

Dictamen nº: **576/22**

Consulta: **Consejero de Sanidad**

Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**

Aprobación: **20.09.22**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 20 de septiembre de 2022, 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., por la asistencia sanitaria prestada por el Hospital Central de Defensa “Gómez Ulla” en el diagnóstico de un ictus.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado el día 2 de diciembre de 2020 en el registro de la Consejería de Sanidad, el interesado antes citado, asistido por abogado, formula reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos por error y retraso en el diagnóstico de un ictus por el Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” (folios 1 a 6 del expediente administrativo).

Según expone en su escrito, el reclamante, de 55 años de edad, el día 26 de marzo de 2018 comenzó, cuando se encontraba en su domicilio, con un cuadro de malestar con mareos, dolor cervical y occipital intenso, dificultad del lenguaje con disartria y entumecimiento en miembro inferior y superior izquierdo con pérdida de fuerza y sensibilidad, por lo

que su hermano decidió llevarle al Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”.

El interesado refiere que, en el citado centro, expuso que presentaba dolor cervical, especialmente izquierdo y cefalea temporal izquierda, acompañado de adormecimiento de hemicara izquierda, así como de los miembros superior izquierdo e inferior derecho dormidos. Tras anotarse el resultado de la exploración, el reclamante fue diagnosticado de migrañas y ansiedad, pautándose tratamiento farmacológico con Enantyum y Nolotil por vía intravenosa a las 06:49 horas. Dice que, observándose en los resultados de la analítica realizada la glucosa en 156 mg/dl con cuerpos cetónicos negativos, se le diagnosticó hiperglucemia. Ante la sospecha de intoxicación se le realizó un screening de tóxicos dando positivo en cannabis, por lo que fue diagnosticada de intoxicación por cannabis, debiendo permanecer en el hospital hasta que pasara la misma, al no poder realizar ningún tipo de deambulación.

Según el escrito de reclamación, los diagnósticos anteriores se alcanzaron sin tener en cuenta la pérdida motora y sensibilidad del hemicuerpo izquierdo, no realizándose un TAC craneal, sin contraste, hasta las 11:46 horas y otro con contraste a las 14:24 horas, detectándose un defecto de repleción en la porción distal de la arteria vertebral izquierda en un tramo de unos 3 cm, observándose relleno retrógrado de la porción más distal de las mismas desde la arteria basilar, sugiriendo *“atrofia de la arteria vertebral izquierda más que trombosis de la misma”* concluyendo *“falta de repleción por probable atrofia de la porción distal de arteria vertebral izquierda”*.

Alega que fue valorado por el Servicio de Neurología que, tras una exploración física, le diagnosticó de *“ictus vertebrobasilar, oclusión/hipoplasia de arteria vertebral izquierda”*, recomendando su traslado inmediato a un centro con Unidad de Ictus, por lo que fue trasladado al Hospital Universitario Clínico San Carlos. Considera que hubo un retraso de diagnóstico de 10 horas, que desde su ingreso en el

Servicio de Urgencias presentaba sintomatología para haber sido diagnosticado y activado el código ictus, “*no siendo necesario para ello, que los médicos asistenciales perdieran el tiempo en diagnósticos secundarios o incluso inexistentes*”.

El reclamante dice que, como consecuencia del diagnóstico tardío, sufre secuelas y lesiones irreversibles de mayor envergadura que si hubiese recibido tratamiento de manera precoz.

El interesado no cuantifica el importe de su reclamación y acompaña con su escrito documento privado por el que autoriza a su abogado para que actúe en su nombre, en lo sucesivo, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial, la guía de atención a los pacientes con ictus en la Comunidad de Madrid 2014, copia de los informes médicos, tanto del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” y del Hospital Universitario San Carlos y, finalmente, copia de la denuncia presentada en los Juzgados de Instrucción de Madrid contra dos facultativos del Servicio de Urgencias del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” por un delito de lesiones por imprudencia y sus entidades aseguradoras, dando lugar a las Diligencias Previas 774/2019 tramitadas por el Juzgado de Instrucción nº 36 de Madrid.

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

El día 26 de marzo de 2018 reclamante acude a las 6:00 horas a las Urgencias del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”. A su llegada presenta dolor cervical, especialmente izquierdo y cefalea temporal izquierda, acompañado de adormecimiento de hemicara izquierda. Refiere que tiene también el miembro superior izquierdo y miembro inferior derecho dormidos.

En la exploración neurológica presenta lenguaje fluente sin componentes afásicos ni disartria. Pupilas isocóricas y normorreactivas (PICNR) a la luz y a la acomodación. Motilidad ocular extrínseca (MOEs) sin limitaciones. Fuerza conservada en 4 extremidades. Sensibilidad tactoalgesica conservada. No dismetría dedo-nariz. No disdiadococinesias. Imposibilidad para explorar la marcha.

Se le diagnostica de migrañas y ansiedad, pautándole tratamiento farmacológico con Enantyum y Nolotil.

En la analítica presenta una glucemia de 156 mg/dl diagnosticándosele de hiperglucemia. Se le realiza también un screening de tóxicos específicos donde se observa positivo en cannabis, afirmándose que se trata de un diagnóstico e intoxicación por cannabis.

A las 11:46 se realiza TC craneal sin contraste sin hallazgos significativos.

A las 14:24 se le realiza TC craneal con contraste detectándose un defecto de repleción en la porción distal de la arteria vertebral izquierda en un tramo de unos 3 cm, observándose relleno retrógrado de la porción más distal de la misma desde la arteria basilar, sugiriendo dichos hallazgos “*atrofia de la arteria vertebral izquierda más que trombosis de la misma*”, siendo la conclusión “*falta de repleción por probable atrofia de la porción distal de arteria vertebral izquierda*”.

Valorado en consulta de Neurología en la exploración física se aprecia sensación de pérdida de fuerza y sensibilidad en hemicuerpo izquierdo con hipoestesia de miembro superior izquierdo (MSI); ataxia troncal con desviación a la izquierda y dismetría dedo-nariz y talón-rodilla del lado izquierdo; imposible marcha agarrado de 2 personas, ampliación severa de base de sustentación, no tolera bipedestación, siendo diagnosticado de “*ictus vertebrobasilar, oclusión/hipoplasia de arteria*

vertebral izquierda" recomendando su traslado a un centro con Unidad de Ictus para continuar estudio y tratamiento.

El paciente es trasladado al Hospital Clínico de San Carlos donde ingresó a las 17:29 horas.

El paciente fue evaluado nuevamente a las 19:14 horas, siendo el motivo de consulta la "*sospecha de ictus vertebrobasilar trasladado desde el H. Gómez Ulla*".

Por encontrarse el paciente "*fueras de ventana*" para trombolisis intravenosa, fue rechazado por el Hospital de Guardia para tratamiento endovascular, como figura en la historia clínica: "*comentado con H. de guardia de intervencionismo, quien rechaza al paciente para tratamiento endovascular*".

Se establece el juicio clínico de "*infarto cerebral bulbar lateral izquierdo secundario a posible disección de arteria vertebral izquierda*".

El paciente es evaluado a las 19:42 horas en cuyo comentario aparece que presenta cuadro compatible con síndrome de Wallenberg, localizando la lesión en la porción lateral izquierda del bulbo raquídeo. Se realizan análisis y electrocardiograma (ECG) que no muestran alteraciones significativas. Se decide dada la imposibilidad de ver la neuroimagen realizada en el Hospital Central de la Defensa (comentan que no tiene manera de subirla a Horus) y la alta sospecha de disección vertebral, repetir TC basal y angioTC.

Se realiza TC el mismo día 26 de marzo de 2018 observándose en el estudio angioTC que la arteria vertebral izquierda presenta un aspecto filiforme intermitente en su segmento V2 (rodeada por un manguito de partes blandas) con ausencia de visualización en V3 y flujo distal filiforme en la porción distal V4, hallazgos sugestivos de disección arterial.

No se objetivan defectos de repleción en el resto de las arterias del polígono de Willis. No hay dilataciones aneurismáticas.

Se establece el diagnóstico radiológico de “*disección vertebral izquierda (segmentos V2-V4)*”.

En el informe de 2 de abril de 2018 se establece el juicio clínico de “*ictus en territorio bulbar postero-lateral izquierdo (síndrome de Wallenberg) secundario a disección de arteria vertebral izquierda V2- V4*”.

Se inicia tratamiento de rehabilitación en la habitación y se realiza informe para centro de apoyo para continuación de programa de rehabilitación iniciado durante su ingreso hospitalario teniendo en cuenta situación basal previa, comorbilidades y situación actual del paciente.

El paciente es dado de alta el 4 de abril de 2018 y trasladado a su hospital de referencia, el Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”.

El día 18 de abril de 2018 fue trasladado al Hospital Central de la Cruz Roja para tratamiento rehabilitador, con logopedia y fisioterapia con buena evolución. Tuvo que ser valorado por el Servicio de Otorrinolaringología observándose parálisis de cuerda vocal izquierda. Permaneció ingresado en dicho hospital hasta el 8 de junio de 2018, no presentando en ese momento disfagia, con dieta normalizada y líquidos sin espesantes. Realizaba marcha con bastón independiente (persiste inestabilidad) mejor control de velocidad de marcha, instruido en escaleras realiza marcha en exteriores.

Fue visto en consulta de Rehabilitación del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” el día 14 de junio de 2018 donde le pautaron cinesiterapia activa asistida y traslado en ambulancia.

En el informe del Servicio de Rehabilitación el día 2 de agosto de 2018 en la exploración se observa balance de fuerza muscular global a

5/5. No disdiadococinesia. Desviación a la izquierda en bipedestación. Desviación a izquierda en marcha que realiza con la ayuda de un bastón.

El día 14 de agosto de 2018 fue dado de alta en Rehabilitación al observarse la situación estabilizada, recomendándose continuar con ejercicios aprendidos.

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

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 de la LPAC, se ha incorporado al expediente un informe del Servicio de Urgencias del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” de 11 de mayo de 2019 (folios 73 y 74) que analiza la asistencia prestada por dicho servicio y señala que *“la duración del proceso asistencia en las Urgencias Hospitalarias es variable según las características de cada paciente y en la sintomatología que presenten, así como las medidas terapéuticas que se apliquen y los controles analíticas y clínicos que se requieran hasta completar el diagnóstico final del cuadro. Desafortunadamente durante un proceso patológico pueden pasar inadvertidas en fases iniciales e incluso no sospecharse inicialmente diagnósticos de mayor gravedad, a pesar de todo nuestro empeño ya que no siempre resulta sencillo en medicina hacer los diagnósticos de forma inmediata puesto que síntomas similares pueden ser ocasionados por diferentes problemas de salud”*.

Se ha incorporado al procedimiento el informe la Inspección Sanitaria de fecha 9 de septiembre de 2021 (folios 176 a 192) que analiza la asistencia prestada al paciente y concluye:

“A la vista de todo lo actuado anteriormente no existe evidencia de que la asistencia prestada haya sido incorrecta o inadecuada a la ley

artis ya que es necesario un tiempo en los Servicios de Urgencias para poder llegar a un diagnóstico lo más certero posible y aunque se realizó la activación del Código Ictus en un tiempo límite desde el inicio de los síntomas, es dudoso que se pudiera efectuar tratamiento con trombolisis intravenosa ya que esta no ha demostrado su eficacia en caso de disección de arterias vertebrales, existiendo además riesgo de hemorragia. Por otra parte existen discrepancias entre los clínicos en cuanto a su aplicación en estos casos”.

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes y de la historia clínica, se ha evaucado el oportuno trámite de audiencia a todos los interesados en el procedimiento.

El día 1 de diciembre de 2021 la representante del reclamante presenta escrito en el que se interesa por el estado de tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Notificado el trámite de audiencia, el día 25 de febrero de 2022 formula alegaciones el Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” que repasa nuevamente la asistencia sanitaria y, en relación con la posibilidad de tratamiento con fibrinolisis y la posible pérdida de oportunidad dice que no existe un protocolo específico para fibrinólisis en pacientes con disección de las arterias vertebrales. Su beneficio está muy discutido y que existe un riesgo descrito y publicado de aumento de complicaciones hemorrágicas y agravamiento en caso de administrarlo. Puntualiza que en metaanálisis recientes no se encuentra beneficio respecto al tratamiento con antiagregantes sistémicos que recibió el paciente, objetivándose en alguna publicación, “una mejora mínima (*inferior al 10%*)”, por lo que la pérdida de oportunidad es nula o muy escasa.

Con fecha 4 de marzo de 2022, la representante del reclamante presenta escrito de alegaciones en las que considera acreditada la

existencia de mala praxis y, por tanto, la existencia de responsabilidad patrimonial.

El día 7 de abril de 2022 la representante del reclamante presenta nuevo escrito con el que adjunta copia del recurso de reforma y subsidiario de apelación presentado contra el Auto del Juzgado de Instrucción nº 36 de Madrid de 26 de febrero de 2020 que acordó el sobreseimiento provisional de las actuaciones. El citado recurso fue desestimado por Auto de 6 de julio de 2020 que confirmó la resolución impugnada.

Se ha formulado propuesta de resolución por el viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública (folios 243 a 247) con fecha 24 de junio de 2022 desestimatoria de la reclamación al considerar que falta la antijuridicidad del daño y la relación de causalidad con la Administración sanitaria.

CUARTO.- Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 26 de agosto de 2022 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 527/22, a la letrada vocal Dña. Rocío Guerrero Ankersmit que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 20 de septiembre de 2022.

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

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada por solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 20 de enero, (en adelante, ROFCJA).

El dictamen ha sido evacuado dentro del plazo ordinario establecido en el artículo 23.1 de dicho Reglamento.

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

El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al haber recibido la atención sanitaria objeto de reproche.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en un centro sanitario concertado con la

Comunidad de Madrid, como es el caso del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”. A este respecto esta Comisión viene reconociendo la legitimación de la Comunidad de Madrid en los supuestos en los que la asistencia sanitaria se presta en centros concertados siguiendo el criterio mantenido por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en sentencias como la de 14 de marzo de 2013 (rec. 1018/2010).

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

En el caso que nos ocupa, resulta de la documentación examinada que el reclamante fue diagnosticado de ictus isquémico el día 26 de marzo de 2018, siendo dado de alta tras recibir tratamiento rehabilitador y considerarse alcanzada la estabilización de las secuelas el día 14 de agosto de 2018, por lo que la reclamación presentada el día 2 de diciembre de 2020 sería extemporánea.

Ahora bien, como ha quedado expuesto en los antecedentes de hecho, el reclamante presentó una denuncia contra dos facultativos del Servicio de Urgencias del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” por los hechos iniciándose las Diligencias Previas 774/2019 en el Juzgado de Instrucción nº 36 de Madrid que concluyeron con el sobreseimiento acordado por Auto de 26 de febrero de 2020, confirmado por el Auto de 6 de julio de 2020 de la Audiencia Provincial de Madrid.

En relación con la existencia de actuaciones penales y su posible eficacia interruptiva sobre los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los casos de existencia de un proceso penal sobre los mismos hechos determinantes de la responsabilidad administrativa, en aplicación de la *actio nata* –conforme al cual la acción solo puede

comenzar cuando ello es posible y esta coyuntura se perfecciona cuando se unen los dos elementos del concepto de lesión, es decir, el daño y la comprobación de su ilegitimidad-, de tal suerte que la pertenencia de un proceso penal encaminando a la fijación de los hechos o del alcance de la responsabilidad subsidiaria de la Administración comporta dicha eficacia interruptiva del plazo de prescripción de un año establecido legalmente.

Por tanto, la reclamación presentada el día 2 de diciembre de 2020 está formulada en plazo.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedural y, así, se ha solicitado el informe preceptivo previsto en el artículo 81 de la LPAC, esto es, al Servicio de Urgencias del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”. También consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria y se ha unido al procedimiento la historia clínica.

Después de la incorporación de los anteriores informes se realizó el trámite de audiencia a los interesados en el procedimiento, el reclamante y el Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”, que han efectuado alegaciones y se ha dictado propuesta de resolución.

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

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 106.2 de la Constitución Española, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la LRJSP en su título preliminar,

capítulo IV, artículos 32 y siguientes. Regulación que, en términos generales, coincide con la que se contenía en los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común.

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

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 20 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que “*es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público* (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo, 10 de octubre y 25 de noviembre de 2095, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 2096, 16 de noviembre de 2098, 20 de febrero, 13 de marzo y 29 de marzo de 2099)”.

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

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

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

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 5^a) de 15 de marzo de 2018 (recurso de casación 1016/2016), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal [por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (recurso de casación núm. 4229/2011) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010)] que «*no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente*”, por lo que “*si no es posible atribuir la*

lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido” ya que “la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”.

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, como señalan las sentencias de 20 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010) y de 27 de abril de 2015, (recurso de casación núm. 2114/2013), en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales “puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido”, cabe entender conculcada la *lex artis*, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal.

QUINTA.- Aplicada la anterior doctrina al presente caso, resulta acreditado en el expediente que el reclamante fue diagnosticado de infarto cerebral bulbar lateral izquierdo secundario a posible disección de arteria vertebral izquierda el día 26 de marzo de 2018, sin poder recibir tratamiento con fibrinólisis y precisando tratamiento rehabilitador hasta ser dado de alta el día 14 de agosto de 2018 del tratamiento rehabilitador, tras constatar la estabilización de las secuelas.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron a la paciente, debemos

partir de lo que constituye regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación.

En el presente caso, el reclamante sostiene que la asistencia sanitaria prestada por el Servicio de Urgencias del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” el día 26 de marzo de 2018 no fue adecuada porque, tras enumerar como síntomas de la sospecha de ictus: el entumecimiento, debilidad o parálisis repentina de la cara, el brazo o la pierna de un hemicuerpo; la confusión repentina; la dificultad para hablar o entender; la pérdida de visión brusca de uno o ambos ojos; cefalea intensa, repentina y sin causa aparente asociada a náuseas y vómitos (no achacable a otras causas) y, finalmente, dificultad repentina para caminar, pérdida de equilibrio o coordinación, afirma que en su caso, dicha sintomatología existía en el momento del ingreso en el servicio de Urgencias del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”, *“de manera clara y manifiesta, como para haber sido diagnosticado el paciente declarándose el código Ictus desde un primer momento, no siendo necesario para ello, que los médicos asistenciales perdieran el tiempo en diagnósticos secundarios o incluso inexistentes”*.

Ahora bien, esta afirmación resulta contradicha por la historia clínica donde figura que, cuando se realizó la anamnesis por el Servicio de Urgencias del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”, el paciente refería dos horas de dolor cervical, especialmente izquierdo y cefalea temporal, acompañado de adormecimiento de hemicara izquierda. A la exploración, el paciente se encontraba consciente y orientado, con lenguaje fluente sin componentes afásicos ni disartria. *“PICNR a la luz y a la acomodación. MOEs sin limitaciones. V m y s normal, resto de pares craneales normales. Fuera conservada en las 4 extremidades. Sensibilidad tactoalgésica conservada. No dismetría dedo-nariz. Imposibilidad para explorar la marcha”*.

Por tanto, con esta sintomatología inicial, no se sospechó de patología cerebral isquémica, realizándose un estudio radiológico cervical sin hallazgos.

Reevaluado tres horas más tarde, el paciente no refería mejoría y aparecieron nuevos síntomas como ataxia con desviación a la izquierda, dismetría dedo-nariz, reflejo cutáneo-plantar (rcp) flexor bilateral e imposibilidad para la marcha, decidiéndose la realización de tomografía cerebral a las 11:57 horas, sin hallazgos significativos y, tras valoración por Neurología, se solicitó angio-TC de troncos supraaórticos y polígono de Willis.

En este sentido, el informe de la Inspección Sanitaria pone de manifiesto cómo *“las manifestaciones clínicas relacionadas con las estructuras cerebrales afectadas (tronco del encéfalo, tálamo, cerebelo y áreas de la corteza temporal y occipital) tienen unas particularidades que hacen que su manejo presente condicionantes especiales con respecto a la isquemia dependiente de la circulación anterior”*. Según la médica inspectora, *“su menor frecuencia de presentación, algunos rasgos de su sintomatología (manifestaciones clínicas que pueden relacionarse con etiologías no vasculares) y las limitaciones de la metodología exploratoria básica (tomografía computorizada cerebral, eco-Doppler) hacen que la isquemia vertebrobasilar no cuente con la misma precisión diagnóstica que la isquemia localizada en la circulación anterior”*.

Asimismo, según el informe de la Inspección, muchos casos de enfermedad vertebrobasilar no son diagnosticados o lo son de forma incorrecta. Por otra parte, algunos síntomas comunes, como los mareos o la pérdida de conocimiento transitorio, son atribuidos en forma errónea a la isquemia de la circulación posterior.

Como ha señalado esta Comisión Jurídica Asesora en numerosos dictámenes, para evaluar la corrección de una concreta práctica médica

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

Como ya indicamos, entre otros, en los dictámenes 171/19, de 22 de abril y 87/20, de 27 de febrero, es evidente que el diagnóstico clínico se realiza en función de los síntomas que presenta el paciente y que permiten al facultativo decidir la realización de pruebas diagnósticas que, a su vez, perfilan el diagnóstico final.

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

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

es necesario que la falta de diagnóstico, o bien su error o su retraso sea imputable a la Administración y por ello sea determinante de la lesión del derecho del paciente a un diagnóstico correcto en tiempo oportuno.

El error de diagnóstico es fuente de responsabilidad patrimonial de la Administración, por incumplimiento de la obligación de aplicar las técnicas sanitarias en función del proceso a conocimiento de la práctica médica.

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

Debe concluirse, por tanto, que la asistencia sanitaria prestada al reclamante fue ajustada a la *lex artis ad hoc*, como concluye el informe de la Inspección Sanitaria que señala que es necesario un tiempo en los Servicios de Urgencias para poder llegar a un diagnóstico lo más certero posible, como ocurrió en el presente caso.

El informe de la médica inspectora destaca, además, cómo es dudoso que se hubiera podido efectuar tratamiento con trombolisis intravenosa, al no estar demostrada su eficacia en caso de disección de arterias vertebrales, como era el caso, existiendo además riesgo de hemorragias. Afirmación que corrobora el director del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” en sus alegaciones en el trámite de audiencia al declarar que, en relación con la posibilidad de tratamiento con fibrinolisis y la posible pérdida de oportunidad, no existe un protocolo específico para fibrinólisis en pacientes con disección de las arterias vertebrales. Su beneficio está muy discutido y que existe un riesgo descrito y publicado de aumento de complicaciones hemorrágicas y agravamiento en caso de administrarlo. Señala que en estudio recientes *“no se encuentra beneficio*

respecto al tratamiento con antiagregantes sistémicos que recibió el paciente, objetivándose en alguna publicación, “una mejora mínima (inferior al 10%)”, por lo que la pérdida de oportunidad es nula o muy escasa».

Es por ello que debe concluirse, como indica la Inspección Sanitaria, que la asistencia sanitaria prestada al paciente por el Servicio de Urgencias del Hospital Centro de la Defensa “Gómez Ulla” fue correcta.

Conclusión a la que debemos atenernos dado que el informe de la Inspección Sanitaria obedece a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 24 de febrero de 2020 (recurso nº 409/2017):

“...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, esta Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado mala praxis en la asistencia sanitaria prestada al reclamante.

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 20 de septiembre de 2022

La Vicepresidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 576/22

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid