

Dictamen n.º: **490/24**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **30.07.24**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 30 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 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 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 HV 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 diplopía.

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, Maniobra de McClure (o de giro cefálico en decúbito supino) con gafas de Frenzel negativo en todas las posiciones, recomendando maniobras de Brand Daroff 1 mes y revisión en 3 meses.

El 19 de diciembre de 2017 en Otorrinolaringología refiere que continua con mareo ocasional con giro de objetos y cortejo vegetativo y vómitos asociados. Último episodio ayer por la noche. Exploración: Otoscopia: sin alteraciones. No nistagmo espontaneo ni de posición. Test de movimientos bruscos de cabeza, test de Halmagyi, negativo. Head thrust test y Head shaking no sacadas. McClure: no veo nistagmo refiere mareo en maniobra izquierda. Hago maniobras de Epley, para aliviar el mareo. JC: Dado que es un mareo de larga evolución y en maniobras no se ve nistagmo solicito VNG (videonistagmografía) para completar diagnóstico.

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. Se recoge que presenta clínica similar a previos por los 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 el día anterior, 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 Neuroradiología 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 Dexamentasona 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 Neuroradiología 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 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 el 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 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.

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.

Una vez remitida la propuesta junto con el expediente a esta Comisión, el 7 de septiembre se emitió el Dictamen 436/23, en el que se consideraba necesario complementar la instrucción, dado que el informe de la inspección apreciaba un retraso diagnóstico, pero no especificaba en que momento hubiera sido preciso realizar pruebas adicionales o la remisión a Neurocirugía.

Acordada la retroacción del procedimiento, se comunicó al centro concertado que prestó la asistencia, emitiendo informe ampliatorio su Servicio de Neurocirugía con fecha 6 de noviembre de 2023. También se recabo nuevo informe a la Inspección Médica, que lo emitió el 28 de noviembre de ese mismo año.

Otorgado nuevo trámite de audiencia a los interesados, la reclamante presentó alegaciones el 6 de abril de 2024 reiterando su reclamación. Por su parte, el gerente del centro sanitario presentó alegaciones fechadas el 21 de mayo en las que, remitiéndose al informe de su Servicio de Neurocirugía, sostiene que la asistencia fue acorde a la *lex artis*.

Finalmente, con fecha 17 de junio de 2024, la viceconsejero de Sanidad formula propuesta desestimatoria de la reclamación.

CUARTO.- El 2 de julio de 2024 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid nueva solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente al letrado vocal don 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 30 de julio de 2024.

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, 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 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. Asimismo, se ha emitido informe de la Inspección Médica que ha sido precisado en otro posterior tras nuestro primer dictamen, dándose nuevo trámite de audiencia y, finalmente, se ha redactado la propuesta de

resolución que junto con el resto del expediente ha sido remitido a esta Comisión Jurídica Asesora para su dictamen preceptivo.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido trámite alguno 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 LRJSP.

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”.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo: «el hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar", debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la *lex artis ad hoc*”.

En consecuencia lo único que resulta exigible a la Administración Sanitaria «... es la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en este tipo de responsabilidad es una indebida aplicación de medios para la obtención de resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente” (STS Sección 6ª Sala C-A, de 7 marzo 2007).

En la mayoría de las ocasiones, la naturaleza jurídica de la obligación de los profesionales de la medicina no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo, obligación del resultado, sino una obligación de medios, es decir, se obligan no a curar al enfermo, sino únicamente a dispensarle las atenciones requeridas, según el estado de la ciencia (SSTS de 4 de febrero y 10 de julio de 2002 y de 10 de abril de 2003).

En definitiva, el título de imputación de la responsabilidad patrimonial por los daños o perjuicios generados por el funcionamiento normal o anormal de los servicios de asistencia sanitaria, no consiste sólo en la actividad generadora del riesgo, sino que radica singularmente en el carácter inadecuado de la prestación médica llevada a cabo, que puede producirse por el incumplimiento de la lex artis o por defecto, insuficiencia o falta del servicio.

A lo anterior hay que añadir que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido evitar o prever según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento que se producen aquéllos, de suerte que si la técnica empleada fue correcta de acuerdo con el estado del saber, el daño producido no sería indemnizable por no tratarse de una lesión antijurídica sino de un riesgo que el paciente tiene el deber de soportar y ello aunque existiera un nexo causal.

En la asistencia sanitaria el empleo de la técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido ya que cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si a pesar de ello causó el daño o más bien pudiera obedecer a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente».

CUARTA.- En el presente caso que analizamos, la reclamante considera que hubo un retraso en el diagnóstico de su aneurisma cerebral, pero no aporta ningún informe pericial.

A este respecto, debe recordarse que la prueba de deficiencias en la atención médica debe probarse por quien reclama y por medios idóneos para ello, esencialmente las periciales médicas. En este sentido se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 12 de noviembre de 2018 (recurso 309/2017), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, como añade la citada sentencia, *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica”*.

Pese a lo expuesto, consta en el expediente el informe de la Inspección Médica que concluye reprochando la asistencia prestada al apreciar un déficit en las pruebas diagnósticas, afirmando 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.

Dado que el informe inicial de la Inspección Médica adolecía de falta de concreción, en un informe ampliatorio, precisa: *“a los pacientes con síntomas crónicos de patología vestibular central se les debe realizar RM con gadolinio para buscar signos de un accidente cerebrovascular, esclerosis múltiple u otras lesiones del sistema nervioso central.*

Aunque no hay un criterio único, el vértigo se considera crónico a partir de 1 mes de persistencia o recurrencia de los síntomas.

En el caso de D^a ..., fue estudiada en ORL desde el 2 de agosto de 2017 hasta el 19/09/2017 en que es diagnosticada como VPPB derecho. Sin embargo 3 meses después el 19/12/2017 vuelve de nuevo a urgencias

por presentar mareo y vómitos siendo estudiada por el especialista en ORL quien le da el ALTA el 15 de febrero de 2018 con el JC de VPPB.

Por lo tanto, debemos considerar que, en la consulta de 19 de diciembre de 2017, ante la persistencia de los síntomas y empeoramiento de los mismos, a esta paciente se le debería haber indicado la realización de una RM para descartar la patología causante de su vértigo crónico”.

Por su parte, el informe del Servicio de Neurocirugía discrepa de esa valoración y considera que los cuadros vertiginosos no son signos de aneurisma carótido-cavernosos y que en la literatura científica solo hay reportes ocasionales de la asociación entre ambos. En dicho informe se llega a afirmar que los vértigos no estaban relacionados con el aneurisma posteriormente diagnosticado por lo que no era posible predecirlo.

A este respecto, el informe de la Inspección refleja que los vértigos pueden ser por causas benignas o por causas más graves como enfermedades cerebrovasculares, y en el caso de vértigos crónicos se les debe realizar resonancia magnética. Así, en la historita clínica se evidencia la persistencia de cuadros vertiginosos con mareos y vómitos a lo largo de los años, no siendo hasta la aparición de más síntomas cuando se realizaron pruebas complementarias.

Así, sin dejar de tener en consideración las dificultades que puede tener el proceso diagnóstico y que la clínica que presentaba la reclamante es generalmente de carácter benigno, es lo cierto que, como señala la inspectora médica, la cronicidad de los vértigos hacían necesario descartar otras causas.

Cabe tener presente que los cuadros vertiginosos desaparecieron tras la cirugía del aneurisma, lo que permite presumir la relación entre ambos, pese a descartarlo en su informe el servicio interviniente.

En consecuencia, debemos atender al informe de la inspección médica cuya objetividad, profesionalidad e imparcialidad se presume del ejercicio de sus funciones [así Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, de 18 de mayo de 2023 (recurso nº 627/2021)], entre otras, para valorar la actuación del Servicio de Otorrinolaringología que, pese a la persistencia del cuadro que presentaba la reclamante no realizó nuevas pruebas ni la derivó a otros servicios para descartar posibles causas de la clínica.

Determinada el déficit diagnóstico y considerando la inspectora informante que se habría producido en diciembre de 2017, procede determinar si hubo un daño efectivo y real por el retraso en el diagnóstico del aneurisma.

La reclamante refiere que ese retraso ha implicado poner en riesgo su vida; sin embargo, los potenciales daños que el retraso diagnóstico hubiera podido implicar no tiene ese carácter de reales y efectivos. Únicamente cabe considerar como tales aquellas consecuencias que la posible tardanza en el abordaje del aneurisma haya podido causar.

A este respecto, la inspectora afirma: *“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 embargo, si bien el diagnóstico más precoz del aneurisma no hubiera evitado la cirugía y el consiguiente posoperatorio, la evolución posterior que se recoge en la historia clínica pone de manifestó la desaparición de sus cuadros vertiginoso que habían supuesto sucesivas visitas a Urgencias y bajas laborales, aunque de corta duración, algunas de la cuales podrían previsiblemente haberse evitado. También se constata en la historia clínica la aparición de una ptosis palpebral izquierda en

septiembre de 2019, previamente a la cirugía, lo que hace que sea una lesión derivada de la evolución del aneurisma, que no se había presentado en diciembre de 2017, cuando la inspectora considera que podría haberse iniciado el diagnóstico diferencial.

Así, entre agosto de 2018 y septiembre de 2019, cuando se realizan pruebas de imagen que llevan al diagnóstico del aneurisma, se recogen cuatro episodios de crisis vertiginosas que implican una pérdida temporal de calidad de vida moderada, cuya valoración en el baremo orientativo por daños causados por vehículos a motor para 2019, es de 53,81 euros. Si bien en la historia clínica no constan con detalle los días de afectación, la duración aproximada de cada proceso fue de una semana, lo que haría un total de 28 días y, por consiguiente, una indemnización por este concepto de 1.506,68 euros.

Respecto a la ptosis palpebral unilateral, el baremo aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, atribuye a esa lesión una horquilla de entre 1 y 10 puntos. Dado que, según se recoge en la historia clínica, presenta una buena evolución, no teniendo afectación relevante en la visión, cabe asignarla 5 puntos, y siendo su edad en el año 2019 de 58 años, resultaría una indemnización de 3.977,37 euros, según las cuantías aprobadas para el presente año 2024.

Por tanto, cabe reconocer a la reclamante una indemnización total de 5.484,05 euros, por los daños que de manera efectiva cabe considerar derivados del retraso y, por ende, del tratamiento quirúrgico del aneurisma.

De conformidad con el artículo 34.3 de la LRJAP, esa indemnización deberá actualizarse al momento de su reconocimiento.

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

CONCLUSIÓN

Procede estimar la reclamación de responsabilidad patrimonial y reconocer a la reclamante una indemnización de 5.484,05 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 30 de julio de 2024

La Vicepresidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 490/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid