

Dictamen n.º: **268/25**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **22.05.25**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 22 de mayo de 2025, 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 procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por D., por los daños y perjuicios derivados del retraso en el diagnóstico y tratamiento de un ictus en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El expediente de responsabilidad patrimonial trae causa del escrito de reclamación formulado el 3 de agosto de 2023 por la hija de la persona citada en el encabezamiento contra el Servicio Madrileño de Salud, por la demora en el diagnóstico y tratamiento de un ictus por los facultativos del HUPA, cuando acudió a Urgencias el 3 de agosto de 2022.

La hija del reclamante refiere en su escrito que, en el día indicado, su padre presentaba un estado confusional y un comportamiento extraño, por lo que le trasladaron al HUPA. Allí le realizaron diversas pruebas, entre ellas un TAC cerebral y les

informan que sospechan de tumor cerebral, aunque ella consideraba que tenía todos los síntomas de ictus. Añade que permaneció ingresado los siguientes días de mes de agosto, descartándose otras patologías como meningitis, hasta que el día 8 de ese mes les informan que las carótidas están soltando pequeños coágulos que le producen micro ictus y que le harán una angiografía para poder operarle.

Se refiere en el escrito que le dijeron que, el retraso en las pruebas se debía a la desorganización en el Servicio de Radiología, lo que también era recogido en medios de comunicación.

Continúan relatando que el angio Tac no se lo hicieron hasta el día 11 de agosto y no fue operado hasta el día 18, y cuando es trasladado a planta al día siguiente se encontraba muy mal y les informan que debía ser operado por Neurocirugía, pero que al no haber en ese centro dicho servicio, lo trasladaron al Hospital de Torrejón donde, tras hacerle un TAC cerebral, les dicen: “*que tiene un gran infarto cerebral de todo el lado derecho y que tienen que operarlo para quitarle la mitad del hueso de la cabeza para que no se muera con la presión que le está produciendo la hemorragia, sino lo autorizamos se muere. Nos dicen que muchas de las secuelas ya son irreversibles*”.

En el Hospital de Torrejón permanece en la UCI hasta el 9 de septiembre, cuando es trasladado a un centro concertado para neurorehabilitación.

Manifiesta la hija del reclamante que, actualmente su padre es dependiente total, cuidándole su madre de manera permanente, especificando que presenta: “*hemiplejia completa lado izquierdo. Gran Dependiente para toda movilidad y actividades de la vida diaria (asistencia máxima para todo). Desplazamiento en silla de ruedas impulsada por tercera persona. Hemiparesia izda. Espástica con MSI*

con movilidad pasiva en hombro indolora y prácticamente completa, patrón de flexión de codo, espasticidad grado 3 de la EMA y mano con flexión palmar y dedos en flexión. Con ortesis postural. Necesita corrección postural mediante requerimiento verbal, actitud flexión global cefálica y de tronco. No posible bipedestación. Pie equino. Incontinencia urinaria”.

El escrito, tras atribuir las secuelas a la falta de diagnóstico y medios del HUPA, solicita una indemnización en cuantía que no concreta.

Con el escrito se adjunta el documento de identidad del reclamante y diversos informes médicos asistenciales.

Tras requerimiento del órgano instructor para la acreditación de la representación, el 11 de septiembre de 2023 el reclamante presenta el escrito firmado por él.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación, el órgano instructor solicitó la historia clínica al HUPA y al Hospital de Torrejón, pudiéndose extraer de la misma los siguientes hechos de interés:

El reclamante, nacido en 1952, con antecedentes de síndrome mielodisplásico tratado con trasplante de progenitores hematopoyéticos en el pasado y con hipertensión arterial, acude la noche del 3 de agosto de 2022 al Servicio de Urgencias del HUPA por empeoramiento en la última semana de cuadro de despistes y alteraciones conductuales desde hacia 4 meses.

A la exploración neurológica el paciente se encuentra estable. Se realiza TAC craneal informado como: imagen hipodensa en lóbulo frontal derecho, indeterminada, en probable relación con lesión

isquémica crónica. Juicio Clínico: lesión en lóbulo frontal derecho cerebral a estudio. Se comenta con Neurología para valoración.

Por neurólogo se anota: «*Su mujer comenzó a notarle “despistes” desde abril/22 en ningún caso con repercusión grave. Desde hace una semana han observado un empeoramiento más acusado, siendo actualmente incapaz de vestirse solo, se sale de la carretera durante la conducción, aparca mal, se ha caído de la cama. Le notan más apático y habla menos. Hace unos días tuvo cefalea que ha remitido en el momento actual. Se realiza exploración física. JC: lesión cerebral frontal derecha de naturaleza incierta. Por la evolución clínica a valorar origen tumoral (primario o metastásico) como primera posibilidad. Menos probable vascular o infeccioso. Pasa a camas de observación.*

Se recoge como diagnóstico lesión cerebral frontal derecha a estudio.

El 4 de agosto se realiza punción lumbar, descartándose meningitis y se programa resonancia magnética cerebral para el día 8 de agosto.

El 5 de agosto, se anota por neurólogo: «*A nuestra llegada refiere haber pasado buena noche, está tumbado en cama. No menciona dolor ni otra sintomatología, sin embargo, el familiar describe persistencia de bradipsiquia. A la exploración física presenta bradilalia con contenido del lenguaje sin alteraciones. JC: alteraciones conductuales en probable relación con lesión hipodensa frontal derecha, a estudio. A descartar encefalitis sin poder eliminar otras opciones diagnósticas (proceso neoinformativo, Leucoencefalopatía...)*

El 7 de agosto se anota por Neurología: «*Avisan para valorar al paciente por cuadro de inestabilidad con tendencia hacia la izquierda que comenzó ayer por la noche en torno a las 3 de la mañana.*

JC: Inestabilidad en probable relación con lesión hemisférica derecha a estudio. Por su carácter progresivo, probablemente la clínica

descrita se encuentre en relación con el propio proceso patológico actual del paciente puesto que además es congruente con los hallazgos de la exploración realizada.

Plan: de momento no modificamos actitud terapéutica puesto que la clínica es congruente con el proceso actual y dado que mañana día 8 se realiza RM cerebral, dará mejor descripción de la lesión observada en el TC craneal.

17:30 h: Avisan de nuevo dado que familiar refiere progresión de sintomatología, con mayor deterioro de la marcha. JC: datos de disfunción parietal a estudio. A descartar mediante estudio de RM cerebral ya programado.

Plan: Dado que el paciente no se beneficiaría claramente de una intervención por nuestra parte puesto que no modificaría el curso del proceso ya que parece un cuadro progresivo congruente con el proceso que ha seguido el paciente durante su ingreso, no agudo, que no requeriría actuación urgente, decidimos no modificar por el momento actual y continuar el estudio programado con RM cerebral mañana”.

El 8 de agosto se realiza resonancia magnética cerebral que es informada como: lesiones isquémicas agudas frontoparietales derechas y estenosis carotídea sintomática, imágenes hipertensas periventriculares y en centros semiovales, inespecíficas.

Ante dicho diagnóstico, el Servicio de Neurología solicita TAC de arterias supraaórticas y pauta dosis de Plavix. Pendiente de citación de angio-TC de troncos supraaórticos para estudio de estenosis objetivada en ecodoppler.

Ante el empeoramiento que presenta el día 9 de agosto, se realiza TAC craneal urgente que muestra lesiones isquémicas

agudas/subagudas frontoparietales derechas, sin cambios significativos con respecto a la RM craneal del día anterior, por lo que se mantiene actitud expectante.

El 11 de agosto consta que se realizó TAC, apreciándose estenosis crítica del origen de la arteria carotidea interna derecha en un segmento de 11 mm con adecuado paso de contraste distal. Ateromatosis calcificada en el origen de la carótida interna izquierda que condiciona una estenosis menor del 50 %.

El 13 de agosto, tras referir los familiares que el paciente se encontraba más decaído, se solicita valoración a Neurología. Se solicita TAC craneal y TAC de arterias supraaórticas que se realiza durante la tarde no mostrando cambios significativos respecto al TAC y la RM anteriores.

Se recoge que se comenta con Hospital La Paz quienes al no tratarse de oclusión vascular aguda no ven al paciente candidato a traslado. Debido a la presencia de lesiones isquémicas recientes se contraindica fibrinólisis intravenosa.

El día 16 de agosto se anota por Neurología: “*pendiente Cirugía el día 18/08. JC: Ictus isquémico subagudo en territorio de arteria cerebral media derecha, de etiología aterotrombótica. Ateromatosis carotídea con estenosis crítica de arteria carótida interna derecha. Empeoramiento neurológico de mecanismo hemodinámico, en contexto de cifras tensionales límite. Plan: Mantener reposo absoluto con cabecero bajo*”.

El 18 de agosto se realiza cirugía de endarterectomía carotídea derecha, sin incidencias. Se traslada a Reanimación.

El 19 de agosto de 2022 se traslada a la Unidad de Ictus del Hospital de Torrejón.

En ese centro se realiza nuevo TAC craneal en la que se aprecian hallazgos compatibles con lesión isquémica aguda en territorio de arterias craneales media y posterior derechas, con signos de hemorragia petequial, decidiéndose realizar craniectomía descompresiva ese mismo día 19.

Permanece ingresado hasta el día 29 de septiembre, presentando al alta la siguiente valoración neurológica: “*Buen nivel de conciencia. Comprende y ejecuta orden axial de 1 secuencia. Tendencia a desviación oculo-cefálica a la derecha. Reflejo de amenaza izquierda abolido. No lenguaje espontáneo, respuesta coherente a preguntas, obedece órdenes. Ptosis izquierda hasta borde pupilar. Parálisis facial izquierda moderada. Afagia. Plejia extremidades izquierda. Movilidad espontánea de miembro superior derecho*”.

El 29 de septiembre de 2022 es trasladado a la Unidad de Daño Cerebral de un centro concertado para tratamiento neurorehabilitador.

TERCERO.- Incorporada al procedimiento la historia clínica del paciente, 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 al HUPA, cuya asistencia es objeto de reproche.

Así, consta informe fechado el 20 de junio de 2023, emitido por la jefa de sección de Neurología, en el que, tras relatar la evolución del paciente, refiere que la orientación diagnóstica final fue de ictus isquémico maligno sufrido en varios tiempos por estenosis crítica de carótida interna derecha con componente hemodinámico y síndrome de reperfusión. No obstante, señala que la mayoría de las veces no se puede establecer un diagnóstico de certeza en una primera valoración de los pacientes y por ese motivo es por el que se solicitan pruebas,

como fue en el caso de este paciente. Y añade: “*es importante también saber que en los primeros días tras haber sufrido un ictus lo normal es que no se aprecien alteraciones agudas en el TAC craneal (como ocurrió en este caso) y que sólo son visualizables pasados unos días o en una resonancia craneal*”.

También se ha recabado informe de la Inspección Médica, que es emitido el 4 de septiembre de 2024. En él se recoge la historia clínica se hacen las consideraciones médicas pertinentes y concluye la inspectora informante afirmando que las actuaciones realizadas en el HUPA no fueron correctas y acordes a la *lex artis*.

Consta también incorporado al expediente un informe pericial de una especialista en Neurología que considera correcta y ajustadas a la *lex artis* la actuación de los facultativos del HUPA.

Otorgado trámite de audiencia, consta la formulación de alegaciones fechadas el 19 de marzo de 2025, en las solicita la estimación de la reclamación, sosteniendo que los síntomas que presentaba el reclamante eran claros de ictus y que, además, hubo un retraso en la realización de la resonancia magnética y en la realización de la endarterectomía carotídea, pues las guías clínicas recomiendan la intervención en un plazo no superior a dos semanas desde el inicio de los síntomas, especialmente en casos de ictus con estenosis carotídea severa.

Finalmente, el 2 de abril de 2025 se formula propuesta de resolución por la viceconsejera de Sanidad, en la que concluye desestimando la reclamación, al considerar que no concurren los presupuestos para la declaración de responsabilidad patrimonial.

CUARTO.- El 8 de abril de 2025 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 22 de mayo de 2025.

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 de la consejera 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 legitimación para reclamar no ofrece duda alguna en tanto el reclamante es quien ha sufrido las secuelas derivadas de lo que entiende un retraso en el diagnóstico.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, en tanto que la asistencia reprochada fue dispensada en un centro hospitalario de la red del SERMAS.

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 asistencia reprochada es el retraso en el diagnóstico y tratamiento durante los días 3 y 18 de agosto; por tanto, la reclamación presentada el 3 de agosto de 2023 se formula en el plazo legal, sin necesidad de atender a la determinación de las secuelas.

En la tramitación se ha cumplido los presupuestos exigidos, al haberse emitido informe por el servicio afectado por la reclamación y, tras la incorporación del informe de la Inspección Médica, se ha dado audiencia al reclamante, formulándose finalmente una propuesta de resolución que analiza la concurrencia de los elementos propios de la responsabilidad patrimonial.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 106.2 de la Constitución, 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 adelante, LRJSP) en su título preliminar, capítulo IV, artículos 32 y siguientes.

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 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 19 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 1995, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996 , 16 de noviembre de 1998 , 20 de febrero , 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)”.

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 4^a) de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010), 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.

QUINTA.- Entrando a analizar el supuesto concreto, la existencia de lesiones y secuelas constituyen, sin duda un daño real y efectivo, por lo que es preciso determinar en qué medida otro proceder asistencial hubiera podido reducir.

Ciertamente, la existencia de un daño no es suficiente para declarar la existencia de responsabilidad, por lo que ha de analizarse si concurren los demás requisitos necesarios para apreciarla, en concreto la necesaria relación de causalidad y la antijuridicidad del daño.

En este sentido, son dos los reproches que hace el reclamante a la actuación de los facultativos: el retraso en el diagnóstico del ictus y la demora en la intervención quirúrgica para su abordaje.

Respecto a la primera de las cuestiones, debemos partir de la premisa de que el retraso en un diagnóstico no es *per se* indemnizable, requiriéndose para que pueda apreciarse que, según las circunstancias concretas del caso y los medios disponibles, una valoración médica acorde a la *lex artis* hubiera llevado a un

diagnóstico en fases más tempranas, y que esta detección precoz hubiera permitido una mejor evolución o, al menos, una expectativa de mejoría. En ese sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de abril de 2018 (recurso 75/2017), dice: “*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 este 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*”.

Ciertamente, no es exigible realizar otras pruebas que las que a la vista de la sintomatología y características de la paciente sean recomendables, sin que resulte procedente juzgar la corrección de una actuación médica partiendo de la evolución posterior del paciente, en la llamada “prohibición de regreso”. En efecto, la asistencia médica ha de atender a las circunstancias y a los síntomas del enfermo, mediante un juicio ex ante y no ex post. Así lo ha manifestado el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, entre otras, en Sentencia de 4 de abril de 2017 (recurso 532/2015) según la cual:

“No es correcto realizar una interpretación de lo acontecido conociendo el resultado final. La calificación de una praxis asistencial como buena o mala no debe realizarse por un juicio “ex post”, sino por un juicio ex ante, es decir, si con los datos disponibles en el momento en que se adopta una decisión sobre la diagnosis o tratamiento puede considerarse que tal decisión es adecuada a la clínica que presenta el paciente”.

Para poder valorar si la demora en el diagnóstico final es imputable a un deficiente proceder de los facultativos o no resulta ineludible acudir a los informes médicos dado el carácter técnico de la materia.

En el expediente nos encontramos con dos informes cuya valoración resulta contradictoria. Ante esta situación, la valoración de las pericias ha de hacerse, según las reglas de la sana critica, con análisis de la coherencia interna, argumentación y lógica de las conclusiones a que cada uno de ellos llega.

En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de febrero de 2016 (rec. 1002/2013) manifiesta que *“las pruebas periciales no acreditan irrefutablemente un hecho, sino que expresan el juicio o convicción del perito con arreglo a los antecedentes que se le han facilitado (...)”* y *“no existen reglas generales preestablecidas para valorarlas, salvo la vinculación a las reglas de la sana crítica en el marco de la valoración conjunta de los medios probatorios traídos al proceso (...)”*.

La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 17 de febrero de 2022 (rec. núm. 77/2019) señala que, *“en estos casos es procedente un análisis crítico de los mismos, dándose preponderancia a aquellos informes valorativos de la praxis médica que, describiendo correctamente los hechos, los datos y fuentes de la*

información, están revestidos de mayor imparcialidad, objetividad e independencia y cuyas afirmaciones o conclusiones vengan dotadas de una mayor explicación racional y coherencia interna, asumiendo parámetros de calidad asentados por la comunidad científica, con referencia a protocolos que sean de aplicación al caso y estadísticas médicas relacionadas con el mismo. También se acostumbra a dar preferencia a aquellos dictámenes emitidos por facultativos especialistas en la materia, o bien con mayor experiencia práctica en la misma. Y en determinados asuntos, a aquéllos elaborados por funcionarios públicos u organismos oficiales en el ejercicio de su cargo y a los emitidos por sociedades científicas que gozan de prestigio en la materia sobre la que versa el dictamen”.

En este caso, el informe de la Inspección Sanitaria, si bien adolece de especialización en Neurología, goza de una indudable imparcialidad, y en él la inspectora considera que la asistencia médica, en lo referente al diagnóstico, no fue correcta. Así, se afirma: «*En el apartado de Métodos diagnósticos en el ictus, la Guía de la SEN recomienda que ante un paciente con un cuadro clínico sugestivo de un ictus, el proceso debe ir dirigido en primer lugar a confirmar el diagnóstico de ictus y descartar otras entidades clínicas que se le puedan asemejar; determinar el tipo de ictus (isquémico o hemorrágico), establecer la topografía y extensión de la lesión encefálica, conocer la situación del sistema vascular y saber cuál es su etiología y patogenia. Este proceso se debe completar en el menor tiempo posible y debe permitir indicar el tratamiento correcto al paciente y dar un pronóstico evolutivo a corto y largo plazo.*

En la Historia clínica se debe prestar una especial atención a los antecedentes vasculares, tanto familiares como personales y la detección de otros factores de riesgo vascular. Se realizará una exploración neurológica completa de todas las funciones encefálicas y

una exploración física de los diferentes territorios vasculares del organismo.

Consta en el informe de urgencias del ingreso del día 03/08/2022 el antecedente de crisis hipertensiva y la referencia del familiar que “desde entonces le encuentran más apagado”.

Por lo tanto: Se considera que, al realizar la aproximación diagnóstica, no se tuvo en cuenta en antecedente de la crisis hipertensiva y su correlación clínica».

Afirma que la realización de TAC cerebral es la prueba de primera elección, como así se hizo, pero la apreciación de una imagen hipodensa puede ser sugerente de isquemia cerebral. De esta forma, la inspectora informante, sin ser precisa, parece entender que debía sospecharse de lesión vascular, mientras que los facultativos intervenientes consideraron ese origen menos probable que el tumoral primario o metastásico.

Por ultimo recuerda el informe de la inspectora la importancia que reviste el tratamiento del infarto cerebral, que al ser el ictus una urgencia neurológica, se ha evidenciado que los resultados dependen del momento en que se inicie el tratamiento, y de la precocidad del mismo depende la evolución y las secuelas que pueda presentar el paciente

Por el contrario, el informe pericial incorporado por el instructor hace una valoración contradictoria del proceso diagnóstico. La perita analiza la actuación médica partiendo de que los familiares del paciente informan de una clínica que estaba presente desde hacia varias semanas, y que no se aprecian alteraciones en la exploración física ni en la analítica. En el TAC craneal, recuerda la perita, se aprecia una lesión hipotensa que parece crónica, por lo que no hay

datos objetivos de que se trate de un ictus en fase aguda que hagan necesario activar el código ictus. Así, se considera que la actitud y las medidas adoptadas durante el ingreso por parte del equipo de Neurología fueron correctas, al descartar otros diagnósticos diferenciales como tumor o meningitis.

Respecto a los síntomas, a diferencia del informe de la Inspección, el informe pericial sí los precisa, señalando: “*Los hallazgos semiológicos característicos del infarto completo de la ACM incluyen desviación conjugada de la mirada, déficits motores y sensitivos severos, afasia global en infartos de hemisferio dominante y desatención cuando el hemisferio derecho está comprometido. La presencia de debilidad severa de la pierna sugiere infarto de las estructuras subcorticales irrigadas por la ACM (cápsula interna) o compromiso simultáneo del territorio de la arteria cerebral anterior. Oclusión de la arteria carótida intracraneal con isquemia frontal extensa debe sospecharse en casos en los que el paciente presente trastornos tempranos en el nivel de la conciencia, los cuales pueden ser fluctuantes. Náuseas, vómitos o hipertermia dentro de las 24h del inicio de los síntomas son premonitorios de edema maligno*”.

Poniendo en relación las valoraciones médicas referidas con la historia clínica parece evidenciarse que la sintomatología que presentaba el paciente no era propia de un ictus y así, más allá de despistes y cierto comportamiento extraño en las cuatro semanas anteriores a demandar asistencia sanitaria, el reclamante no presentaba ningún déficit motor, alteraciones del habla, vómitos, mareos, o cefaleas intensas.

Cabe recordar que, en la Comunidad de Madrid, en abril de 2021 se aprobó el “Plan de Atención a los Pacientes con Ictus”, resultado del grupo de trabajo integrado por los especialistas de los

principales hospitales de Madrid. En dicho Plan se fijan los criterios de activación del código ictus, que son:

1. Déficit neurológico agudo, persistente en el momento del diagnóstico iniciado hace menos de 24 horas o bien de hora de inicio desconocida pero presumiblemente inferior a 24 horas.
2. Presencia de alguno de los síntomas de sospecha de Ictus:
 - 2.1. Entumecimiento, debilidad o parálisis repentina de la cara, miembro con diagnósticos diferenciales entre meningitis, encefalitis o tumoral superior o miembro inferior de un hemicuerpo.
 - 2.2. Dificultad para hablar o entender.
 - 2.3. Pérdida de visión brusca de uno o ambos ojos.
 - 2.4. Cefalea intensa, brusca y sin causa aparente, asociada a náuseas y vómitos (no achacable a otras causas).
 - 2.5. Dificultad repentina para caminar, perdida de equilibrio o coordinación.

Por el contrario, señala como criterios de exclusión del código ictus, los siguientes:

1. Más de 24 horas de evolución desde el inicio de los síntomas.
2. Paciente con gran dependencia previa.
3. Situación clínica previa de enfermedad grave e irreversible que condicione la esperanza de vida.
4. Demencia (moderada-grave).

Por tanto, frente a lo que sostiene el reclamante, no procedía en su caso la activación del código ictus, al no presentar ningún síntoma propio y, en todo caso la sintomatología que tenía era muy anterior a las 24 horas.

Así, debemos decantarnos por la valoración del informe pericial, elaborado por una especialista en Neurología, que muestra un razonamiento más preciso, detallado y convincente; y que, puesto en relación con el citado Plan de Atención a los Pacientes con Ictus e historia clínica, nos hace considerar que la actuación de los facultativos del HUPA fue razonable y acorde a la *lex artis ad hoc*.

El reclamante también refiere que hubo dilación en el abordaje del ictus mediante la cirugía de endarterectomía carotídea. Sin embargo, sobre esta cuestión ningún reproche hay por parte de la Inspección Médica y la perita afirma que se realizó dentro de los quince días siguientes recomendados por las guías de Cirugía Vascular, sin dejar de mencionar que existen corrientes científicas que consideran conveniente demorar su realización por el mayor riesgo de mortalidad y complicaciones si se interviene prematuramente.

Por último, debe reseñarse que el mayor deterioro del estado físico del reclamante y determinante de secuelas irreversibles estuvo producido por el infarto maligno causante de un gran edema producido tras la cirugía y que comprometió su vida. En efecto, es tras la intervención cuando aparecen las lesiones y finales secuelas, que no existían previamente a la misma. Sobre esta cuestión, la perita neuróloga afirma: “Se trata de una afectación masiva de un territorio vascular, en este caso el de la arteria cerebral media derecha. Tiene que ver con el grado de afectación previa del territorio vascular y es una complicación posible tras una endarterectomía carotídea.

Esta posibilidad viene recogida en el consentimiento informado firmado por el paciente.

También puede suceder sin que se realice endarterectomía. Únicamente está condicionado por la extensión del evento isquémico”.

En efecto, el consentimiento informado, firmado por la esposa del reclamante, recoge expresamente el infarto cerebral como riesgo inherente a la intervención quirúrgica realizada, excluyéndose así la antijuridicidad del daño derivado esa consecuencia que, en todo caso, podía haber surgido pese a la intervención, según afirma la perita.

En consecuencia, no apreciándose retraso diagnóstico imputable a los facultativos ni demora en la realización de la cirugía que se precisaba, unido a que la causa principal de los daños por lo que se reclaman son consecuencia inherente a la propia intervención quirúrgica, no cabe apreciar daño antijurídico atribuible al servicio público sanitario.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no concurrir daño antijurídico derivado de la asistencia sanitaria.

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 22 de mayo de 2025

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.^o 268/25

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid