

Dictamen n.º: **422/24**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **04.07.24**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad en su sesión de 4 de julio de 2024, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el asunto promovido por D., sobre indemnización por los daños y perjuicios por la falta de seguimiento deiringomielia por el Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” (HCD).

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por medio de escrito presentado el 29 de agosto de 2022 dirigido al Servicio Madrileño de Salud, dos abogados apoderados por la persona señalada en el encabezamiento de este escrito, formulan reclamación de responsabilidad patrimonial por la falta de seguimiento deiringomielia detectada en el año 2020.

En concreto, se refiere en el escrito que el reclamante acudió en el año 2020 al HCD por dolores de cabeza y cuello, realizándole una resonancia magnética en la que se apreció foco hipertensivo sugestivo deiringomielia. A pesar de esa lesión no se le informó al paciente ni se le pautaron pruebas adicionales, atribuyendo la sintomatología al estrés. En los meses

posteriores sufrió de fuertes dolores, mareos y vértigos siendo diagnosticado el 2 de agosto de 2021 de vértigo periférico.

Continúa describiendo que, dada la persistencia de la sintomatología, y la aparición de adormecimiento de la mano derecha (parestesias) acudió de nuevo a su centro de salud, donde en esta ocasión fue derivado al Servicio de Neurocirugía del HCD, y el 21 de marzo de 2022 se realizó otra resonancia magnética de columna cervical que objetivó la existencia de una lesión ocupante de espacio a nivel cerebral (LOE) en la fosa posterior izquierda.

Dada la gravedad de la lesión, tres días después, se pusieron en contacto por vía telefónica con el reclamante informándole de que debía acudir al hospital de forma urgente. Así, el 24 de marzo, fue ingresado a cargo del Servicio de Neurocirugía hasta el 14 de abril.

El 31 de marzo, tras la práctica de una resonancia cerebral, se practicó intervención quirúrgica realizando craneotomía y extirpación del tumor. Añade que, durante el acto quirúrgico se produjo una quemadura de segundo grado en la región submaxilar derecha y un edema debido a que durante la intervención quirúrgica se mordió.

Se dice también en la reclamación que, a consecuencia del retraso diagnóstico y el crecimiento del tumor cerebral, además de la imposibilidad de extirpación completa del tumor, el paciente ha sufrido una disminución de la agudeza visual y una pérdida auditiva que está pendiente de determinar, así como de la pertinente rehabilitación vestibular

Termina solicitando el reclamante una indemnización que no cuantifica, y acompaña a su escrito poder notarial e informes médicos de la asistencia recibida.

SEGUNDO.- Admitida 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), comunicándose y recabándose la historia clínica del HCD, de la que cabe extraer los siguientes datos:

El reclamante, nacido en 1985, sin antecedentes de interés, acude en enero y febrero de 2019 a su médico de familia por molestias en el cuello, pautándosele metamizol y fisioterapia. El 5 de julio de 2019, ante la persistencia de cervicalgia y dorsalgia se le remite a consulta de Traumatología.

El 12 de septiembre de 2019 acude a consulta de Traumatología del HCD por dolor/ contractura cervico-dorsal de 1 año de evolución, no ha visto afectada su capacidad funcional ni precisa analgésicos a diario. Consta, exploración física anodina. Se le pauta ejercicios de estiramiento y relajantes musculares.

El 15 de enero 2020 acude a Urgencias del HCD por dolor occipital de 1 año de evolución que ha empeorado los 3 últimos días, no mejora con ibuprofeno y le impide el descanso nocturno. En la exploración se recoge: no apofisalgias cervicales. Dolor a la palpación de musculatura uboccipital izquierdo. Tras enantyum intramuscular, remiten a domicilio con diagnóstico de contractura muscular.

El 4 de marzo de 2020, ante clínica persistente, se solicita resonancia magnética nuclear (RMN) de cervicales para descartar patología asociada.

El 6 de julio de 2020 se informa la resonancia de rectificación de lordosis cervical, foco hiperintenso a nivel de C2, sugestivo de siringomielia. Canal raquídeo cervical conserva diámetro normal, no áreas de compromiso radicular.

El 23 de septiembre de 2020 el traumatólogo, tras valorar resultados de RMN, remite al paciente para control por su médico de familia, sin que conste diagnóstico ni tratamiento.

El 2 de agosto de 2021, acude a Urgencias por mareo sin giro de objetos. Refiere, además, mareos por la mañana y cefalea occipital de varios meses de evolución. No objetivan alteración en la EF ni neurológica. Dan de alta con diagnóstico de vértigo periférico y tratamiento con Dogmatil.

El 18 de agosto, en Atención Primaria se refiere mejoría relativa. En exploración se anota: escápulas aladas, apofisalgia cervical y dorsal.

En fecha 18 de octubre de 2021, acude a Neurocirugía, constando en el informe, que el paciente refería, adormecimiento del pulpejo de los 3 últimos dedos de la mano derecha, sin clara braquialgia ni alteración de esfínteres. La exploración no muestra alteraciones ni focalidad neurológica. Solicita RMN cervical y electromiograma (EMG)

El EMG muestra datos compatibles con afectación del nervio mediano derecho a nivel del carpo de carácter fundamentalmente desmielinizante de grado leve (lado izquierdo normal) sin signos de afectación de miotomas C6-C7-C8-T1 derechos, en el momento actual.

La RM se informa de protrusión discal C6-C7 sin estenosis ni mielopatía compresiva. Foco hiperintenso a nivel de C2, sugestivo de siringomielia, sin cambios desde 2020. De forma incidental, se visualiza en fosa posterior en ángulo pontocerebeloso (APC) izquierdo, lesión sólida con área quística de bordes definidos de 43*30*30mm, que condiciona efecto masa importante sobre fosa posterior, con desplazamiento de protuberancia, cerebelo y colapso parcial de IV ventrículo, que sugieren meningioma de fosa posterior, como primera opción diagnóstica, si bien precisa estudio con contraste.

El reclamante acude a Urgencias por indicación de Neurocirugía, consta en informe que ellos fueron informados el 24 marzo por el Servicio de Radiología de lesión ocupante de espacio (LOE) extraaxial con efecto masa en fosa posterior. Interrogado el paciente refiere cefalea intensa occipital de 3 años de evolución, de predominio matutino, náuseas a diario y ocasionalmente algún vómito. También refiere, disfagia e hipo en los últimos meses y sensación de desequilibrio. En la exploración física, tan solo destaca nistagmo horizontal bilateral a la mirada extrema a la izquierda, sin clara hipoacusia en la exploración, resto sin relevante. Ante signos clínicos de hipertensión intracraneal (HTIC) con desplazamiento del tronco encefálico, deciden ingreso a su cargo, explicando al paciente y a su madre, la necesidad de ampliar estudio y posible cirugía.

El 28 de marzo, en RMN cerebral y angio-RMN se aprecian hallazgos compatibles con Schwannoma en ángulo pontocerebeloso izquierdo, ocupación de la totalidad del conducto auditivo izquierdo, que condiciona importante efecto masa sobre tronco del encéfalo y cerebelo. Sistema ventricular estable.

Ese mismo día, en consulta de Otorrinolaringología, tras estudio audiológico, ambos oídos con umbrales dentro de los límites de la normalidad. Restos auditivos en oído izquierdo presentes, umbrales en 25-30 dB (signos de mala conducción nerviosa por aumento de latencias en potenciales). Umbrales en oído derecho dentro de la normalidad.

El 29 de marzo se realiza cirugía de drenaje ventricular externo para control del sistema ventricular, que cursa sin incidencias.

El 31 de marzo se realiza craneotomía occipital izquierda y exéresis tumoral con control neurofisiológico intraoperatorio, cursa sin incidencias reseñables. Dada las características del tumor y localización no es posible la resección completa del mismo y deciden no reponer plano óseo. Envían muestras a Anatomía Patológica.

Tras cirugía, pasa a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), donde presenta entre otros problemas: herida, inflamación y edema lingual tras estimulación intraoperatoria que se resuelve progresivamente con apoyo nutricional, luego deglución correcta; quemadura de II grado en región axilar derecha por decúbito (valorado por Cirugía Plástica) que se resuelve con tratamiento tópico; cuadro de agitación psicomotriz y delirio de probable relación con privación de sueño; y, Crisis hipertensiva que precisó tratamiento intravenoso. Permanece en UCI hasta el 5 de abril, cuando es trasladado a planta.

En planta permanece estable hemodinámicamente, en la EF objetivan, leve paresia facial periférica probablemente secundaria a inflamación postquirúrgica (nervio facial conservado) y nistagmus horizontal a la mirada hacia la izquierda. Dado de alta el día 14.

El 5 de mayo en el Comité de Tumores se decide en sesión clínica, mantener seguimiento con pruebas de imagen.

El 22 de junio se realiza RMN cerebral y fosa posterior de control. Informa de mejoría radiológica con resto lesional de 2x3x2,5 cm con zonas quísticas que condiciona efecto masa sobre protuberancia, visualizando menor colapso del IV ventrículo. Alteración de la señal en hemisferio cerebeloso izquierdo en relación con isquemia crónica. Colección extraaxial laminar en fosa posterior de 11mm secundaria a cambios quirúrgicos.

El 4 de julio, acude a consulta de Neurocirugía. Se anota que el paciente mantiene cefalea ocasional, sensación de inestabilidad y pérdida de audición izquierda. La exploración neurológica es normal. Revisa resultados de RMN, le indica al paciente, mantener seguimiento con RMN cerebral, nueva audiometría, consulta con Rehabilitación.

El 16 de noviembre de 2022, el paciente refiere cefalea ocasional, caídas y déficit auditivo izquierdo. Camina sin apoyos ni claudicación, salvo mínimo perfil atáxico que parece afectar a MII, intermitente. Buen

control de giros. Leve dismetría. Tratamiento rehabilitador para mejorar el balance muscular y equilibrio. Remite a Neuropsicología.

El 1 de febrero de 2023 refiere escasos cambios, sin bien sabe que el efecto es a medio-largo plazo, gracias al mantenimiento de las pautas de ejercicio. Calidad de sueño intermitente. No nuevas caídas en los últimos 2 meses. Persiste trastorno visual y cefalea intermitente.

Valorado el 1 de marzo de 2023 por Otorrinolaringología con audiometría: OD 10-5-20db. OI sin respuesta.

TERCERO.- A la historia clínica antes recogida, el HCD acompaña los informes de los servicios médicos intervinientes.

El informe de Neurocirugía, fechado el 14 de septiembre de 2022, recoge de manera detallada la asistencia prestada por ese servicio, sin hacer valoración alguna.

Con fecha 20 de septiembre de 2022 se emite informe por el coronel médico jefe del Servicio de Traumatología, en el que se relata la asistencia prestada, recoge consideraciones médicas sobre lairingomielia apreciada en RM y concluye refiriendo que remitió al paciente al médico de familia *“para que actuara de forma expectante versus diligente en el control y seguimiento del proceso”*.

El 16 de octubre de 2023, se emite el informe de la Inspección Sanitaria, en el que, tras analizar los antecedentes del caso y los informes emitidos en el curso del procedimiento y realizar las correspondientes consideraciones médicas, formula las siguientes valoraciones:

“Que la asistencia sanitaria prestada por el equipo facultativo de Neurocirugía fue acorde a la normativa vigente y siguiendo los protocolos establecidos para el abordaje terapéutico de tumores intracraneales.

No puedo concluir que la atención sanitaria dispensada por el equipo facultativo de Traumatología se haya prestado conforme a los datos de imagen recibidos y el cuadro clínico que el paciente presentó en 2020, por lo que considero que la asistencia sanitaria prestada en su proceso clínico, no fue acorde a Lex artis”.

Consta informe pericial médico emitido a instancias del órgano instructor en el que se coincide con la valoración realizada por la inspectora médica, apreciando deficiencias en el seguimiento de la siringomielia, considerando que Traumatología debía haber derivado al paciente a Neurocirugía lo que podría haber permitido un diagnóstico anterior del meningioma y su evolución. El informe valora el daño en 95.078,84 euros.

Conferido trámite de audiencia al reclamante, este presenta escrito fechado el 21 de febrero de 2024, reiterando su reclamación, refiere que ha instado judicialmente la declaración de incapacidad permanente, e incide en la ausencia del riesgo de quemadura en el consentimiento informado que dice fue causado por el bisturí. En este escrito hace una valoración de los daños en 130.876,55 euros. A esas alegaciones acompaña acuerdo de inicio del procedimiento de incapacidad permanente total y fotos de la quemadura.

El HCD presenta escrito en el trámite de audiencia reiterando en esencia el informe de su Servicio de Neurocirugía.

Con fecha 21 de mayo de 2024, la viceconsejera de Sanidad propone estimar parcialmente la reclamación, reconociendo una indemnización de 95.078,84 euros.

CUARTO.- El 5 de junio de 2024 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 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 4 de julio de 2024.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de su Ley 7/2015, de 28 de noviembre, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros y a solicitud de un órgano legitimado para ello, según 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, del Consejo de Gobierno (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 Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

El reclamante ostenta legitimación activa para deducir la pretensión de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), en cuanto al daño alegado que la atención sanitaria presuntamente negligente le haya podido ocasionar.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, en tanto que la asistencia reprochada fue dispensada a un titular de la asistencia sanitaria del Servicio Madrileño de Salud por parte del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, en virtud del Convenio de Colaboración suscrito el 21 de junio de 2021 entre el Ministerio de Defensa y la Comunidad de Madrid, sin perjuicio de la responsabilidad última que pueda corresponder a esa Administración del Estado.

Por lo que se refiere al plazo, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 LPAC, el derecho a reclamar prescribe en el transcurso de un año a contar desde el hecho causante o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños físicos, el plazo empezará a computarse desde la curación o determinación de las secuelas.

En el caso examinado, la reclamación se formula por las secuelas surgidas tras la intervención de meningioma, realizada el 31 de marzo de 2022, por lo que la presentación de aquella el 29 de agosto del mismo año se realizó en plazo.

Entre los trámites seguidos, tal como ha quedado expuesto en los antecedentes de hecho de este dictamen y según exige el artículo 81.1 de la LPAC, se ha recabado informe de los servicios relacionados con el daño alegado, obrando también informe de la Inspección Médica sobre los hechos que motivan la reclamación.

Consta incorporado a instancias del órgano instructor un informe pericial medico complementario, lo que resulta adecuado a fin de apreciar la existencia de relación de causalidad, la antijuridicidad del daño y su valoración, si bien ¿hubiera sido más procedente que la valoración de la asistencia sanitaria se hubiera efectuado un especialista en Neurocirugía, máxime si estamos ante una patología poco frecuente.

El Ministerio de Defensa como titular del centro hospitalario objeto del convenio y al que se le reprocha la asistencia, fue notificado de la reclamación y se le dio preceptiva audiencia.

Igualmente, se ha cumplido con el preceptivo trámite de audiencia al reclamante conforme al artículo 82.1 LPAC.

Por último, se ha formulado la correspondiente propuesta de resolución, propuesta 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.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 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 Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público en su Título Preliminar, Capítulo IV, artículos 32 y siguientes, y que, en términos generales, coincide con la contenida en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, requiere la concurrencia de varios requisitos:

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

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la

calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.

c) 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. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005) y otras 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”*.

Ha destacado esa misma Sala (por todas, en Sentencia de 16 de marzo de 2016, RC 3033/2014), que es el concepto de lesión el que ha permitido configurar la institución de la responsabilidad patrimonial con las notas características de directa y objetiva, dando plena armonía a una institución como garantía de los derechos de los ciudadanos a no verse perjudicados de manera particular en la prestación de los servicios públicos que benefician a la colectividad, y que ese concepto de lesión se ha delimitado con la idea de constituir un daño antijurídico:

“(...) lo relevante es que la antijuridicidad del daño es que no se imputa a la legalidad o no de la actividad administrativa -que es indiferente que sea lícita o no en cuanto que la genera también el funcionamiento anormal de los servicios- o a la misma actuación de quien lo produce, que remitiría el debate a la culpabilidad del agente que excluiría la naturaleza objetiva; sino a la ausencia de obligación de soportarlo por los ciudadanos que lo sufren. Con ello se configura la institución desde un punto de vista negativo, porque es el derecho del ciudadano el que marca el ámbito de la pretensión indemnizatoria, en cuanto que sólo si

existe una obligación de soportar el daño podrá excluirse el derecho de resarcimiento que la institución de la responsabilidad comporta (...). Interesa destacar que esa exigencia de la necesidad de soportar el daño puede venir justificada en relaciones de la más variada naturaleza, sobre la base de que exista un título, una relación o exigencia jurídica que le impone a un determinado lesionado el deber de soportar el daño”.

En concreto, cuando se trata de daños derivados de la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público porque el criterio de la actuación conforme a la denominada *lex artis* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios.

Así, el Tribunal Supremo, en doctrina reiterada en numerosas ocasiones (por todas, la STS de 19 de mayo de 2015, RC 4397/2010) ha señalado 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”.*

CUARTA.- Del breve resumen de los presupuestos de la responsabilidad patrimonial incluidos en la consideración jurídica precedente, se deduce que no cabe plantearse una posible responsabilidad

de la Administración sin la existencia de un daño real y efectivo a quien solicita ser indemnizado. En este sentido recuerda la Sentencia de 13 de febrero de 2018 del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (recurso 597/2017), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo que *“la existencia de un daño real y efectivo, no traducible en meras especulaciones o expectativas”* constituye el núcleo esencial de la responsabilidad patrimonial traducible en una indemnización económica individualizada, de tal manera que resulte lesionado el ámbito patrimonial del interesado *“que es quien a su vez ha de soportar la carga de la prueba de la realidad del daño efectivamente causado”*.

En el presente supuesto, el reclamante atribuye las pérdidas auditivas, visuales y vestibulares que padece al retraso diagnóstico y consiguiente crecimiento del meningioma. Asimismo, se reclama por quemadura en zona axilar derecha y lesión lingual, ambas acaecidas en el curso de la intervención.

Es preciso valorar si esos daños son consecuencia de la asistencia sanitaria y si los mismos revisten el carácter de antijurídicos por no ser consecuencia.

A tal efecto, debe tenerse en cuenta que la carga de la prueba en los procedimientos de responsabilidad patrimonial corresponde a quien reclama, sin perjuicio de que se pueda modular dicha carga en virtud del principio de facilidad probatoria. En ese sentido, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en su Sentencia de 5 de junio de 2017 (rec. 909/2014), recuerda: *“Este Tribunal en la administración del principio sobre la carga de la prueba, ha de partir del criterio de que cada parte soporta la carga de probar los datos que, no siendo notorios ni negativos y teniéndose por controvertidos, constituyen el supuesto de hecho de la norma cuyas consecuencias jurídicas invoca a su favor (por todas, sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 1985, 9 de junio de 1986, 22 de septiembre de 1986, 29 de enero y 19 de*

febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de septiembre de 1997, 21 de septiembre de 1998), todo ello, sin perjuicio de que la regla pueda intensificarse o alterarse, según los casos, en aplicación del principio de la buena fe en su vertiente procesal, mediante el criterio de la facilidad, cuando hay datos de hecho que resultan de clara facilidad probatoria para una de las partes y de difícil acreditación para la otra (sentencias Tribunal Supremo (3ª) de 29 de enero, 5 de febrero y 19 de febrero de 1990, y 2 de noviembre de 1992.

En concreto, en materia de responsabilidad derivada de la asistencia sanitaria resultan determinante los informes médicos periciales para la valoración de las actuaciones médicas realizadas. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de noviembre de 2019 (recurso 886/2017). Como es sabido, y así lo destaca, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2020 (recurso 829/2017) *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados”*.

El reclamante no aporta informe pericial alguno; no obstante, la valoración de la Inspección Médica aprecia un inadecuado seguimiento de lairingomielia que pudo provocar el retraso diagnóstico del posterior meningioma, deficiencias asistenciales que se atribuyen por la inspectora informante al Servicio de Traumatología del HCD.

A este respecto, cabe recordar el especial valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a la opinión de la Inspección Sanitaria, pues, tal y como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, así su

Sentencia de 24 de mayo de 2022 (recurso 786/2020), “*sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también 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*”.

El informe de la inspectora médica refiere que el 23 de septiembre de 2020, consta que el traumatólogo, tras revisar los resultados de la RMN previa, remite al paciente a su médico de familia para “*continuar estudio, seguimiento evolutivo y valoración del proceso, al considerar que no presenta patología medica aguda perteneciente a la especialidad de Traumatología*”, pero no consta en la historia clínica si el facultativo informó al paciente de los resultados de la RMN, si le explicó en qué consistía la existencia de una siringomielia y la conducta terapéutica a seguir. También refiere que no hay interconsulta con el Servicio de Neurología o Neurocirugía sobre el hallazgo de siringomielia.

El informe de la inspectora también recoge que, varios estudios retrospectivos revisados en la literatura médica, han objetivado casos de asociación de siringomielia y tumores de fosa posterior, entre ellos, neurinoma del acústico y meningiomas.

A juicio de la inspectora informante, la actitud terapéutica del equipo de Neurocirugía antes, durante y postcirugía, se hizo acorde a las recomendaciones contenidas en la literatura científica, con los consiguientes estudios preoperatorios, valoración auditiva y vestibular, angioRM, entre otros procedimientos previos. La cirugía en este caso era electiva por el tamaño tumoral, localización y efecto compresivo que estaba ejerciendo sobre el cerebelo y tronco del encéfalo. La elección de resección subtotal para este paciente, fue acorde a la recomendación de preservar la funcionalidad neurovascular de la zona quirúrgica. Por el contrario,

concluye el informe que *“la identificación mediante RMN de una Siringomielia (2020), precisa abordaje y seguimiento por Neurología o Neurocirugía, marcado por el conocimiento médico existente sobre esta patología, quienes decidirán la conducta a seguir acorde a la clínica y valoración del paciente. No hay constancia de comunicación de estos resultados a estos servicios por parte de Radiología ni Traumatología, siendo la Siringomielia, una patología propia de la especialidad de Neurología y NCx. Considero que, en este caso, hubo un defecto de continuidad asistencial y falta de información del equipo de Traumatología y Radiología, responsables del cuidado y atención de la salud del paciente, lo que generó ausencia de seguimiento clínico del paciente y cronicidad del cuadro inicial.”* Y termina diciendo: *“No puedo concluir que la atención sanitaria dispensada por el equipo facultativo de Traumatología se haya prestado conforme a los datos de imagen recibidos y el cuadro clínico que el paciente presentó en 2020, por lo que considero que la asistencia sanitaria prestada en su proceso clínico, no fue acorde a lex artis”*.

El informe pericial solicitado por el órgano instructor, resulta también coincidente con las valoraciones de la Inspección Médica, y emite las siguientes conclusiones:

1. *«El paciente fue diagnosticado de siringomielia el día 06/07/2020, patología que exige el seguimiento a largo plazo, siendo una pauta válida que durante los dos primeros años se haga revisión clínica cada 3 meses y control radiológico mediante RM y revisión por neurocirugía cada 6 meses. Coincido con la Inspección Médica en que no hay constancia que se haya realizado seguimiento del paciente.*

2. *El seguimiento de la siringomielia, por su condición de enfermedad rara, debe hacerse en unidades especializadas, por lo que debió realizarse directamente por COT o Neurocirugía.*

3. No se podrá saber con seguridad si en el seguimiento mediante RM de lairingomielia, de localización cervical alta, casualmente hubiera podido visualizar el meningioma intracraneal, como ocurrió fortuitamente en marzo de 2022. Por el lento ritmo de crecimiento de este tumor benigno, puede afirmarse que el meningioma llevaba años en esa localización por lo que ya hubiera podido ser detectado en una resonancia que incluyera fosa posterior de cráneo, que no era la región anatómica de lairingomielia.

4. El 02/08/2021 acudió a urgencias hospitalarias por mareo sin giro de objetos, refiriendo cefalea occipital de varios meses de evolución. Fue alta con el diagnóstico de vértigo, que fue calificado como de origen periférico.

5. En el análisis realizado encuentro que cuando consultó por mareo y vértigo se debió proseguir y profundizar en su estudio, por lo que al margen de la casualidad de encontrar el meningioma en una de las RM que se debieron hacer para el seguimiento de lairingomielia cervical, pudo haber al menos más de 9 meses de retraso en el diagnóstico del meningioma, pues una de las causas del vértigo son los tumores intracraneales.

6. El 21/03/2022, por la existencia de braquialgia, se hace control mediante RM y accidentalmente se descubrió un tumor intracerebral alojado en fosa posterior sugestivo de meningioma. El paciente fue localizado e ingresado a cargo de neurocirugía.

7. Entre los numerosos estudios realizados, el examen ORL previo a la cirugía (28/03/2022) puso en evidencia unos umbrales auditivos dentro de la normalidad (10 db), pero con restos auditivos en oído izquierdo presentes, en umbrales 25-30 db, signos de mala conducción nerviosa por aumento de latencias en potenciales.

8. El tumor ocupaba la práctica totalidad del CAI, con unas dimensiones de 45 x 35 x 30 mm que ocasionaba un efecto masa que generaba un desplazamiento de la protuberancia, pedúnculo cerebeloso izquierdo y el

colapso parcial del cuarto ventrículo. Con estos datos, la indicación de la extirpación del meningioma es correcta.

9. Previamente a la cirugía rubricó un completo documento de consentimiento informado donde se le informaba, entre otros muchos riesgos, de la posible pérdida de audición, pérdida de equilibrio, mareo, sensación vertiginosa, síndrome cerebeloso y nistagmo, con una frecuencia entre el 5-15%.

10. La intervención quirúrgica, que se realizó bajo control electrofisiológico intraoperatorio de pares V, VII, X, XI y XII, cursó sin incidencias, pero dadas las características del tumor y su localización no fue posible la resección completa. La anatomía patológica confirmó el meningioma.

11. La Inspección Médica reconoce que no le es posible valorar si “...estando el paciente dentro del circuito de seguimiento clínico debido a Siringomielia, se hubieran detectado precozmente (con menor tamaño tumoral) y, por tanto, cambiar el curso clínico de la lesión y la actual situación clínica del paciente”, cuestión que nuevamente comparto, siendo evidente la imposibilidad de valoración con absoluta certeza de lo que hubiera ocurrido en caso de haberse detectado más precozmente.

12. Teniendo en cuenta el ritmo de crecimiento del meningioma, menos de 1 cm al año, es posible que el tiempo de demora diagnóstica causara un crecimiento del meningioma en milímetros, y al estar alojado en la proximidad del conducto auditivo interno, pudiera englobar el VIII par, estando ya afectado levemente según el estudio ORL del día 28 de marzo del 2022, pero sin pérdida de audición ni alteraciones del equilibrio, por lo que es posible que meses antes este nervio pudiera estar indemne.

13. Las secuelas derivadas del VIII par craneal pueden deberse a uno de los riesgos claramente descritos en el documento del consentimiento

informado, es decir, un riesgo inherente, o bien puede ser como consecuencia inevitable de la necesidad de extirpación al estar englobado el nervio por el tumor.

14. Nuevamente coincido con la Inspección en que: “En la monitorización neurofisiológica intraoperatoria, imprescindible en este tipo de cirugías, existe la posibilidad, aunque escasa, de mordedura de la lengua o del tubo endotraqueal, descritas ampliamente en la literatura médica revisada y en los CI de similar procedimiento; lo mismo ocurre con la úlcera por decúbito que presentó el paciente, secundaria al tiempo quirúrgico empleado para la resección del tumor. Ambos eventos pueden ser considerados no esperables, pero si posibles de presentarse sin que ello se considere consecuencia de una inadecuada atención del paciente”.

15. En sucesivas revisiones, el paciente presenta cofosis (sordera total) izquierda, cefalea ocasional e inestabilidad y lateropulsión izquierda de la marcha que no ha mejorado a pesar de tratamiento rehabilitador».

Ciertamente, siguiendo ambos informes médicos, resulta reprochable la falta de remisión del paciente por parte de Traumatología a Neurocirugía para el seguimiento y valoración de la siringomielia apreciada en resonancia magnética, que puede estar asociada al meningioma. El traumatólogo se limitó a remitir al paciente a su médico de familia sin advertencia alguna y sin informar al paciente de los hallazgos, todo lo cual influyó previsiblemente en el retraso diagnóstico y en el crecimiento de ese tumor, que terminó causando las lesiones auditivas, oculares y vestibulares por las que se reclaman.

El hecho de que esos daños vengan recogidos en el consentimiento informado de la intervención no excluye su antijuridicidad, en tanto el retraso diagnóstico provocado por la ausencia de seguimiento influyó en el crecimiento de meningioma y, por ende, en el incremento considerable de los riesgos. Todo ello sin perjuicio que en la valoración de esos daños se

tenga en cuenta el carácter inherente de esos riesgos a toda intervención de esa patología.

Respecto a las lesiones en la piel y en la lengua derivadas de la intervención, ambos informes coinciden que los mismos son riesgos inherentes a la intervención y anestesia. En este sentido, el consentimiento informado para la anestesia sí recoge como riesgos las lesiones en dientes, encías y las vías altas. La quemadura de segundo grado en la zona en la región axilar derecha ni viene recogida en los consentimientos informados ni tiene una explicación razonable en ningún informe, por lo que no cabe excluir su indemnización.

QUINTA.- Para la valoración de lesiones corporales el artículo 34.2 de la LRJSP dispone que se podrá tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de seguros obligatorios y de la Seguridad Social.

En este sentido cabe tomar como criterio orientativo el establecido 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, que es el seguido por la pericial medica recabada por el órgano instructor, y que también acoge el reclamante en sus alegaciones finales, aunque con algunas discrepancias en su aplicación. En ambos casos se toman en consideración el baremo fijado para el año 2021.

Así, respecto a las lesiones temporales, refiere el perito que se pueden identificar dos periodos:

1. Hipotético retraso diagnóstico del meningioma, que establece desde el día 2 de agosto de 2021 (diagnóstico de vértigo), que hubiera coincidió temporalmente con la segunda RMN de control de la siringomielia que debió realizarse y hubiera podido diagnosticar el tumor a 21 de marzo de 2022 (diagnóstico casual del meningioma), un total de 231 días en el que

según los informes clínicos permaneció ligeramente sintomático, por lo que cabe calificarlos como perjuicio personal básico, lo que daría un total de 7.301,91 euros. Este cálculo no es discutido por el reclamante

2. Consecuencias deficitarias de la cirugía realizada el 31 de marzo de 2023, con estabilización lesional el día 9 de mayo posterior, un total de 404 días de los que hay que descontar el ingreso para extirpación quirúrgica y la convalecencia que de todos modos se hubieran producido de la necesaria cirugía, cuya duración estándar sería de 120 días (analogía con código CIE-10 G06.1 del Manual de IT del INSS), por lo que resultarían un total de 284 días de perjuicio personal particular moderado, a los que corresponderían 15.557,52 euros. Esta valoración también es acogida por el reclamante en sus alegaciones.

Por tanto, por perjuicios temporales correspondería 22.859,43 euros

Respecto al perjuicio personal particular causado por intervenciones quirúrgicas, el perito sostiene que es un epígrafe no valorable pues desde el inicio la cirugía hubiera sido necesaria, practicándose el mismo tipo de intervención dentro del nomenclátor de procedimientos de la OMC.

Incluye también el perito el concepto de gastos sanitarios y otros gastos por importes de 360 y 180 euros, pero ni en la reclamación ni en el expediente consta ninguna referencia ni se han aportado facturas que los justifiquen.

Las secuelas que recoge el perito son:

- deficiencia auditiva consistente en sordera total en oído izquierdo, al que corresponde 14 puntos.

- Inestabilidad y lateropulsión izquierda de la marcha: equivalente a "*Síndromes extrapiramidales/Síndrome Cerebeloso/Ataxia*", en grado leve, cuya valoración es 15 puntos.

Por tanto, por secuelas funcionales corresponderían 29 puntos, aunque el perito en su cálculo final recoge de manera errónea 27 puntos. Por lo que la cuantía que correspondería serían 47.319 euros y no 42.404, 41 euros, como por error recoge el perito.

Por perjuicio estético el perito otorga 6 puntos por el nistagmo y no valora la quemadura por considerar consecuencia inherente a la cirugía. Como antes hemos referido, la quemadura de segundo grado causada durante la intervención carece de una justificación razonable, resultando poco convincente considerar que es causada por una intervención prolongada en una persona de 36 años. Por tanto, esa quemadura, rápidamente resuelta, ha dejado, según se muestra en una foto aportada por el reclamante, una pequeña cicatriz, de escasa entidad y en una zona poco visible, por lo que procede asignarle 1 punto. Por tanto, por perjuicios estéticos correspondería 7 puntos, cuyo valor económico es de 6.705,92 euros.

En cuanto al perjuicio moral por pérdida de calidad de vida cabe considerarlo moderado, resultando razonable la asignación que hace el perito de 31. 606,43 euros por ese concepto.

El reclamante incluye como lucro cesante la incapacidad permanente total; sin embargo, solo acredita el inicio del procedimiento para su declaración con fecha 6 de septiembre de 2023, sin aportar el reconocimiento administrativo o judicial de esa situación.

El perito recoge por último que por el riesgo inherente de la cirugía del meningioma (preexistencial) sería aplicable un factor reductor del 10% sobre las secuelas (promedio de los riesgos informados con una frecuencia 5-15%). El reclamante en su cálculo no rechaza esa reducción, que también consideramos razonable y justificada.

Por tanto, por secuelas psicofísicas y estéticas, incluido perjuicio moral por pérdida de calidad de vida, correspondería 77.068,22 euros, cantidad resultante de la suma de las cantidades fijadas por esos conceptos con la reducción del 10%.

Así, la indemnización resultante sería de 99.927,65 euros (77.068,22+22.859,43)

En todo caso, cabe recordar que el artículo 34.3 de la LRJSP dispone que la cuantía de la indemnización se calculará con referencia al día en que la lesión efectivamente se produjo, sin perjuicio de su actualización a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad con arreglo al Índice de Garantía de la Competitividad, fijado por el Instituto Nacional de Estadística, y de los intereses que procedan por demora en el pago de la indemnización fijada, los cuales se exigirán con arreglo a lo establecido en la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria, o, en su caso, a las normas presupuestarias de las Comunidades Autónomas.

Teniendo en cuenta lo establecido en ese precepto, y que para calcular la indemnización se ha atendido al baremo del año 2021, la cantidad deberá ser actualizada al momento de su reconocimiento.

Por todo lo expuesto la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente,

CONCLUSIÓN

Procede la estimación parcial de la presente reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños antijurídicos causados en la asistencia sanitaria prestada por la Comunidad de Madrid, reconociendo al

reclamante una indemnización de 99.927,65 euros, cantidad que deberá actualizarse al momento de su reconocimiento.

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 4 de julio de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 422/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid