

Dictamen n.º: **436/23**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **07.09.23**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 7 de septiembre de 2023, 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., por los daños y perjuicios derivados del retraso en el diagnóstico de un aneurisma por el Hospital Universitario General de Villalba (HV).

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO. - El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa de un escrito formulado el 26 de agosto de 2021 por la persona indicada en el encabezamiento, en el que reclama por los daños y perjuicios derivados del retraso en diagnosticar un aneurisma ante los episodios de vértigos y otra sintomatología que había venido sufriendo, y por los que acudió en diversas ocasiones al Centro de Salud de Collado Villalba y a Urgencias del Hospital Universitario de Villalba.

En el escrito detalla que, entre julio de 2013 y 2 de septiembre de 2019, acudió en diez ocasiones al Centro de Salud de Collado

Villalba por vómitos y mareos, no realizándose ninguna prueba complementaria y solo se le remitió a consultas de Otorrinolaringología. También refiere que acudió siete veces a Urgencias del Hospital General de Villalba entre el 15 de mayo de 2017 y 13 de marzo de 2019, y es el 7 de septiembre de 2019 cuando acude nuevamente a Urgencias con vómitos asociados a cefalea preorbitaria cuando fue derivada a Neurocirugía y, tras las pruebas de imagen, se le diagnosticó de aneurisma de seno cavernoso izquierdo y que fue embolizado y tratado con Flwer Diverter.

Posteriormente tuvo que ser ingresada por un hematoma en músculo psoas iliaco en relación con anticoagulantes y ha estado en incapacidad temporal hasta 1 de junio de 2021, quedando como secuelas parálisis IIIPC del ojo izquierdo y diplopia.

Considera la reclamante que ha habida una falta de realización de las pruebas diagnósticas que hubieran podido detectar el aneurisma y que se ha puesto en peligro su vida, solicitando ser indemnizada en cuantía que no concreta. El escrito se acompaña de los informes médicos de la asistencia.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación, el órgano instructor solicitó la historia clínica, pudiéndose extraer los siguientes hechos de interés:

La reclamante, nacida en 1955, sin antecedentes de interés, acude el 15 de julio de 2013 por mareos que persisten el 23 de julio, siendo derivada a Otorrinolaringología (ORL) donde es diagnosticada de vértigo posicional paroxístico.

El 15 de mayo de 2017 acude a Urgencias del HV donde es diagnosticada de vértigos, que se repiten el 28 de julio posterior y es derivada a ORL.

El 2 de agosto de 2017 acude a consulta de ORL del HV donde, tras realizar las pruebas diagnósticas, se anota: *“el diagnóstico del vértigo posicional paroxístico benigno se confirma con la aparición del nistagmo”*.

El 19 de septiembre posterior se refiere la persistencia de los mareos, por lo que se solicita videonistagmografía para completar diagnóstico que, finalmente confirma el diagnóstico de vértigo periférico benigno.

El 2 de febrero de 2018 asiste a nueva revisión y refiere encontrarse mejor con episodio de mareo autolimitado a la extensión cervical ocasional, anotándose: *VPPB resuelto. Alta por nuestra parte.*

El 14 de enero de 2019 presenta miodesopsias en ojo derecho desde hace 5 meses. El juicio clínico es desprendimiento de vítreo posterior que no requiere tratamiento específico.

El 1 de marzo de 2019 presenta nuevo episodio de vértigo valorado en Urgencias del HV.

El 13 de marzo de 2019 acude a consulta de ORL por mareos hace 15 días. Clínica similar a previos por lo que acudió a Urgencias donde pautaron Sulpirida con mejoría de estos síntomas, pero persistencia de mareo leve constante. Otoscopia sin patología, reflejos vestibulo-espinales normales, no nistagmos, no mareos. Halmagyi normal, no sacadas Skew test normal. El juicio clínico es de vértigos periféricos resueltos.

El 2 de septiembre de 2019 es atendida en Urgencias de su centro de salud por náuseas, vómitos, mareo con giro de objetos Exploración física: pares craneales normales. No nistagmo. TA 145/80. Se administra Captopril.

El 6 de septiembre de 2019, acude a Urgencias del centro de salud por vómitos, cefalea y mareo. TA 200/120. Exploración neurológica: pares craneales, fuerza y tono conservados, pero con Romberg. Se remite a su médico de cabecera.

El 7 de septiembre de 2019, acude de nuevo a Urgencias del HV, por vómitos desde ayer, no deposiciones diarreicas, asociado a cefalea peri orbitaria. Exploración Glasgow 15, no signos meníngeos, ptosis palpebral izqda., resto PPCC normales. Analítica dentro de los parámetros normales. TC craneal: lesión sólida en la mitad izquierda del seno cavernoso, de difícil caracterización por este método de imagen. Se recomienda RM cerebral. Ingresa a cargo de Neurocirugía para estudio.

El 9 de septiembre de 2019, continúa con cefalea. Se ha hecho RM, pendiente de informe.

El 10 de septiembre de 2019 se anota: *“remisión de cefalea. No presenta náuseas ni vómitos. Paresia de III y IV nervios craneales izquierdos. Sin otra focalidad. RM pendiente de informe. Se aprecia aneurisma de carótida intracavernosa, con área de trombosis / hemorragia contenida en seno cavernoso izquierdo. No tiene signos de hemorragia subaracnoidea. Plan: Vigilancia neurológica estricta. Interconsulta con Neurorradiología intervencionista (NRI), se realizará angiografía diagnóstica y terapéutica el jueves 12/9/2019. Pido preoperatorio Pongo en conocimiento del caso a UCI. Explico a paciente diagnóstico y tratamiento a efectuar. Observaciones ANR: Explico anestesia general. La paciente lo entiende y firma CI (Consentimiento Informado).”*

El 11 de septiembre posterior es confirmado mediante angioRM: aneurisma en seno cavernoso izquierdo dependiente de la arteria carótida interna cavernosa izquierda con trombo mural.

El 12 de septiembre se recoge informe: *“Se realiza procedimiento según técnica habitual, cateterismo selectivo de la ACI izquierda evidenciándose gran segmento vascular displásico que se extiende desde el segmento cavernoso hasta el segmento oftálmico, sobre el que asienta en su pared lateral un aneurisma grande de 19 x 14 mm, con cuello ancho de unos 8,5 mm, parcialmente trombosado, con morfología irregular y poli lobulado. Según el plan establecido se realiza tratamiento del aneurisma. Se posiciona micro catéter en el interior del saco aneurismático y se procede al largado de 4 coils, apreciándose en las series angiográficas de control retención del contraste en el saco aneurismático. Implantación de un stent Silk de 4 x 30 mm cubriendo el segmento displásico, con extremo distal inmediatamente caudal al origen de la arteria coroidea anterior y extremo proximal a nivel de la ACI cavernosa, consiguiéndose adecuada aposición del mismo. En las series angiográficas de control se aprecian pequeños agregados plaquetarios en la pared del stent a nivel del tercio proximal, en probable relación con falta de aposición no valorable angiográficamente. Se realiza angioplastia con balón intrastent, consiguiéndose resolución de los agregados. El procedimiento finaliza sin incidencias ni complicaciones. Es ingresada en UCI con diagnóstico de aneurisma transicional izquierdo grande, embolizado mediante coilin asistido con dispositivo derivador de flujo.*

El 16 de septiembre de 2019 se anota: *“mantener TAM elevadas, evitando episodios de Hipotensión arterial durante las primeras 24 horas. Debe mantener perfusión continua de TIROFIBÁN, según pauta adaptada a peso 9 ml/hora, hasta la finalización de la misma. Una vez inicie tolerancia oral, administrar carga oral de Clopidogrel 600 mg. Debe mantener la doble antiagregación según pauta habitual. Mantener pauta de corticoides con Dexametasona 4 mg cada 8 horas durante una semana y posteriormente iniciar pauta*

de descenso. Debe tomar Arcoxia 60 mg 1 comprimido al día durante 1 mes. Pantoprazol 40 mg 1 comprimido al día. Tras el alta, debe ser remitido a la consulta de Neurorradiología en el plazo no mayor a un mes, previamente se realizará ARM (se cursa prestación). Alta probable mañana”

Tras el alta hospitalaria, el 20 de septiembre de 2019 acude a Urgencias por cuadro de dolor brusco en ingle izquierda de unas 4 horas de evolución. No presenta náuseas, ni fiebre. Queda ingresada en Medicina Interna para estudio.

El 21 de septiembre de 2019 se realiza TAC de abdomen y pelvis con contraste intravenoso. El diagnóstico es hematoma en psoas iliaco izquierdo con signos radiológicos de sangrado reciente. Comentado con radiología intervencionista de guardia, refieren que no precisa embolización salvo que la paciente se inestabilice y la situación clínica cambie. Comentado del mismo modo con Neurorradiología refiere la indicación absoluta de continuar el tratamiento doble antiagregante (bajando adiro de 300 a 100mg diarios) pudiendo suspender HBPM para evitar riesgo muy alto de trombosis de stent carotídeo implantado hace 9 días.

El 30 de octubre de 2019 se hace nuevo TAC con los siguientes hallazgos: disminución del tamaño y de los valores de atenuación del hematoma en el espesor del músculo iliaco izquierdo, de 8,6 cm de diámetro máximo en eje craneocaudal. El hígado, vesícula biliar, vía biliar, páncreas, bazo, glándula suprarrenal derecha y riñones morfología y tamaño normales. Nódulo suprarrenal izquierdo de 11 mm de contornos bien definidos, probable adenoma. Quistes simples renales izquierdos. Asas intestinales de calibre conservado. Ausencia de adenopatías. No evidencia de líquido libre intraperitoneal ni presencia de colecciones. Estructuras óseas conservadas.

El 15 de enero de 2020 acude a consulta de Oftalmología porque no puede abrir el ojo izquierdo desde cirugía de aneurisma cerebral el 12 de septiembre 2019. Refiere diplopía si sube el parpado superior y visión borrosa por el ojo derecho. Se recoge: *“hallazgos sugestivos de relleno de cavidad aneurismática en carótida cavernosa izquierda. OI Limitación supraducción, infraducción y ADD no pasa de línea media XT-40° ptosis completa. JC: parálisis completa III par craneal izquierdo. Solicito revisión para valorar si estabilidad de exotropía”*.

18 de marzo, 8 de junio de 2020 y 15 de septiembre tiene nuevas revisiones por “leve ptosis”, pautándose en ellas oclusiones alternas.

En nueva revisión el 26 de octubre posterior refiere diplopía únicamente en la supra versión, resto posiciones no refiere diplopía. Se pauta continuar con oclusiones alternas.

El 11 de junio de 2021 el oftalmólogo anota: *“conseguimos neutralizar diplopía. Explico cuadro actual y que es prácticamente imposible que haya una mejoría espontánea. Explico complejidad el caso y que con la cirugía buscaríamos centrar el ojo en PPM para mejorar diplopía en esa posición. Explico posibilidad de necesitar más cirugías posteriormente para mejorar cuadro.”*

El 12 de julio posterior se recoge: *“JC: parálisis III PC OI Continuar con oclusiones alternas. Dado que no presenta diplopía en posiciones funcionales de la mirada y la mala tolerancia en cuanto ponemos prismas para corregir el estrabismo, no indico cirugía”*

TERCERO.- Incorporada al procedimiento la historia clínica de la reclamante, cuyo contenido esencial se ha recogido anteriormente, se procedió a la instrucción del expediente, y, conforme a lo

dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, se recabó informe de los servicios intervinientes.

El jefe del Servicio de Urgencias del Hospital de Villalba emite su informe el 4 de noviembre de 2021, en el que analiza en las distintas actuaciones de su servicio, señalando respecto las tres primeras que es cuadro clínico de la paciente era compatible con vértigo periférico en el que el tratamiento recomendado es sintomático y ambulatorio. Respecto a la cuarta visita, refiere que, ante la aparición de signos de alarma, cuadro diferente a los previos, se decide realizar Tac craneal con hallazgo de lesión de espacio en seno cavernoso izquierdo por lo que se deriva a Neurocirugía.

El informe del jefe del Servicio de Otorrinolaringología data también del 4 de noviembre de 2021, y en él se explica que el vértigo paroxístico es una patología cuyo diagnóstico es clínico y que no precisa de estudios de imagen si la evolución es adecuada, como fue en el caso de la reclamante.

También de 4 de noviembre de 2021 es el informe del Servicio de Neurocirugía en el que califica de correcta la atención proporcionada desde el punto de vista de Neurocirugía, en tanto que, cuando la paciente presentó manifestaciones clínicas (diplopía y ptosis palpebral), se dieron los pasos necesarios para obtener el diagnóstico adecuado.

Con fecha 23 de febrero de 2023 de noviembre de 2021 se emite un breve informe por la médica de familia que atendió a la reclamante en Urgencias de Atención Primaria.

La Inspección Médica emite informe con fecha 23 de febrero de 2023, en el que, tras analizar la historia clínica, concluye diciendo: *“Debe considerarse que ha existido un retraso en el diagnóstico diferencial al no realizar una exploración de TAC y/o RM, cuando*

aparecieron síntomas de no mejoría: vómitos y cefalea tras las reiteradas consultas.

En ningún caso, las secuelas pueden ser atribuidas a dicho retraso ya que la paciente, presentaba un aneurisma en seno cavernoso del que tenía que ser intervenida, y las secuelas que presentó, son las inherentes a este tipo de patologías a su localización y las derivadas de la propia intervención.”

Sin la práctica de más actos de instrucción, se confiere trámite de audiencia, no presentado alegaciones la reclamante, haciéndolo la empresa titular del centro hospitalario que prestó la asistencia, mediante escrito fechado el 11 de mayo de 2023, solicitando la desestimación de la reclamación.

Finalmente, el 21 de junio de 2023 se formula propuesta de resolución por el viceconsejero de Gestión Económica, en la que concluye desestimando la reclamación al considerar que no concurren los presupuestos para la declaración de responsabilidad patrimonial.

CUARTO.- El 6 de julio de 2023 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la preceptiva solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente al letrado vocal D. Carlos Hernández Claverie, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 7 de septiembre de 2023.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada, y a solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3,a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se regula en la LPAC.

La reclamante ostenta legitimación activa para reclamar en la condición de perjudicada por la asistencia sanitaria que considera deficiente y que le ha provocado secuelas y periodos de incapacidad.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, en tanto que la asistencia reprochada fue dispensada en un centro de salud titularidad pública y de un centro hospitalario de gestión privado integrado en la red del SERMAS. A este respecto esta Comisión viene reconociendo en numerosos dictámenes (323/20 de 28 de julio, 222/17 de 1 de junio, 72/18 de 15 de febrero y 219/18 de 17 de mayo), 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 esta misma línea se sitúa la

Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de las Islas Canarias (Santa Cruz de Tenerife) de 22 de mayo de 2019 (rec. 68/2019) que, tras destacar que la LPAC no recoge una previsión similar a la disposición adicional 12^a de la LRJ-PAC, considera que, en los casos en los que la asistencia sanitaria a usuarios del Sistema Nacional de Salud es prestada por entidades concertadas con la Administración (como era el caso), se trata de sujetos privados con funciones administrativas integrados en los servicios públicos sanitarios.

El 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. (cfr. artículo 67.1 de la LPAC). En el presente caso, la reclamación se presentó el 26 de agosto de 2021 y, si bien el diagnóstico preciso se obtuvo el 7 de septiembre de 2019, es lo cierto que las secuelas oftalmológicas que pueden atribuirse al proceso patológico no fueron definitivamente determinadas hasta la revisión de 12 de julio de 2021, por lo que cabe considerar que la reclamación se presentó en plazo.

Respecto al procedimiento seguido, conforme al artículo 81.1 LPAC, es preciso recabar los informes de los servicios intervinientes. A tal efecto se han remitido informe por los servicios médicos actuantes del centro hospitalario, y por la médica que atendió puntualmente a la reclamante en Urgencias de Atención Primaria, pero no hay ningún informe de Atención Primaria sobre el seguimiento que se hizo en el centro de Salud de la sintomatología vertiginosa que padecía.

Asimismo, en la responsabilidad patrimonial sanitaria resulta imprescindible la valoración médica que puedan hacer los profesionales sanitarios y, a tal efecto, resulta necesario recabar el informe de la Inspección Médica, pero cuando el mismo no resulta concluyente o muestra imprecisiones o contradicciones es necesario

que el mismo se aclare o se soliciten otros informes comentarios de especialistas que permitan determinar con claridad la conformidad de la actuación médica con la *lex artis* y los efectos que en caso su incumplimiento se hayan producir.

En el informe de la Inspección Médica se afirma que no se valoraron adecuadamente los síntomas y que ha existido un retraso en el diagnóstico diferencial al no realizar una exploración de TAC y/o RM, pero no se concreta en qué momento procedía haber realizado esas pruebas diagnósticas o la derivación a Neurocirugía. De hecho, cuando analiza cada una de las actuaciones, no parece que se haga ningún reproche a la vista de la sintomatología de la paciente. Precisar cuándo hubiera sido pertinente realizar pruebas como las que refiere, puede ser determinante para valorar los daños, dado que, frente a lo que sostiene, es posible considerar que un abordaje anticipado hubiera evitado alguno de los cuadros de vértigos que sufrió la reclamante durante años, y la ptosis palpebral, que finalmente le produjo la evolución del aneurisma, no su intervención.

En consecuencia, a la vista de las lagunas del informe de la Inspección Médica, una adecuada instrucción del expediente requeriría de informes complementarios que permitan determinar si efectivamente hubo un déficit de pruebas diagnósticas, y en qué momento se produjo.

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

CONCLUSIÓN

Procede retrotraer el procedimiento para recabar los informes mencionados en la consideración de derecho segunda de este dictamen.

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 7 de septiembre de 2023

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 436/23

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid