



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **70/2019**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 25 de febrero de 2019, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 17 de julio de 2018, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **210/18**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 14 de marzo de 2013 el abogado D. Y, actuando en nombre y representación de D. X, presenta una solicitud de indemnización con fundamento en la responsabilidad patrimonial que incumbe a la Administración regional de acuerdo con lo que se establece en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), vigente en ese momento.

El representante expone en dicho escrito que su mandante acudió al Servicio de Urgencias del *Hospital de Molina* (HM) el 16 de marzo de 2012 a las 15.28 horas porque había experimentado parestesias en la hemifacies izquierda que desaparecieron en el momento en que llegó al hospital. Sus antecedentes médicos eran hipertensión, diabetes mellitus tipo II y valvuloplastia mitral y aórtica, así como tratamiento con *Sintrom*. Se le dio el alta con el diagnóstico de "*parestesias*" y con la advertencia de que acudiera a Urgencias si se repetía el episodio.

Añade que durante su estancia en dicho Servicio aparecieron y desaparecieron en varias ocasiones las parestesias en la hemifacies izquierda y en el miembro superior del mismo lado. También sufrió pérdida de fuerza y sensibilidad en el brazo derecho, síntomas de los que informó a los facultativos que le atendieron.

El abogado destaca que, a pesar de sus antecedentes de cardiopatía, válvulas mecánicas y tratamiento anticoagulante conocidos en el citado Hospital, se le hizo una analítica que no incluyó ningún estudio de coagulación. Tampoco se hizo una tomografía axial computarizada craneal (TAC) ni fue explorado por un neurólogo.

De igual modo, relata que el mismo día 16, a las 19:24 horas, ingresó en el Hospital Clínico Universitario *Morales*

Meseguer (HMM), de Murcia, con hemiplejía o ausencia de fuerza y sensibilidad en el hemicuerpo derecho junto con otros síntomas. Allí se le hizo una TAC y las pruebas de coagulación que antes no se le habían realizado.

Se le puso un tratamiento para revertir la anticoagulación que presentaba y se le derivó con urgencia al Servicio de Neurocirugía del Hospital Clínico Universitario *Virgen de la Arrixaca* (HUVA), también de Murcia, donde se le intervino quirúrgicamente a las 21:17 h para evacuar el hematoma.

El 13 de abril fue trasladado de nuevo al HMM donde se siguió el tratamiento y la rehabilitación y se reinició la anticoagulación. El 11 de mayo siguiente se le dio el alta hospitalaria y se programaron controles periódicos por parte del último Servicio mencionado.

Según manifiesta, en el informe de alta se mencionaban las siguientes secuelas:

- *Plejía* de miembro superior derecho y miembro inferior derecho (3/5).
- Inicia ejercicios de bipedestación.
- Afasia mixta de predominio motor.
- Comprensión aceptable que permite que colabore en ejercicios de rehabilitación.
- Paresia facial central derecha.
- Trastorno depresivo reactivo.
- Incontinencia (precisa pañales).
- Necesita rehabilitación y logopedias diarias.

El interesado fue ingresado en el *Centro de Recuperación y Rehabilitación de Levante*, de Valencia, -donde aún continua cuando se presenta la reclamación- en el que se emitió el 30 de noviembre de 2012 un informe médico que enumera las siguientes secuelas que padece: Hemiplejía derecha espástica de predominio braquial; ausencia de movimientos residuales en miembro superior derecho; presencia de movimientos residuales a nivel proximal y medio; pie equino varo especialmente estructurado; afectación de sensibilidad profunda; afasia mixta de predominio motor; mantiene sedestación, control de esfínteres e inicia programa de rehabilitación integral con fisioterapia, neuropsicología y terapia ocupacional para las actividades de la vida diaria.

A juicio del letrado interviniente, resulta evidente que los servicios sanitarios no adecuaron su organización y funcionamiento a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad que deben regir su funcionamiento. Advierte que con el término "parestias" que se recoge en el informe de alta no se corresponde con ningún diagnóstico y hace hincapié en que un trastorno sensitivo de hemicara y del miembro superior del mismo lado (facio-braquial) es de origen cerebral.

Añade que la lesión pudo y debió haber sido evitada mediante un diagnóstico inmediato y un tratamiento precoz.

En ese sentido, advierte que era obligado plantearse el diagnóstico de ictus y llevar a cabo una TAC craneal y pruebas de coagulación que, sin embargo, no se hicieron. Además, en lo que atañe a la imputabilidad del daño a la Administración, considera que existe conexión entre el daño sufrido y el hecho que lo causó.

Acerca de la valoración del daño, el representante la concreta en la cantidad de 1.000.000 euros.

Junto con la reclamación aporta una copia de una escritura de apoderamiento otorgado a favor del letrado interviniente y diversos documentos de carácter clínico.

SEGUNDO.- Admitida a trámite la reclamación, se da cuenta de su presentación a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, a la Dirección de los Servicios Jurídicos y a la correduría de seguros *Aon Gil y Carvajal, S.A.*

También se solicita a las Direcciones Gerencias del HM, de las Áreas de Salud I (HUVA) y VI (HMM) de Salud y del *Centro de Recuperación y Rehabilitación de Levante* que remitan copias de las historias clínicas del paciente de las que respectivamente dispongan y los informes de los profesionales que le asistieron o le asisten en la actualidad, acerca de los hechos descritos en la reclamación.

TERCERO.- En junio de 2013 se trae al procedimiento la copia del informe de alta de urgencias del interesado realizado en el HM en el que, como motivo de la consulta, se recoge *"Parestesias en hemifascias izquierda que ha desaparecido en el momento de su llegada"*. También se menciona que se le realiza un hemograma, una prueba bioquímica y un electrocardiograma que arrojan resultados normales. Respecto de la última prueba se apunta *"RS a 95 lpm sin alteración del ST ni de la onda T"*.

De igual forma, se remite un informe elaborado por el Dr. Z en el que expone lo que sigue:

"El día 16 de Marzo del año 2012, D. X acudió a nuestra Puerta de Urgencias manifestando una sintomatología de parestesias en miembro superior izquierdo y hemifascias izquierda que ya no se encontraban presentes a su llegada a este servicio, como queda reflejado en el informe de Alta del paciente, que su familiar firma al alta hospitalaria.

Durante su estancia en el servicio, el paciente refiere que la sintomatología le aparece y desaparece en varias ocasiones, sin que tengamos constancia de que refiera en ocasión alguna alteración de la sensibilidad ni la motilidad en el miembro superior derecho ni que se manifieste dicha alteración en la exploración neurológica completa que se le realiza, y siendo ésta la sintomatología, y no la del hemicuerpo izquierdo, la que hace consultar en el Hospital Universitario Morales Meseguer, según ustedes mismos nos hacen constar.

Cuando se procede al alta hospitalaria de este servicio se deja constancia en el mismo que, si vuelve a presentar la sintomatología, acuda al servicio de urgencias".

CUARTO.- Se incorporan al procedimiento, en el mes de julio siguiente, una copia de la historia clínica del reclamante en el *Centro de Recuperación y Rehabilitación de Levante* y otra de la que se encuentra depositada en el HUVA.

Con esa última documentación se adjunta el informe realizado por el Dr. Q, Jefe de Servicio de Neurología de ese centro hospitalario en el que realiza, en primer lugar, un resumen de los hechos que acontecieron. Seguidamente, expone lo que sigue:

"CONSIDERACIONES

1) Efectivamente, el término parestias no constituye un diagnóstico, sino que es un síntoma consistente en sensaciones de hormigueo en una zona del cuerpo. Sin embargo, en muchas ocasiones los diagnósticos de alta se refieren a un síntoma y no a la enfermedad o proceso causal. Pongamos como ejemplos: cefalea, crisis comicial, dolor abdominal, lumbalgia, etc... porque en estos casos el diagnóstico del origen del síntoma no ha quedado claramente establecido. Dependiendo de la importancia del síntoma, se profundiza en el estudio para diagnosticar su origen en ese mismo momento, o se indica observación, o una nueva consulta en caso de repetición del síntoma, o bien se remite al paciente para estudio programado.

2) Probablemente el enfoque diagnóstico inicial fue de déficit neurológico transitorio".

A continuación, se indica en el informe que las causas más frecuentes de estos síndromes de déficit neurológico transitorio son los ataques isquémicos transitorios, las migrañas y las crisis epilépticas y que pueden producirse también con ocasión de la producción de tumores cerebrales y en el hematoma subdural crónico. De manera concreta, también se refiere a lo siguiente:

"Los síntomas transitorios pueden también constituir una manifestación de aviso de la formación de una hemorragia intracerebral, sobre todo en pacientes con factores de riesgo y en los sometidos a anticoagulación, como en este caso.

3) En este paciente concurren varios hechos que podrían haber indicado la realización de las pruebas de coagulación y de una TAC de cerebro, como son la hipertensión arterial, la diabetes, y sobre todo el empleo del Sintrom. El diagnóstico probablemente pudo haber sido adelantado pero de ninguna manera la hemorragia podía haber sido evitada.

4) El manejo ulterior del paciente en el Hospital Morales Meseguer y el Hospital Virgen de la Arrixaca, parece totalmente adecuado en cuanto a los tiempos y en cuanto a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos empleados en ambos centros, correspondiéndose con los criterios del Código Ictus. El resultado del tratamiento quirúrgico del paciente puede considerarse como satisfactorio, ya que le salvó la vida, aunque a costa de las secuelas antes enunciadas.

5) Los tratamientos anticoagulantes conllevan un riesgo anual de hemorragia en diversos órganos de un 10%, de los cuales el 1% es una hemorragia grave incluida la hemorragia cerebral...".

Seguidamente, añade un apartado titulado *Hemorragia cerebral y anticoagulación* en el que reitera lo anterior y en el que explica que la clínica de ese tipo de hemorragias suele comenzar con cefalea, vómitos y disminución del nivel de consciencia. Los síntomas y signos de afectación neurológica por el daño cerebral suelen aparecer en el transcurso de minutos u horas, al contrario que en el caso del ictus isquémico en el que la afectación neurológica aparece desde el principio. El diagnóstico se realiza mediante TAC cerebral que muestra la presencia del hematoma, su tamaño y la presencia de desplazamientos cerebrales.

Expone, asimismo, que el tratamiento de la hemorragia cerebral consiste en el control de la hipertensión arterial, la comprobación del estado de coagulación y tratamiento del déficit de coagulación cuando existe, la implantación de medidas contra la hipertensión intracraneal como infusión de *Manitol* y, en su caso, intervención quirúrgica cuando concurren diversos factores. Añade que el objetivo de la cirugía es disminuir la mortalidad aunque muy rara vez la cirugía produce mejoría del daño neurológico. La operación proporciona peores resultados si se realiza después de las primeras 24 horas de la hemorragia. Destaca que la mortalidad al mes de la hemorragia viene a ser del 44% y en las asociadas con anticoagulación la cifra asciende al 65%. A pesar de la intervención existe una alta probabilidad de que permanezcan las secuelas ocasionadas por la propia hemorragia.

Por último, formula las siguientes conclusiones:

"1. Se trata de un paciente con diabetes mellitus, hipertensión arterial, en tratamiento anticoagulante por prótesis valvular mecánica, que sufrió una hemorragia extensa de hemisferio cerebral izquierdo de la que fue operado, sobreviviendo al accidente cerebrovascular, pero quedando con un disfasia y hemiplegia derecha.

2. En la demanda se reprocha diagnóstico inicial no concluyente que probablemente motivó retraso en el diagnóstico y tratamiento. Hay que tener en cuenta la escasa sintomatología inicial del enfermo. El daño neurológico casi siempre es progresivo tardando minutos e incluso horas en establecerse.

3. En mi opinión, a pesar de la escasa sintomatología inicial que presentaba el paciente, hubiera sido recomendable realizar estudios de coagulación y una TAC cerebral.

4. Intensidad de las secuelas. El daño cerebral ocasionado por la hemorragia cerebral suele ser definitivo y se debe a la destrucción del propio parénquima cerebral en el momento del sangrado. El objetivo de la operación es salvar la vida del paciente contando de antemano con que quedarán casi siempre secuelas de mayor o menor grado de intensidad y que éstas serán permanentes. Es cuestionable si una intervención realizada unas horas antes hubiera podido mejorar las secuelas en el caso concreto de este paciente".

QUINTO.- De igual modo, se ha incorporado al expediente una copia de la historia clínica que hay en el HMM y dos informes médicos.

En el primero de ellos, realizado por el Dr. D. W, Jefe de Sección de Neurología, se explica detalladamente la asistencia que se le prestó al paciente en ese centro y que fue dado de alta el día 11 de mayo de 2012, después de recibir tratamiento médico y por parte del Servicio de Rehabilitación, en situación de *plejía* de miembro superior derecho, paresia de miembro inferior derecho 3/5, afasia de predominio motor y parálisis facial central derecha.

En el segundo, elaborado por la Dra. T, facultativa especialista del Área de Rehabilitación, se da cuenta de las mismas secuelas que se han citado.

SEXTO.- En agosto de 2013 remite el expediente a la Inspección Médica y a la compañía aseguradora del Servicio Murciano de Salud (SMS) para que se emitan los informes valorativo y pericial correspondientes.

SÉPTIMO.- D. P, abogado del Ilustre Colegio de A Coruña, presenta un escrito en octubre de 2013 en el que comparece en nombre del interesado, solicita que se le tenga por personado en esa representación y demanda que se entiendan con él los sucesivos trámites del procedimiento.

A tal efecto, aporta una copia de una escritura de apoderamiento otorgada por el reclamante a su favor. Entre las facultades que se confieren al representante se encuentra la de desistir de la acción promovida.

OCTAVO.- Obra en el expediente un informe médico pericial realizado el 2 de diciembre de 2013, a instancias de la empresa aseguradora del SMS, por la Dra. M, médico especialista en Neurología.

En ese documento se recogen las siguientes conclusiones:

"1º.- La asistencia dispensada a D. X en el Hospital de Molina fue correcta. En ese momento no existían datos que permitieran predecir la hemorragia y el cuadro clínico podía estar en relación con los antecedentes del paciente.

2º.- Asimismo la asistencia dispensada al paciente en los Hospitales Morales Meseguer y Virgen de la Arrixaca fue correcta consiguiéndose el diagnóstico de hematoma cerebral y procediéndose a su evacuación urgente.

3º.- No se reconoce relación entre el cuadro presentado en el Hospital de Molina y el hematoma cerebral posteriormente diagnosticado".

NOVENO.- Con fecha 12 de abril de 2016 se recibe un escrito del letrado del interesado por el que comunica su decisión de desistir de la reclamación patrimonial que se presentó debido a la tardanza que se produce en la resolución del procedimiento.

DÉCIMO.- El 4 de mayo de 2016 se confiere el oportuno trámite de audiencia a la parte interesada. De igual modo, se concede audiencia a la empresa aseguradora del SMS y al HM, aunque en estos dos últimos casos se les informa de que el abogado del reclamante ha presentado un escrito en el que comunica su intención de desistir de la acción que se promovió.

UNDÉCIMO.- Se contiene en el expediente un informe realizado el 14 de mayo de 2016 por la Dra. M, complementario del que ella misma realizó en diciembre de 2013 a instancias de la compañía aseguradora, en el que se ofrece respuesta al informe emitido por el Dr. Q, Jefe del Servicio de Neurología del HUVA, en los siguientes términos:

"- Naturalmente, sabiendo el desenlace posterior del caso es fácil aventurarse en la indicación de haber hecho pruebas de imagen u otros estudios, pero hay que atenerse a la cronología de los hechos.

- Sin embargo, la sintomatología del paciente cuando acude a Urgencias por primera vez es inespecífica y transitoria y la exploración neurológica es normal. Por tanto, no se justifica la obligatoriedad de realizar pruebas de imagen cerebrales.

- La localización de los síntomas iniciales no corresponde clínicamente al territorio vascular en el que posteriormente aparece la hemorragia. En efecto, tal y como se expone en nuestro informe de referencia, las parestesias iniciales en la extremidad superior izquierda no pueden corresponder a una lesión hemorrágica del hemisferio cerebral izquierdo (lesión que se refleja siempre en el lado opuesto -el derecho- tal y como ocurrió cuando se desarrolló la hemorragia).

En consecuencia, el cuadro de parestesias que motivó la primera consulta en Urgencias carece de relación causal con la hemorragia que se diagnosticó en la posterior asistencia.

Por otra parte y en coherencia con lo anterior, aun habiéndose realizado un TAC cerebral en el momento de los primeros síntomas, éste no hubiera reflejado aún la presencia de la hemorragia cerebral posteriormente desarrollada".

DUODÉCIMO.- D. N, abogado de Madrid y de la empresa aseguradora del SMS, *W.R. Berkley Insurance (Europe) Limited, sucursal en España*, presenta el 19 de mayo de 2016 un escrito en el que insta la continuación del procedimiento de responsabilidad patrimonial hasta su finalización por resolución expresa en la que se aborde el fondo del asunto.

Según manifiesta, la solicitud de la parte reclamante constituiría un fraude de ley por el que se pretendería vulnerar el principio de autotutela de la Administración y evitar que el SMS pueda revisar sus propios actos y resolver sobre la reclamación.

DECIMOTERCERO.- El Director del SMS dicta una resolución el 3 de junio de 2016 por la que rechaza el

desistimiento formulado por D. P, en nombre y representación del reclamante, y acuerda que se continúe con la tramitación del procedimiento hasta su terminación normal.

DECIMOCUARTO.- D. P, abogado del interesado, presenta en un escrito en el que manifiesta que, tras examinar la documentación obrante en el expediente, esa parte interesada se afirma y ratifica íntegramente en la reclamación de responsabilidad patrimonial que se presentó en su momento.

De manera concreta, manifiesta que la relación de causalidad existente entre el incorrecto manejo de la hemorragia cerebral -demora en el diagnóstico y en el inicio del tratamiento oportuno- y el daño sufrido está fuera de toda duda. También añade, relación con la antijuridicidad del daño, que éste era previsible y evitable con un adecuado manejo médico del caso. El paciente no tenía la obligación jurídica de soportar el daño, producido -a su juicio- por una evidente mala *praxis* de los miembros del personal sanitario del HM.

Como fundamento de sus consideraciones adjunta dos informes médico-periciales.

En el primero de ellos, elaborado el 10 de enero de 2013 por el Dr. V, médico especialista en Neurología y en Medicina Interna, se ponen de manifiesto las conclusiones siguientes:

"1. El Sr. X de 43 años, con prótesis cardíacas metálicas y anticoagulado, acudió el 16/03/12 a las 15:28 a Urgencias del Hospital de Molina por presentar "parestias en hemifascies (sic) izquierda de unas horas de evolución".

2. Según el propio hospital "durante su estancia en observación aparecieron y desaparecieron en varias ocasiones las parestias en hemifascies (sic) izquierda y miembro superior izquierdo".

3. Con este cuadro clínico y las circunstancias en que se produjo, según los protocolos médicos debió hacerse una anamnesis por personal experto, TAC craneal inmediato y pruebas de coagulación urgentes que hubiesen dado un diagnóstico y tratamiento precoces, aminorando la lesión y las secuelas resultantes, lo que no se hizo.

4. Este incumplimiento de protocolo supone la quiebra de la "lex artis" y el responsable global, según argumentaciones supra, es el Hospital de Molina en su conjunto.

5. El nexo causal entre fallos asistenciales y secuelas es evidente: el tratamiento médico urgente (revertir la anticoagulación) y la rápida derivación a Neurocirugía habrían disminuido la lesión y las secuelas (protocolos de ictus).

6. En los otros hospitales la actuación fue correcta y gracias a ello (en especial la rápida asistencia en el "Virgen de la Arrixaca") se evitaron males mayores.

7. Las secuelas (...) son graves e irreversibles con afectación cognitiva, de lenguaje (comprensivo y habla) y motoras".

En el segundo de ellos, realizado el 28 de julio de 2015 por el Dr. B, especialista en Neurología, se recogen las siguientes conclusiones:

"1º.- D. X era un paciente de alto riesgo vascular por el conjunto de patologías previas, especialmente la HTA, el ser portador de prótesis valvulares mecánicas y el estar sometido a tratamiento con Sintrom.

2º.- No sólo por lo indicado en las guías asistenciales referidas al Ictus, sino por sus factores de riesgo vascular, el diagnóstico más plausible de su problema era el de Isquemia Cerebral Transitoria o Accidente Isquémico Transitorio.

3º.- A pesar de todo ello, se omitieron todas las recomendaciones establecidas en las Guías y Protocolos de Atención al Ictus (Sociedad Española de Neurología, Mº de Sanidad).

4º.- La consecuencia directa de una actuación totalmente contraria a la Lex Artis ad hoc fue el desarrollo de una voluminosa hemorragia cerebral, que puso en grave riesgo la vida del paciente, que precisó su tratamiento quirúrgico, su prolongada estancia en diferentes centros sanitarios y, finalmente, el establecimiento de las actuales secuelas que padece el Sr. X y que lo han convertido en una persona dependiente para todas las Actividades de la Vida Diaria.

5º.- La actuación de los profesionales que atendieron al Sr. X en los Hospitales Morales Meseguer, Virgen de la Arrixaca y Centro de Recuperación y Rehabilitación de Levante fue, en todo momento, correcta, diligente y ajustada a la Lex Artis Ad Hoc".

Se remite copia de ese escrito y de los informes que se acompañan con él a la Inspección Médica, a la Dirección del HM y a la compañía aseguradora del SMS.

DECIMOQUINTO.- El 1 de diciembre de 2017 se recibe el informe valorativo elaborado por la Inspección Médica en el que se concluye lo que a continuación se reproduce:

"1. D. X de 48 años de edad con antecedentes de HTA y tratamiento con Sintrom, es visto en el Hospital de Molina el 16/03/2012 a las 15:28h por referir parestesias en hemicara izquierda unas horas antes, por lo que a su llegada a Urgencias no presenta clínica. Durante los 90 minutos en observación médica, el paciente refiere parestesias que aparecen y desaparecen en hemicara y brazo izquierdos presentando síntomas inespecíficos sin otra patología acompañante y una exploración neurológica sin focalidad, que correctamente según la escala de NINDS no presenta criterios de ictus, por lo que no se realiza una TAC cerebral ni se tienen en cuenta los

antecedentes de coagulación. Y al no presentar tampoco los criterios de la escala de Cincinnati que identifican a un paciente con ictus de instauración aguda, no fue necesaria la activación de código ictus, por lo que le dan correctamente el alta a las 17:09h con un diagnóstico genérico de "parestias" con tratamiento sintomático y observación.

2. El mismo día 16/03/2012 (2h y 15 min después del alta) a las 19:24h el paciente acude al H. Morales Meseguer con clínica de ictus, presentando una clara hemi-paresia de cuerpo derecho, sin relación con la clínica anterior de parestias izquierdas, por lo que correctamente indicado realizan una TAC para distinguir entre ictus isquémico o hemorrágico, con resultado de hemorragia intraparenquimatosa izquierda, con hallazgos de efecto masa y herniación, diagnosticada de Hemorragia espontánea parieto occipital izquierda en paciente con anticoagulación oral, que constituye el 6-16% de las hemorragias intracerebrales.

3. Tras el correcto tratamiento inicial del H. Morales Meseguer, se deriva al paciente a neurocirugía del H. Virgen de la Arrixaca con indicación quirúrgica correctamente realizada en dicho Hospital, dejando unas secuelas de persistencia de hemiplejía MSD y 3/5 de MID, afasia mixta de predominio motor y comprensión aceptable".

DECIMOSEXTO.- Concedida una nueva audiencia a las partes interesadas en el procedimiento, el abogado D. N, actuando en nombre y representación de la empresa aseguradora del SMS ya citada, presenta un escrito en el que argumenta que no existe relación de causalidad alguna entre las lesiones por las que se reclama y la actuación u omisión médica en la que se pudo incurrir en el HM, dado que la hemorragia cerebral en el hemisferio izquierdo detectada en la TAC realizada en el HMM no es consecuencia de las parestias en la hemicara izquierda que refirió el paciente haber sufrido en un primer momento.

Es decir, considera que los síntomas expuestos por el paciente antes y durante su ingreso en el Servicio de Urgencias del HM no son consecuencia de la lesión sufrida con posterioridad, y que se detectó en el segundo hospital. Por esa razón, entiende que aunque se hubiera realizado la TAC craneal en el HM no se hubiera detectado la lesión cerebral que se manifestó posteriormente y, por tanto, no se podría haber evitado.

DECIMOSÉPTIMO.- El 10 de julio 2018 se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación formulada por no concurrir los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

Una vez incorporados el preceptivo índice de documentos y el extracto de secretaría, se remite el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en este Consejo Jurídico el 17 de julio de 2018.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, ya que versa sobre una reclamación que en concepto de responsabilidad patrimonial se ha formulado ante la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en relación con los artículos 142.3 LPAC y 12.1 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones públicas en materia de responsabilidad patrimonial (RRP).

SEGUNDA.- Régimen legal aplicable; legitimación, plazo de ejercicio de la acción de resarcimiento y procedimiento seguido.

I. En cuanto al régimen jurídico que resulta de aplicación a este procedimiento, conviene recordar que la LPAC ha sido derogada por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP) y que este nuevo Cuerpo legal y la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), configuran una nueva regulación de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Sin embargo, la Disposición transitoria tercera, apartado a), de la LPACAP dispone que no resulta de aplicación a los procedimientos iniciados antes de su entrada en vigor, sino que se regirán por la normativa anterior. De conformidad con ello, el régimen legal que resulta aplicable en este caso es el que se contenía en la LPAC.

II. La reclamación ha sido interpuesta por una persona interesada, que es la que sufre los daños físicos por los que solicita un resarcimiento económico.

La Administración regional está legitimada pasivamente por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

Ello se deduce del hecho de que, aunque se atribuya el daño a la asistencia contraria a *lex artis* que se pudo dispensar en un centro médico privado concertado, el HM, y por parte de un médico perteneciente a su propio personal facultativo, esa intervención se realizó en el ámbito de una prestación sanitaria de urgencia que se encuentra concertada con la Administración regional.

III. En relación con el requisito del plazo, el artículo 142.5 LPAC establece que, en todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo.

Como se recordará, el día en que el reclamante sufrió la hemorragia cerebral fue el 16 de marzo de 2012 y la reclamación, con independencia del día en que pudieron quedar estabilizadas las secuelas a efectos de la determinación del *dies a quo* concreto, se presentó el 14 de marzo del año siguiente. En consecuencia, se advierte el supuesto que se analiza que la acción de resarcimiento se interpuso dentro del plazo de un año establecido al efecto y, por tanto, de manera temporánea.

IV. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, si bien se aprecia que se ha sobrepasado en exceso el plazo de tramitación del procedimiento al que se refiere el artículo 13.3 RRP.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 CE, según el cual *"los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos"*. Por otra parte, el Texto Constitucional (artículo 43.1) también reconoce *"el derecho a la protección de la salud"*, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

1. La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupos de personas.
2. Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando el nexo causal.
3. Ausencia de fuerza mayor.
4. Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación del sanitario ha de llevarse a cabo con sujeción a la denominada *lex artis ad hoc* o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle (Dictámenes números 49/01 y 97/03 del Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la

existencia de una lesión, sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo para 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 (STS, Sala 3ª, de 14 de octubre de 2002). La *lex artis*, por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la *lex artis* responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la *praxis* médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la *lex artis*; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a *normopraxis* descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de marzo de 1999).

CUARTA.- Sobre el fondo del asunto.

Se ha expuesto con anterioridad que el interesado solicita una indemnización de 1.000.000 de euros porque considera que se le dispensó una asistencia médica deficiente en el HM, cuando acudió el 16 de marzo de 2012, porque experimentaba parestesias en la hemicara izquierda. Entiende que, pese a los antecedentes que presentaba (hipertensión arterial, diabetes y valvulopatías en tratamiento con *Simtrom*), no se valoró la posibilidad de que estuviera sufriendo un ictus, no se le hizo una TAC craneal ni tampoco se efectuaron pruebas de coagulación. Manifiesta que, si se hubiera actuado de ese modo, se hubiese alcanzado un diagnóstico inmediato y se le habría instaurado un tratamiento eficaz que habría evitado la importante hemorragia intercerebral que sufrió poco más de dos horas más tarde y, con ello, las graves secuelas que padece en la actualidad. Así pues, considera que se incurrió en un claro retraso de diagnóstico y una demora injustificada en el inicio del tratamiento oportuno.

En apoyo de su reclamación ha traído al procedimiento dos informes periciales (Antecedente decimocuarto de este Dictamen) en los que se sostiene que se incurrió en una clara vulneración de la *lex artis ad hoc* en este caso.

De acuerdo con el primero de esos informes, emitido por el Dr. V, se debería haber realizado inmediatamente una

TAC craneal al reclamante y pruebas de coagulación para revertirla, en su caso, y haberlo derivado de inmediato al Servicio de Neurología con la finalidad de que se hubiera disminuido la lesión y reducido las secuelas resultantes. Según se expone en el segundo de los informes citados, elaborado por el Dr. B, se omitieron las recomendaciones que se contienen en las diferentes guías y protocolos de atención al ictus.

En un sentido diferente, conviene recordar que el Jefe de Servicio de Neurología del HUVA, el Dr. Q, manifestó en su extenso informe (Antecedente cuarto) que el paciente mostraba una escasa sintomatología cuando acudió al Servicio de Urgencias del HM. No obstante, coincide con los anteriores facultativos en que se le debería haber realizado al interesado una TAC craneal y los estudios de coagulación correspondientes (Conclusión 2ª de su informe).

Sin embargo, difiere de lo que ellos sostuvieron y reconoce que, aunque el diagnóstico se pudo haber adelantado, la hemorragia no podía evitarse de ninguna manera. También concluye (4ª) que es cuestionable si una intervención realizada unas horas antes hubiera podido mejorar las secuelas en el caso de este paciente.

A juicio de la Inspección Médica (Antecedente decimoquinto), cuando el reclamante acudió al HM tan sólo refirió que había experimentado parestesias que aparecían y desaparecían en hemicara y brazo izquierdos unas horas antes, que ya no padecía cuando llegó al Hospital. Allí se tuvieron en cuenta sus antecedentes médicos, se le mantuvo en observación durante noventa minutos y se pudo comprobar que mostraba signos inespecíficos y autolimitados sin una clínica acompañante. Además, no presentaba clínica ni focalidad neurológica y las constantes vitales (tensión arterial, glucemia y temperatura), el hemograma y el electrocardiograma que se le realizaron y la prueba bioquímica que se llevó a cabo ofrecieron resultados normales.

En este mismo sentido, la Inspectora Médica resalta que no aparece reflejado en ningún informe médico que el paciente manifestara en aquel momento, como dice en la reclamación, que experimentara *"pérdida de fuerza y sensibilidad en el brazo derecho"*.

De manera concreta, se argumenta detenidamente en el informe valorativo de la Inspección Médica (y se expone en la Conclusión 1ª) que el interesado no presentaba en aquel momento síntomas expresivos de la existencia de un ictus.

Particularmente, se explica que no concurría ninguno de los criterios de sospecha que han sido acuñados por el *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* (NINDS) de los Estados Unidos de América ni por la Sociedad Española de Neurología (SEN). Y tampoco ninguno de los 11 elementos (o ítems) que se mencionan en la escala de ictus del Instituto Nacional de la Salud (NIHSS) para valoración de las funciones neurológicas básicas en la fase aguda del ictus isquémico. Y de la misma forma, su estado tampoco se acomodaba a ninguno de los criterios de la escala Cincinati que permiten identificar a un paciente con ictus de instauración aguda por lo que no fue necesaria la activación del *Código ictus*.

De otra parte, se recuerda que en la solicitud de indemnización se reclama que en ese momento se le hubiera realizado una TAC cerebral. En ese sentido, se explica que esa prueba de radiodiagnóstico se realiza, cuando hay evidencia de un accidente vascular de ese tipo, para distinguir entre un ictus isquémico y uno hemorrágico. Pero, como no había sospecha diagnóstica de ictus y, por ende, de patología cerebral vascular, no había necesidad de distinguir entre uno y otro tipo de lesión cerebral, aparte de que es sabido que durante las 6 primeras horas de la

isquemia cerebral esa prueba puede ofrecer resultados normales. Y tampoco fue necesario tener en cuenta los antecedentes de coagulación.

Por último, cabe reseñar que en ese informe de la Inspección Médica se destaca que cuando el peticionario acudió al HMM, dos horas y quince minutos después de recibir el alta en el HM, presentaba una clínica distinta, esto es, una hemiparesia derecha, que no guardaba relación con la clínica de parestesia izquierda que había mostrado durante la visita al primer Hospital (Conclusión 2ª). De hecho, *"la lesión del hemisferio cerebral izquierdo afectado se corresponde con una clínica en el lado opuesto, en este caso, la hemorragia en el hemisferio izquierdo del paciente dio lugar a la sintomatología en lado derecho"*.

También el facultativo que asistió inicialmente al reclamante en el HM resalta en su informe (Antecedente tercero) que no apreció en ningún momento alteración de la sensibilidad ni de la motilidad en el miembro superior derecho del paciente y que tampoco se manifestó ninguna alteración en la exploración neurológica.

Por su parte, para la perita médica que emitió su informe a instancia de la compañía aseguradora del SMS (Antecedente octavo), *"El paciente había sido diagnosticado años atrás de braquialgia parestésica bilateral con neuropatía de nervios medianos demostrada mediante EMG; presentaba además antecedentes de diabetes. La exploración neurológica era normal, sin apreciarse signos de focalidad. En este contexto el cuadro presentado por el paciente se puso en relación con sus antecedentes lo que parece una decisión razonable. En efecto ya había parestesias en ambas extremidades desde tiempo atrás y la diabetes (que se acompaña con frecuencia de neuropatía) podía justificar el síntoma"*.

La doctora asimismo explica que *"Es evidente que este episodio carece de relación con el cuadro que motivó la asistencia previa en el Hospital de Molina, por elementales criterios topográficos. Las vías nerviosas que parten del cerebro se cruzan al lado contrario antes de descender por la médula espinal, de forma que una lesión cerebral izquierda se manifiesta siempre por déficits neurológicos en el lado derecho del cuerpo y viceversa. En consecuencia, las parestesias descritas en el Hospital de Molina, que afectaban a la extremidad superior izquierda no pueden corresponder al hematoma izquierdo posteriormente diagnosticado. Así pues, habremos de concluir que el hematoma todavía no se había producido en ese momento (puesto que de ser así el paciente habría manifestado alteraciones neurológicas en el lado derecho y no en el izquierdo) y, por tanto, aun suponiendo que se hubiera realizado una TAC craneal no habría podido diagnosticarse"*.

Por ese motivo concluye que cuando se asistió de urgencia al paciente, en el HM, no existían datos que permitieran predecir la hemorragia cerebral que luego se produjo y advierte que el cuadro clínico que presentaba podía relacionarse con los propios antecedentes que presentaba el paciente (1ª). Además, insiste en que no hay ninguna relación entre el cuadro que presentaba en aquel momento el interesado y el hematoma que después se le produjo (3ª).

Sin embargo, la sintomatología del paciente cuando acude a Urgencias por primera vez es inespecífica y transitoria y la exploración neurológica es normal. Por tanto, no se justifica la obligatoriedad de realizar pruebas de imagen cerebrales.

Del mismo modo, en un informe complementario posterior que elaboró (Antecedente undécimo) insiste en el hecho de que la sintomatología que presentaba el paciente cuando acudió a Urgencias por primera vez era

inespecífica y transitoria y la exploración neurológica es normal. Por tanto, no se justifica la obligatoriedad de realizar pruebas de imagen cerebrales.

Asimismo, reitera que la localización de los síntomas iniciales no se corresponde clínicamente con el territorio vascular en el que posteriormente aparece la hemorragia, que el cuadro de parestesias que motivó la primera consulta en Urgencias carece de relación causal con la hemorragia que se diagnosticaron en la posterior asistencia y apunta que, aunque se hubiera efectuado la TAC en un primer momento, esta prueba podría no haber reflejado aun la presencia de la hemorragia cerebral.

Lo que se ha dicho hasta aquí, que denota la existencia de dictámenes médicos contrarios acerca de la corrección o no de la asistencia que se le prestó al reclamante en el HM obliga a que este Órgano consultivo, atendiendo a las reglas sobre valoración de la prueba practicada establecidas con carácter general en la Ley de Enjuiciamiento Civil, deba otorgar prevalencia en este caso a la *"pericia realizada por los órganos de la Administración que, por su competencia, imparcialidad y objetividad han de gozar de todo crédito, cercano al valor de una presunción iuris tantum, siempre que a través de otras periciales o medios de prueba no se demuestre el error en que aquéllos pudieran haber incurrido"* (Sentencia de la Sala de los Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña de 28 de enero de 2002).

De otro lado, no puede dejar de señalarse que las apreciaciones hechas por los peritos médicos que han intervenido a instancia del interesado parecen menoscabar el principio de *prohibición de regreso*, de honda raigambre en el ámbito del Derecho Penal y que ha sido trasplantado recientemente al sistema privado de responsabilidad civil y al administrativo de responsabilidad patrimonial. De acuerdo con la doctrina relativa a dicho principio elaborada en el ámbito sanitario -que se expone detalladamente, entre otros, en los Dictámenes núms. 285/2015 y 56/2018 de este Consejo Jurídico-, no resulta factible censurar el diagnóstico inicial de un paciente si el reproche se fundamenta primordial o exclusivamente en la evolución posterior que se haya podido producir. Como muy gráficamente pone de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en su sentencia de 27 de abril de 2011, *"... la medicina no es una ciencia exacta y a "posteriori" es fácil diagnosticar y aventurar una posible actuación médica"*.

En consecuencia, sólo puede declararse que las actuaciones que se llevaron a cabo en el Servicio de Urgencias del HM se ajustaron a los antecedentes y a los síntomas que en aquel momento presentaba el reclamante y que se le advirtió expresamente que acudiera de nuevo a un centro hospitalario si se repetía el episodio que había experimentado. Además, existen dudas de que los signos y síntomas concretos que entonces se mostraban guarden relación directa con la hemorragia que luego se produjo. Ello conduce a que se deba entender que no existe mal funcionamiento de la Administración sanitaria, que no hay relación de causalidad alguna entre el funcionamiento de ese servicio público y los daños alegados por el solicitante, cuya antijuridicidad tampoco ha sido adecuadamente demostrada.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, por no existir relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio sanitario regional y los daños alegados por el

interesado, cuya antijuridicidad tampoco ha sido debidamente acreditada.

No obstante, V.E. resolverá.

