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 82/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid