

Dictamen n.º: **498/25**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **08.10.25**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 8 de octubre 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 una isquemia sufrida en el miembro inferior derecho, durante un ingreso psiquiátrico en el Hospital Universitario del Sureste, que atribuye a una total ausencia de atención y de cuidados.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El día 29 de marzo de 2023, la persona citada en el encabezamiento presentó un escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, dirigido al Servicio Madrileño de Salud.

Manifiesta el reclamante que, durante el tiempo en que estuvo ingresado en el Hospital Universitario del Sureste, sufrió una total falta de atención y de cuidados, tanto en lo referente a los cuidados médicos, como en lo puramente asistencial, con el resultado de haber padecido una isquemia en un pie, que hubo de resolverse con la amputación de su pierna derecha.

Relata que, el día 26 de marzo de 2022, ingresó en el Hospital Universitario Sureste, en la Unidad de Psiquiatría, como consecuencia de una recaída en el trastorno bipolar que padecía.

Durante el internamiento en el citado hospital, fue visitado de forma reiterada y diaria por sus familiares más directos, fundamentalmente por su hijo y hermana.

Manifiesta que, ya en los primeros días del ingreso, esos familiares advirtieron en múltiples ocasiones al personal sanitario y a los facultativos de la planta de Psiquiatría del hospital donde estaba internado, que el paciente se encontraba mal, con un notorio estado de malnutrición, deshidratado y con muchos dolores en la pierna derecha.

Refiere que, era evidente la nula atención que estaba recibiendo y el notable deterioro que presentaba y que, el personal sanitario se limitaba a contestar que, se trataba de un paciente psiquiátrico muy difícil y que no le daban de comer, ni de beber, por no molestarle.

Señala que, el día 1 de abril de 2022, comunicaron que padecía un fortísimo dolor en la pierna derecha, que impedía siquiera tocarle el gemelo, agravándose manifiestamente la situación que ya venía padeciendo desde el día 28 de marzo.

Pese a todo, señala que el personal del hospital se limitaba a restar importancia a la situación y que no le efectuaron ninguna prueba diagnóstica, ni recibió ningún tipo tratamiento, ni medicación.

Añade que tampoco surtió ningún efecto la llamada que los familiares efectuaron el día 2 de abril de 2022 a la psiquiatra de guardia, que se limitó a indicarles por teléfono que se trataba de un enfermo con muchas patologías y que se encontraba en un estado psicótico.

Refiere que, el día 3 de abril, la citada doctora llamó por teléfono a la hermana del paciente para indicarle que tenían que trasladarlo al Hospital General Universitario Gregorio Marañón, al sospechar que pudiera presentar una trombosis del sistema arterial de la pierna derecha, que estaba fría y había cambiado de color.

Afirma el reclamante que el hospital se dio cuenta, el día 3 de abril, de lo que ya venían manifestando sus familiares desde el 28 de marzo, siendo evidente que la evolución de la trombosis del sistema arterial ya llevaba varios días de evolución.

Ese mismo día 3 de abril, el paciente ingresó en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, donde el primer informe de Urgencias constó que ingresaba deshidratado y desnutrido, con fracaso renal e isquemia en la pierna derecha, siendo intervenido ese mismo día de urgencia, para la amputación supracondílea de la pierna derecha.

Por lo expuesto, el reclamante considera muy deficiente la asistencia sanitaria que le fue dispensada en el Hospital Universitario del Sureste, donde, tras haber sido hospitalizado, con autorización judicial, en la planta de Psiquiatría, por intento autolítico en el contexto de una agudización de su trastorno bipolar, fue notoriamente desatendido, desde el principio, pues no le daban de comer ni de beber, ni se percataron del enorme deterioro que sufrió, desoyendo las continuas quejas y llamadas de los familiares y, finalmente, motivando que sufriera una trombosis arterial en su pierna derecha, que puso en riesgo su vida y determinó la necesidad de efectuarle una amputación supracondílea en su pierna derecha, la cual podría haberse evitado, si hubiera sido tratado al comenzar los primeros síntomas.

Por todo ello y para la reparación de los daños y perjuicios irrogados, solicita una indemnización de 800.000 €.

Adjunta con su reclamación, la queja formulada por el hijo del paciente en el propio hospital, el día 19 de abril de 2022; diversa documentación médica sobre las asistencias recibidas en el Hospital Universitario del Sureste y en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón; la factura de una silla de ruedas, por importe de 4.253,34 € y la factura de una prótesis para la pierna, que asciende a 11.217,99 €.

SEGUNDO.- Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos de interés para la emisión del dictamen:

El reclamante, con 54 años de edad en el año 2022, presentaba los siguientes antecedentes clínicos relevantes:

- Padecía trastorno bipolar tipo I, diagnosticado en el año 2000, con antecedentes de episodios de descompensación psiquiátrica, que precisaron ingresos hospitalarios anteriores. Mantenía tratamiento habitual con: Aripiprazol Maintena 400mg, de aplicación mensual, cuya última dosis anterior al ingreso que motiva la reclamación se le había aplicado el 17 de marzo de 2022; gabapentina 400mg/8h; aripiprazol 10mg/24h, Vivace y Amantadine.

- Tenía leucemia linfoblástica aguda, diagnosticada en el año 2001, por la que precisó de un trasplante de médula ósea en mayo de 2002, junto con tratamiento de quimioterapia, corticosteroides y radioterapia pre y post-trasplante; sufriendo desde entonces múltiples complicaciones y secuelas somáticas multiorgánicas, tales como cuadros infecciosos, toxicidad pulmonar secundaria a radioterapia; toxicidad hepatorenal y digestiva; encefalopatía; hipertensión arterial por ciclosporina; enfermedad injerto contra huésped (EICH); infección por citomegalovirus; herpes zoster S2 derecho, así como un cuadro maniforme breve por esteroides, durante su ingreso en Oncología.

- También tenía diagnosticada esclerosis múltiple primaria progresiva, de carácter agresivo, con afectación de la limitación funcional de los miembros inferiores; alteración de la marcha y vejiga neurógena, a pesar del tratamiento médico con ocrelizumab.

Según consta, por sus diversas patologías, con anterioridad al 2022, le habían sido suspendidas diversas alternativas terapéuticas por empeoramiento de la clínica psiquiátrica o efectos secundarios nocivos.


El día 26 de marzo de 2022, el paciente ingresó en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario del Sureste, acompañado de su hijo, por una sobreingesta medicamentosa que el paciente explicaba sin finalidad autolítica, aunque de forma poco clara y que la había causado una crisis epiléptica, permaneciendo a cargo de dicho Servicio de Urgencias y de Neurología, durante ese primer momento y manteniendo un estado basal de confusión, desconexión del medio y con episodios de alucinaciones, que dificultaban notablemente la entrevista clínica y la exploración física.

Se indicó el ingreso en Psiquiatría, por probable episodio de manía confusa, siendo valorado de forma telemática por el juez de guardia y llevándose al efecto el ingreso por orden facultativa, el día 27 de marzo de 2022.

Se instauró tratamiento con olanzapina 20mg/24h y quetiapina 100mg, si la precisara.

Según se reflejó en la primera asistencia con el psiquiatra, desarrollada en el Área de Hospitalización Breve, el paciente se mostraba adecuado y colaborador, tranquilo en la entrevista, si bien con un discurso muy incoherente en algunos momentos, hablando de desastres, señales y percepciones personales anticipatorias, en línea con sus rasgos narcisistas y con delirios de “*estar embarazado*”- sic-,

admitiendo que, llevaba unos días durmiendo muy mal y que se tomó la medicación con finalidad “hipnótica”, aunque su discurso era muy desorganizado.

Los facultativos de Psiquiatría mantuvieron comunicación telefónica con el hijo del paciente desde el principio del ingreso, refiriendo el hijo que, en febrero de ese año, se añadió al tratamiento farmacológico habitual de su padre con amantadina, una dosis de olanzapina y que el neurólogo les advirtió que podía provocar insomnio. Igualmente describió mejoría en la marcha, porque el paciente presentaba mucha rigidez, en relación con la esclerosis múltiple que padecía.

Durante los primeros días del ingreso, los días 28, 29 y 30 de marzo, el paciente mantuvo insomnio, con soliloquios durante la noche, a pesar de la medicación administrada, requiriendo ajustes en la dosis de olanzapina y añadiéndose diazepam.

También consta que, en esos días se le realizaron sondajes intermitentes, de la misma forma que se realizaban en el domicilio. Y que, alternaba periodos de expansividad y otros de marcada irritabilidad, como había ocurrido en los ingresos previos, con un discurso muy desconexo y falto de sentido.

Se refleja igualmente que, por parte de los facultativos, se mantuvo comunicación telefónica con la familia de forma diaria, dada la gravedad del paciente y que, por esa misma razón se permitió que sus familiares –la hermana del paciente y su hijo- que acudieran a visitarlo diariamente.

Según consta, las jornadas siguientes se mostró más adormilado, especialmente las mañanas de los días 31 de marzo y 1 de abril, alternando los periodos de vigilia, con otros de posibles alucinaciones visuales y mostrando una disminución en las ingestas. Según resulta

de los registros de Enfermería, durante esos tres días, omitió únicamente una comida y una cena, por estar profundamente dormido en esos momentos, reservándose para más tarde. No consta que el paciente refiriese dolor, ni otras molestias físicas en ese momento

Dado que presentó alteración en el nivel de conciencia y mostró clínica confusional, se solicitó analítica tanto de orina como de sangre el 31 de marzo y, ese mismo día, se obtuvo el resultado de la analítica de orina, que no presentaba signos de infección.

Constan anotaciones en la historia clínica referentes al estado general del paciente. En los registros correspondientes al día 1 de abril de 2022, a las 11:42 horas, se indicó: *“Ayer pasó parte del mañana dormido, tras administración de diazepam 5 mg más centrado al despertarse, pero por la noche volvió de nuevo al estado previo, con soliloquios soltando la mano, desconfiado, con conductas repetitivas. Ha dormido mejor, tras poner contención abdominal. Esta mañana de nuevo al despertarse, con estado similar, se duerme de nuevo a media mañana. Está dormido cuando acudo a valorarlo. Permanece dormido la mayor parte de la mañana, incluso se le guarda la comida porque está dormido profundamente a la hora de comer.*

Acudo a valorarlo a última hora y parece estar más tranquilo que en días previos, aunque mira constantemente al techo y parece ver algo, pero habla en voz muy bajita y resulta difícil de entender lo que dice, impresiona de que tiene alucinaciones visuales, pero no queda claro si pueden ser interpretaciones delirantes. En general algo más tranquilo, pero desorganizado y confuso. Plan: Mantengo pauta”.

El día 2 de abril, la hermana del paciente solicitó hablar con la responsable del Área de Psiquiatría, sobre la situación del enfermo y, para darle la pertinente información, la indicada doctora consultó su evolutivo, que refería que, ese día había estado más tranquilo que en

los previos, aunque habían observado algo de rigidez en la zona del cuello-cabeza.

También que, era el primer día que el aseo lo habían tenido que hacer encamado, por riesgo de caída en la ducha y estar el paciente agresivo en el contexto de su descompensación psicopatológica y que, las constantes en el turno habían sido normales.

Según refleja la historia clínica, la psiquiatra también acudió a valorar al paciente presencialmente, antes de contactar telefónicamente a su hermana. En esa asistencia, la doctora intentó explorar la rigidez descrita en el cuello y también en el resto de las extremidades. Dicha exploración resultó muy compleja, ante el estado psicopatológico y poco colaborador del paciente, por lo que, siendo el primer día en que se había observado la citada rigidez y por si se tratara de un efecto secundario del fármaco antipsicótico recientemente pautado, se indicó disminuir la dosis de la olanzapina de 5-0-5-10 mg a 5-0-0-5 y valorar, según evolución.

En la misma exploración, el paciente impresionó de leve deshidratación, por lo que la doctora preguntó al personal respecto a las ingestas hídricas y las comida que hubiera desarrollado, informándole que había desayunado y comido bien y, sobre las ingestas hídricas, que efectivamente desde el día anterior había empezado a beber menos, si bien hasta ese momento mantenía ingestas normales. No fue posible tomar la tensión arterial del paciente, pero su frecuencia cardiaca era normal, lo que sugería que no se encontraba hipotenso.

Ante dicha situación, la doctora indicó forzar/ofrecer la ingesta de líquidos y en función de ello, valorar la indicación de sueros por vía intra venosa, previa coordinación del caso con el internista de guardia.

Una vez explorado el paciente, la doctora devolvió la llamada a la hermana del paciente que, según la información de la facultativa, le

transmitió su preocupación y la del hijo del paciente, que habrían observado en la visita de ese día y en la del anterior, la rigidez de cuello y el peor aspecto de su pariente, cuestionando los cuidados que se le estaban dando y centrándose en cuestiones referidas a la higiene y al aseo del enfermo, tales como las duchas, el lavado de los dientes después de las comidas y la limpieza en la habitación.

Se informó a la hermana de los cambios en la medicación, por ser la rigidez un posible efecto secundario de la medicación prescrita, de cuáles eran las pautas de aseo y ducha y, en cuanto al lavado de dientes y similares, se le explicó que, por su sintomatología psicótica, a veces al acercarse el personal para estas cuestiones el paciente se inquietaba y se agitaba, llegando a golpear con la mano y rechazando el acercamiento de cualquier persona, por lo que era probable que, en ocasiones y para no perturbarlo, no se insistiera en esas labores en el momento, dejándolas para más tarde, por no ser su realización imprescindible desde el punto de vista clínico.

Según señaló la facultativa, acudió una hora después a revisar al paciente y como el enfermo no había aumentado la ingesta hídrica, indicó al personal de Enfermería que debían cogerle una vía y avisar al internista de guardia, además de solicitar una analítica, constatándose entonces que estaban sin revisar los resultados de la analítica del día 30 de marzo. En la misma, se denotaban los siguientes valores alterados: Creatinina 1.76 mg/dl (0.6 - 1.2), Sodio 150 mmol/L (136.0 - 145.0), Cloruro 112 mmol/L (99.0 - 109.0), GPT (ALT) 64 U/L (10.0 - 49.0), GOT (AST) 50 U/L (0.0 - 37.0) y Filtrado Glomerular Estimado [CKD-EPI] 43.0 ml/min/1.73m².

En su virtud, se confirmó la sospecha de una leve deshidratación del paciente y se avisó al internista de guardia para que lo valorase y pautase los sueros pertinentes. Además, en cuanto a la medicación psiquiátrica, al estar el paciente más tranquilo, incluso somnoliento,

pero reactivo, se suspendió la olanzapina de la noche y se indicó que no se administrase en la mañana del día siguiente.

Consta en los registros de Enfermería: *“02/04/2022 a las 23:29 horas hojas de evolución: avisan por deterioro de función renal e hipernatremia en paciente psicótico con nula ingesta oral. Reviso historia: parece que no come ni bebe desde hace, al menos, más de 24 horas”.*

Sobre las 00.00h del día 3 de abril, se avisó a la doctora por el personal de la unidad, manifestando que al ir a canalizar la vía intra venosa para administrar sueroterapia, observaron la pierna derecha fría y al quitarle el calcetín, se podía ver parte el pie cianótico, por lo que acudió la doctora de inmediato y constatados esos datos -la frialdad de la pierna y la cianosis en el pie, sin signos de dolor a la exploración- avisaron de inmediato al internista de guardia, que exploró al paciente y solicitó valoración por Cirugía, que consideró oportuno pautar tratamiento anticoagulante.

A las 9.00h de la mañana del 3 de abril, se avisó nuevamente a la misma psiquiatra de guardia, por el personal del turno de mañana de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, porque vieron al paciente peor, respecto al día anterior, destacándose por la auxiliar que el día anterior aseó al paciente en la cama, el cambio de color en la pierna. La doctora constató un estado general similar al de la noche previa, pero denotando una ligera extensión de la zona cianótica y apreciando, como novedad, una temperatura de 37,8 ° C, por lo que avisó de nuevo al internista de guardia, para solicitar la reevaluación del paciente, el cual a su vez solicitó pruebas complementarias adicionales.

Por su parte, la cirujana de guardia, tras hablar con el radiólogo de guardia, solicitó un eco-doppler.

Dado el empeoramiento del paciente en tan corto espacio de tiempo, desde Psiquiatría se contactó nuevamente con la hermana del

paciente, para informar de su estado y de las novedades acontecidas: la leve deshidratación, los sueros pautados por el internista, el comienzo de la febrícula, esa misma mañana y que, en la madrugada se detectó lo que podría ser una isquemia vascular en la pierna derecha del paciente, solicitándose la valoración pertinente y estando pendiente de la realización de una prueba que lo constatare y que, en tal caso, sería trasladado a la Unidad de Cirugía Vascular del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Se practicó una eco-doppler de urgencia al paciente, a las 09:50 h, por indicación del Servicio de Cirugía General, que previamente la había valorado.

El resultado fue informado como *“ateromatosis calcificada en aorta infrarrenal. Se identifica un trombo mural que ocupa aproximadamente el 50% de la luz de la aorta abdominal infrarrenal inmediatamente proximal a la bifurcación aortoiliaca. Oclusión de la arteria femoral común derecha sin evidencia de repermeabilización distal”*.

Considerando la evidencia de una trombosis extensa del sistema arterial del miembro inferior derecho y, dada la gravedad y el potencial riesgo para el paciente, desde el Área de Psiquiatría se contactó con el Servicio de Cirugía General para alertar del diagnóstico y solicitar un plan de tratamiento y actuación.

El facultativo de ese servicio consideró la concurrencia de criterios de derivación al Hospital General Universitario Gregorio Marañón, para someter al paciente a tratamiento urgente por el Servicio de Cirugía Vascular y se acordó que solicitará el traslado urgente, previa coordinación con el hospital de destino.

Además, se realizó la coordinación con el Servicio de Medicina Interna y se acudió a valorar al paciente, que se encontraba

hemodinámicamente estable, aunque con intenso dolor e inquietud psicomotriz, prescribiendo por parte de Medicina Interna analgesia y retirando el tratamiento psicofarmacológico (olanzapina y gabapentina).

A continuación, los facultativos de Medicina Interna y Psiquiatría, informaron a la familia del paciente del resultado de la prueba diagnóstica y de la necesidad del traslado de hospital, por el riesgo de compromiso vascular. La familia aceptó el traslado del paciente, mostrando su descontento con las atenciones recibidas en el Hospital Universitario del Sureste.

En el momento inicial, el Hospital General Universitario Gregorio Marañón manifestó la dificultad para aceptar el traslado, al tratarse de un paciente ingresado en Psiquiatría y cuyos cuidados consideraban complejos e inabarcables, por el Servicio de Cirugía Vascular. No obstante, tras la coordinación con los psiquiatras de guardia y con el Servicio de Medicina Interna del Hospital Gregorio Marañón, el Servicio de Cirugía Vascular del hospital aceptó el traslado del paciente, bajo las condiciones descritas. De ese modo, se procedió a llamar al 061 para iniciar el proceso de traslado y a cursar la solicitud de una ambulancia urgente, por el riesgo vascular del paciente.

A las 12:28 h, del día 3 de abril de 2022, el paciente fue trasladado, informando de todo a la familia.

Según consta documentado, la situación clínica al ingreso, era: *“Deshidratado: FRA AKIN II resuelto; probablemente en contexto de deshidratación (hematocrito al ingreso de 52%) e isquemia aguda de miembros inferior derecho. Pico de creatinina en 3.3, urea 187. Corrección tras reposición con fluidoterapia, sin precisar de tratamiento diurético. Actualmente creatinina de 0.5, con 48 de urea”*.

Se resolvió la oclusión, por parte del Servicio de Cirugía Vascular del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, mediante una

arterioectomía transversa. Los datos del desarrollo de la intervención se anotaron en el protocolo quirúrgico, del siguiente modo: *“Procedimiento Principal: tromboectomía transfemoral + amputación supracondílea del miembro inferior derecho.*

- *Acceso: incisión en pliegue inguinal para acceso de la arteria y en región supracondílea.*

- *Hallazgos: trombo fresco ocupando femoral común y todo el árbol arterial distal.*

- *Técnica Quirúrgica: arteriotomía transversa tras heparinización con 4000U. Embolectomía con balón de fogarty de arteria femoral superficial, profunda y común, con abundante salida de trombo fresco. Buen reflujo. Amputación supracondílea.*

- *Drenajes: Redón”.*

Por su parte, el juicio clínico fue: *“Isquemia aguda III Rutherford miembro inferior derecho.*

Postoperatorio de cirugía de revascularización urgente: embolectomía transfemoral. Amputación supracondílea de MID.

Fallo renal agudo AKIN II resuelto. Síndrome confusional agudo secundario a lo previo”.

El paciente continuó hospitalizado a cargo de Medicina Interna, entre el 7 y el 29 de abril de 2022 y a cargo de Psiquiatría desde esa última fecha, hasta el 17 de mayo de 2022.

Los últimos datos que constan, referentes a las asistencias en Atención Primaria, extraídos del programa Horus e incorporados al informe de la Inspección Sanitaria, denotan una mala adaptación del

paciente a su nueva situación, con prótesis transfemoral para deslazamientos por el domicilio y el portal y silla de ruedas para los más largos.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Mediante oficio de 11 de abril de 2023, la jefa de la Unidad Técnica de Responsabilidad Patrimonial del SERMAS, comunicó formalmente a la reclamante el comienzo de la tramitación del expediente, con indicación de la normativa rectora y del sentido desestimatorio del silencio, en caso de no resolverse su reclamación en plazo de 6 meses.

Con igual fecha se comunicó a la aseguradora del SERMAS, la incoación del procedimiento, con fecha 5 de mayo de 2023.

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del paciente, en relación con la reclamación formulada, procedente del Hospital Universitario del Sureste- folios 144 al 222- y, a efectos informativos, dado que la reclamación no las cuestiona, las del Hospital General Universitario Gregorio Marañón- folios 223 al 554-.

Constan seguidamente, varios informes suscritos por los responsables médicos de las áreas y servicios implicados en la asistencia recibida por este paciente en el Hospital Universitario del Sureste. Así, consta el suscrito por la responsable del Servicio de Psiquiatría, de 21 de abril de 2023- folios 115 al 125-; dos informes suscritos por el jefe de Servicio de Medicina Interna, junto con otro internista diferente en cada uno de ellos- folios 126 al 128-; el del responsable del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo – folios 129 al 140- y también el del Servicio de Enfermería de Psiquiatría- folios 141 al 143-.

El contenido principal de dichos informes se expone a continuación:

- En informe de Psiquiatría, de 21 de abril de 2023, repasa la asistencia dispensada durante el ingreso a cargo del área y, en su virtud, se concluye que las consecuencias de los hechos acaecidos no corresponden al anormal funcionamiento del Servicio de Psiquiatría, negando que se produjera la desatención en que se funda la reclamación.

Destaca que, el proceso psiquiátrico (la manía confusa psicótica) y el proceso neurológico (la esclerosis múltiple) hacían que el paciente pudiera presentar síntomas atípicos, pero insiste en que el dolor en la pierna no estuvo presente, al menos de forma evidente, hasta el día 3 de abril de 2022, prescribiéndosele analgesia para ello esa misma mañana y añade que, aunque la familia informó de su preocupación por el estado del paciente, nunca se transmitió el dato del dolor, ni se objetivó por el equipo hasta el referido día 3 de abril de 2022.

Finalmente destaca que, en una situación Covid en la que no estaban permitidas las visitas diarias, a la familia del paciente se le autorizó acompañamiento y visitas de cara al mejor cuidado de este, por su situación física deteriorada de base (esclerosis múltiple) y la gravedad de los síntomas psiquiátricos.

- El primer informe de Medicina Interna, de 14 de abril de 2023, refiere: *“El sábado 2 de abril a primer hora de la noche me avisa el psiquiatra de guardia debido a que el paciente tiene analítica alterada por baja ingesta en últimas 24 horas. Resulta imposible anamnesis, debido a que no colabora (paciente en tratamiento con antipsicóticos). Veo su analítica, que presenta deterioro de función renal Cr 1.7 y leve hipernatremia 150. Se objetiva signo de pliegue sugestivo de*

deshidratación, por lo que pauto sueroterapia con 1500cc de suero glucosado al 5% y 1000cc de suero salino 0.9%.

Avisan nuevamente a primera hora de la madrugada por objetivar la extremidad derecha fría.

Vuelvo a valorar al paciente y objetivo miembro inferior derecho con frialdad y cianosis distal en pie. Se realiza electrocardiograma que descarta la presencia de fibrilación auricular. Desconozco la cronología del episodio dado que el paciente no colabora en anamnesis. Sospecha de isquemia arterial en miembro inferior derecho. Contacto con Cirugía e inicio anticoagulación con enoxaparina con dosis ajustada por insuficiencia renal a dosis de 40mg cada 12 horas.

El día 3 por la mañana fue atendido por otro internista y cirujano. Finalmente se deriva al paciente a HGM para valoración por Cirugía Vascular”.

Se añade el informe del otro internista, que continuó la asistencia el día 3 de abril de 2022, que aparece igualmente con el visto bueno del responsable del servicio, también de fecha 18 de abril de 2025. En ese informe adicional se explica: “El domingo 3 de abril 2023 a primera hora de la jornada se me trasmite la necesidad de revaloración del paciente de los hechos.

Reviso prueba de Radiología (ecodoppler miembro inferior derecho) realizada el mismo día, objetivando que el paciente tiene ‘trombosis extensa del sistema arterial del miembro inferior derecho’.

Ante los hallazgos, acudo a valorar al paciente a su habitación, encontrándolo febril, hemodinámicamente estable, refiriendo intenso dolor. En ese momento tenía la extremidad cianótica y fría.

Solicito tras mi valoración analítica urgente, Rx tórax hemocultivos y urocultivo ante la fiebre y hablo con Cirugía General de guardia para iniciar conjuntamente gestiones de traslado a Hospital General Universitario Gregorio Marañón, de cara a valoración urgente del paciente por el Servicio de Cirugía Vascolar.

Hablo con Cirugía Vascolar de HUGM y observación de HUGM: acordándose el traslado urgente del paciente. Se inicia antibioterapia empírica con ceftriaxona y se aumenta analgesia con morfina.

Finalmente se deriva al paciente a HGM para valoración por Cirugía Vascolar”.

- El informe del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, de fecha 17 de abril de 2023, efectuó el repaso de sus asistencias, además de varias consideraciones médicas sobre las patologías concurrentes del paciente y, en referencia a la reclamación, explica que el paciente afecto fue valorado por Servicio de Cirugía general y digestivo ante la sospecha de una isquemia aguda de miembro inferior derecho, que finalmente resultó confirmarse y siendo derivado a Unidad especialidad de Cirugía vascular con resultado en amputación supracondílea por Isquemia aguda categoría 3 de Rutherford.

El cuadro clínico basal que rodeaba al paciente, junto con la gran morbimotalidad asociada a sus enfermedades de base, dificultaron notablemente la exploración e historia clínica en el momento de la entrevista, lo que hubiera sido preciso para lograr un diagnóstico definitivo.

Añade que “a pesar de la sospecha clínica, no confirmada, de isquemia arterial aguda-subaguda (no es posible confirmar tiempo de evolución de la clínica), se decidió llevar a cabo la realización de prueba de imagen objetiva en el transcurso cronológico menor de 6 horas desde

*el conocimiento del paciente para confirmación de la patología aguda. De igual manera, se iniciaron medidas terapéuticas conservadoras (introducción de anticoagulación terapéutica) previo a la prueba de imagen confirmatoria por no disponer de servicio especializado de Cirugía Vascul ar en nuestro centro, ofreciendo en todo momento, las medidas terapéuticas óptimas a las que el hospital tenía acceso. Tras la confirmación radiológica, se llevaron a cabo los trámites administrativos y de coordinación pertinentes para traslado de dicho paciente al hospital de referencia, que contara con unidad especializada, para llevar a cabo el manejo terapéutico más óptimo y mejor indicado para el paciente” y afirma que todo caso se actuó siguiendo las bases de la *lex artis* y cumpliéndose las pautas recomendadas en las guías clínicas, siempre teniendo presente los medios propios de un hospital de segundo nivel de atención.*

Explica que, los pacientes con isquemias agudas deben ser tratados por especialistas en terapias vasculares y endovasculares, en centros con una completa gama de instalaciones para el manejo de pacientes con enfermedades vasculares y que ello puede significar que un paciente deberá ser trasladado desde un centro no vascular, para recibir tratamiento, si corresponde.

Además, que, la urgencia del traslado dependerá de la gravedad de la isquemia, siendo los pacientes con pérdida motora o sensitiva (Rutherford III) los que requieren traslado urgente, pues ello exige la revascularización urgente y que las decisiones médico/quirúrgicas subsiguientes dependerán de muchos factores, tales como la gravedad de la afectación, la ubicación, la causa de la oclusión, las comorbilidades y los riesgos relacionados con la terapia.

- También consta emitido informe por el Servicio de Enfermería de Psiquiatría, que enumera en primer lugar las asistencias documentadas del día días 26 de marzo, de 2022, señalando: “*el día*

26/3/2022 se realizó una completa valoración inicial al ingreso de necesidades, según el modelo de Virginia Henderson protocolizado en el Hospital Universitario del Sureste. ... Se evidencia dependencia severa según índice de Barthel y bajo riesgo de úlceras de presión, según escala de Norton modificada”.

Seguidamente, efectúa una serie de consideraciones generales, del siguiente tenor: *“el evolutivo del personal de Enfermería queda reflejada de forma diaria y por turno las ingestas adecuadas (5-6 ingestas diarias), cambios de pañal, la cantidad de orina recogida en los sondajes intermitentes, la presencia y características de la deposición; así como el resto de actuaciones realizadas, según el estado del paciente en cada momento.*

En el evolutivo del personal, del que hay registradas entre 3 y 4 entradas diarias, se apuntan además de las observaciones específicas, de forma protocolizada aspectos relativos a higiene, termorregulación, eliminación, comunicación, riesgo de caídas e índice de Barthel”.

Siguen reproduciéndose las anotaciones que constan en la historia clínica, alusivas a su intervención en el proceso asistencial: *“31/3/2022. Buenas ingestas de desayuno, merienda y cena. No come por encontrarse adormilado. Se realiza aseo.*

El día 1/4/2022 en la madrugada se objetiva una úlcera por presión en el sacro, que se trata con apósito hidropolimérico en cuanto es detectada. Se le asea en ducha a pesar de que en el registro se apunta dificultad por agitación.

El día 1/4/2022 es el único día que no cena, ya que, tras el episodio de agitación de la noche y parte de la mañana, se guarda la comida que ingiere más tarde (1er plato y postre) y merienda (compota y yogur). En la noche se toma las pastillas con zumo y leche.

El día 2/4/2022 se solicita dieta basal por túrmix con extra de fruta a media mañana, yogur y compota en la merienda. Realiza buenas ingestas en desayuno y comida. Se le asea en cama tras intento desestimado en ducha por riesgo de caídas.

Noche del 2/4/2022: se avisa al médico de guardia por rigidez en la nuca y apreciación de falta de ingesta hídrica a lo largo del día. El psiquiatra de guardia realiza interconsulta a Medicina Interna, por sospecha de deshidratación.

En la noche del 2 al 3 de abril, la enfermera de turno, evidencia la diferencia de temperatura del miembro inferior derecho, frialdad distal sin relleno capilar y cianosis. Avisa a médico de guardia, siendo valorado tanto por la psiquiatra, como por el internista. Se retiran calcetines, se realiza electrocardiografía y se toma tensión arterial en los miembros inferiores. Se realiza interconsulta a Medicina Interna por sospecha de deshidratación, quien pauta sueroterapia sin CLK e inicio de anticoagulación con heparina de bajo peso molecular. Se pide interconsulta a Cirugía General en la noche.

Día 3/04/2022. En el turno de mañana se realizan hemocultivos, urocultivo y analítica. Se mantiene en dieta absoluta, se realiza sondaje vesical y se mantiene sueroterapia en curso. Se realiza Informe de cuidados de Enfermería al alta para traslado al Hospital Gregorio Marañón. Presenta ulcera de presión, categoría I, protegida con apósito hidrocoloide”.

De todo lo expuesto, el informe concluye que el paciente presentaba durante esos días estados de agitación intermitente, soliloquios y delirios y afirma que no describía dolor, y añade que, en cada turno, se valoraron y cubrieron sus necesidades básicas de nutrición, hidratación, aseo y movilización, de acuerdo a su situación clínica y sin que, en ningún momento resultara desatendido, destacando que la enfermera del turno de noche del día 3 de abril de

2022 fue quien detectó los signos de alarma y avisó con premura al médico de guardia.

Añade que, pesar de tener establecidas las restricciones establecidas por la pandemia, se autorizaron las visitas de la familia para un mejorar la comunicación con el equipo y humanizar la situación de crisis psiquiátrica aguda en la que se encontraba el paciente.

Obra igualmente en el expediente el informe emitido el 23 de febrero de 2024 por la Inspección Sanitaria- folios 559 al 572- que, tras analizar la historia clínica del paciente y los otros informes emitidos en el curso del procedimiento, así como realizar las oportunas consideraciones médicas, concluye que la asistencia sanitaria prestada al paciente entre el 1 y el 3 de abril de 2022, en el Hospital Universitario del Sureste, no se adecuó a los conocimientos actuales de la medicina, afirmando que medió un retraso en el diagnóstico y tratamiento de la urgencia vital padecida de, al menos, 48 horas, y añadiendo que, si no hubiera existido este retraso, con alta probabilidad tampoco se hubiera podido evitar la amputación supracondílea del miembro inferior derecho.

Entre el 24 de septiembre de 2024 y el 14 de febrero de 2025, se llevaron a efecto negociaciones entre el reclamante y la aseguradora del SERMAS, de cara a un eventual acuerdo indemnizatorio, fracasando finalmente.

Consta seguidamente la incorporación de un informe de valoración del daño corporal, afectuado por la aseguradora del SERMAS que, sin referirse a la praxis médica, avalúa los daños y secuelas producidos y estima que, conforme al baremo de 2022, de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, en

adelante Ley 35/2015, las consecuencias que el posible error ha podido provocar, se cifran en 199.232,39 €.

Añade que, según la bibliografía científica consultada, aún diagnosticada y tratada correctamente la isquemia, antes de las 24 horas desde el inicio de los síntomas, la tasa de amputación se sitúa en una horquilla de entre el 10 % y el 18 %, lo que serviría para establecer el factor reductor a aplicar al total del quantum indemnizatorio, ya que *“...aun habiéndose hecho todo correctamente, según los casos, entre un 10 % y un 18% de los casos, precisan de amputación”*.

A partir de lo expuesto, el informe descuenta un 10% del importe resultante de la aplicación del baremo.

A continuación, se confirió trámite de audiencia al reclamante, que consta recepcionado el 12 de marzo de 2025- folio 587-.

Se efectuaron alegaciones adicionales por su parte, con fecha de 1 de abril de 2025, esta vez por un letrado que actúa en representación del paciente, conforme a un poder notarial que se acompaña. En las mismas, el reclamante manifiesta que el retraso diagnóstico y de tratamiento fue, de al menos 4 días- no de 48 horas, como determina el informe de la Inspección Sanitaria y se muestra en desacuerdo con la valoración de los daños efectuada, que considera debe ascender a 861.998,19 €, descontando de la misma un 10%, pues sitúa en un 90% la tasa de salvamento de la extremidad. Adjuntó con suscrito los documentos médicos en que apoya sus planteamientos- folios 588 al 642-.

El expediente fue nuevamente remitido a la Inspección Médica que, en un nuevo informe de 29 de abril de 2025, se reiteró en el precedente, de 23 de febrero de 2025- folios 643 y 644-.

Adicionado todo ello al expediente, se confirió nuevo trámite de audiencia al reclamante, constando el acuse de recibo del día 7 de mayo de 2025. El mismo efectuó nuevamente alegaciones finales el 13 de mayo, reiterando sus peticiones e interesando que se adicionaran al expediente las hojas de control de Enfermería de los días 27 al 31 de marzo y las del 1 de abril de 2022, al observar un salto en las remitidas, entre el 26 de marzo y el 3 de abril- folios 656 al 686-.

Interesados tales registros al hospital, se contestó por la Asesoría Jurídica del centro hospitalario, mediante escrito de 4 de julio de 2025, señalando que: *“...por medio del presente escrito y tras haber consultado los registros documentales del hospital, viene a certificar que las hojas de registro de los días 27 a 31 de marzo de 2022 y la del día 01/02/2022, no se encuentran en nuestras bases de datos, existiendo únicamente los registros ya entregados”*.

Se efectuó otro trámite de audiencia complementario al reclamante, que fue recepcionado el día 17 de julio de 2025, con alegaciones por su parte el día 30 de julio de 2025. En las mismas, el reclamante manifestó que la inexistencia de los registros de Enfermería de esos 4 días, confirma la desatención que padeció el paciente y, por todo ello, reitera sus pretensiones indemnizatorias. Se adicionó un informe médico pericial sobre la mala praxis médica, emitido por un médico especialista en Angiología y Cirugía Vasculuar y otro suscrito por un médico especialista en valoración del daño corporal, que sustenta sus pretensiones indemnizatorias, cifradas en un total de 775.798,37 €, que se corresponde con el 90% del importe de cuantificación de los daños y secuelas, en aplicación de la tasa de salvamento de la extremidad correspondiente- folio 699 al 7344-.

Finalmente, el 10 de julio de 2025 se formuló propuesta de resolución en la que se propuso estimar parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial, aplicando un el factor reductor del 14%

sobre el total de la valoración resultante de la aplicación del baremo de la Ley 35/2015, resultando así una estimación por importe de 171.331,26 €.

CUARTO.- El 21 de agosto de 2025 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente 474/25 a la letrada vocal Dña. Carmen Cabañas Poveda, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 8 de octubre 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 superior a 15.000€, 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 de conformidad con su artículo 1.1,

con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 LRJSP, en cuanto es la persona que recibió la atención médica que es objeto de reproche. Ha conferido su representación durante la tramitación del procedimiento a un letrado, aportando apoderamiento notarial a tal fin.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la asistencia sanitaria fue dispensada por el Hospital Universitario del Sureste, integrado en la red sanitaria pública del SERMAS.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC, el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el presente caso, el reclamante mantiene que se le diagnosticó una isquemia en su pierna derecha con un retraso de 4 días, determinando esa demora la necesidad de practicarle la amputación supracondílea de la pierna derecha, el día 3 de marzo de 2022, que fue necesaria para salvar su vida. Además, el paciente sufrió una serie de complicaciones posteriores, de modo que permaneció hospitalizado hasta el 17 de mayo de 2022.

Considerando esa última fecha, debemos tener por efectuada en plazo legal la reclamación, formulada el 29 de marzo de 2023.

En cuanto al procedimiento, de acuerdo con el artículo 81 de la LPAC, se ha incorporado la historia clínica en relación con la asistencia cuestionada, se han recabado diversos informes de los servicios implicados en el proceso asistencial controvertido. También ha emitido informe por la Inspección Sanitaria y se ha conferido el correspondiente trámite de audiencia al reclamante. Finalmente, se ha redactado la propuesta de resolución, en sentido parcialmente estimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 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 en su título preliminar, capítulo IV, artículos 32 y siguientes. Regulación que, en términos generales, coincide con la que se contenía en los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común.

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 21 de marzo de 2018 (recurso de casación 5006/2016), 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 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 nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea 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 CA, 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».

QUINTA.- Trasladando todo lo expuesto al supuesto analizado, observamos que no cabe duda de la existencia de un daño, por cuanto el reclamante ha sufrido la amputación de su pierna derecha y, en cuanto al nexo causal entre el mismo y el servicio público sanitario, el reclamante mantiene que hubo un retraso en la detección de la isquemia que sufrió durante su ingreso psiquiátrico en el Hospital Universitario del Sureste, a resultas de las carencias asistenciales y diagnósticas que denuncia.

Centrado el objeto de la reclamación en los términos expuestos, vamos a analizar los reproches enunciados, partiendo de lo que constituye la regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019), 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”*.

Pues bien, en este caso, además de haberse aportado al procedimiento por el reclamante un informe pericial que argumenta sus afirmaciones en cuanto a la negligencia médica, la propia Inspección Sanitaria considera acreditado que, de acuerdo con la historia clínica, el retraso en el diagnóstico y tratamiento de la urgencia vital padecida fue de, al menos 48 horas, destacando que incluso la familia expresó su preocupación por el dolor en la pierna derecha del paciente en la llamada del día 2 de abril, y que ese retraso de 48 horas resultaría

congruente con el estadio III de Rutherford de la isquemia arterial que presentaba el enfermo, cuando fue intervenido en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

También denota el informe de la Inspección Médica que, desde que se avisó de la sospecha de isquemia hasta que fue trasladado el paciente a un Servicio de Cirugía Vasculat, transcurrieron 12 horas, administrándole, entre tanto, heparina, lo que es acorde con los protocolos, pero sin efectuarle inmediatamente un ecodoppler, que hubiera sido imprescindible, porque sin esa prueba no era posible ubicar la topografía de la lesión, ni por consiguiente proceder al tratamiento quirúrgico.

A mayor abundamiento, se indica que, entre el 28 y el 31 de marzo, hubiera sido muy poco probable sospechar, ni detectar la isquemia arterial, pues el paciente no tenía factores de riesgo, ni antecedentes, a pesar de su importante pluripatología y considerando igualmente que, el diagnóstico es fundamentalmente clínico y que este tipo de accidentes vasculares, suelen pasar desapercibidos en las primeras fases y máxime en un paciente sin capacidad de expresión y medicado, como ocurría en este caso.

Sea como fuere, el Informe de la Inspección Sanitaria establece rotundamente que el SERMAS no supo dar respuesta a la situación de este paciente ante una situación de urgencia vital y concluye que, la asistencia sanitaria dispensada desde el 1 hasta el 3 de abril de 2022 en el Hospital Universitario del Sureste no se adecuó a los conocimientos actuales de la medicina y que, por tanto, el retraso en el diagnóstico y tratamiento de la urgencia vital padecida fue de, al menos, 48 horas.

Debemos igualmente traer a colación en este punto la irregular circunstancia de que no se hayan podido incorporar al procedimiento

los registros de Enfermería, que constatasen los concretos cuidados y revisiones de ese servicio efectuadas para con este paciente entre los días 27 de marzo al 1 de abril de 2022, habiéndose certificado por el propio hospital que no se encuentran tales registros en las bases de datos del hospital y constando únicamente sobre el particular las explicaciones sobre tales cuidados efectuadas por la responsable del servicio, que no pueden ser contrastarlas con la información clínico asistencial.

Así pues, no consta fehacientemente que, en esos días previos, los cuidados y atenciones dispensados al paciente fueran adecuados, dadas sus pluripatologías, debiendo situar en 48 horas antes del día 3 de abril de 2022, el comienzo del retraso diagnóstico del accidente vascular.

Nos atenemos así al autorizado criterio de la Inspección Sanitaria en atención a la especial relevancia que solemos otorgar a su informe, por la objetividad, profesionalidad e imparcialidad que se presume del ejercicio de sus funciones [así, Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 24 de mayo de 2022 (recurso 786/2020), entre otras.

El retraso establecido conduce a reconocer un daño antijurídico y, concretamente, a admitir en este supuesto una pérdida de oportunidad de sanar del paciente, tal y como indica el Tribunal Supremo en Sentencia de 18 de julio de 2016 (rec. 4139/2014), que explica: *“Es sabido que en el ámbito de la responsabilidad sanitaria se habla de pérdida de oportunidad, de vida o de curación, cuando en la asistencia médica correspondiente se ha omitido un diagnóstico adecuado, un tratamiento específico, el suministro de un concreto fármaco o una mayor celeridad en la actuación de tal modo que se habría privado al paciente, previsiblemente, de una mayor posibilidad de curación”*.

SEXTA.- Sentado lo anterior, procede por exigencias de lo dispuesto en el artículo 34 de la LRJSP, pronunciarse sobre la concreta valoración de los daños solicitados.

Es cierto que en estos casos la aplicación del baremo establecido para las víctimas de accidentes de tráfico es meramente orientativa y que la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 20 de julio de 2021 (rec. 182/2020), al asimilarse en estos casos el daño indemnizable al daño moral, su resarcimiento carece de módulos objetivos, lo que conduce a valorarlo en una cifra razonable, que, como señala la jurisprudencia, siempre tendrá un cierto componente subjetivo, dadas las dificultades que comporta la conversión de circunstancias complejas y subjetivas en una suma dineraria (por todas, la sentencia del Tribunal Supremo de 19 de julio de 1997), desatacando que habrá de ponderarse la edad del paciente, sus dolencias previas, y cualesquiera otras circunstancias que constando al juzgador, pudieran determinar una mayor proporcionalidad y adecuación de la valoración de dicho quantum.

A la vista de todo ello, consideramos que, en este caso, la valoración del daño que efectúa el reclamante resulta excesiva, dadas las notables dificultades añadidas para efectuar un diagnóstico clínico más temprano del paciente, por causa de la grave descompensación psiquiátrica que presentaba en el tiempo en que se produjo la isquemia, que motivó su ingreso hospitalario, autorizado judicialmente y condicionaba su notoria imposibilidad de comunicar con claridad los síntomas propios del accidente vascular que sufrió y de llevar a efecto una exploración médica más certera, habiéndose indicado que el diagnóstico inicial es eminentemente clínico y sintomático, en las primeras fases.

Considerando todo ello, tras ponderar las circunstancias del asunto examinado, y atendiendo a los distintos informes obrantes en el

expediente, procede el reconocimiento de una cantidad de 171.331,26 €, resultante de aplicar un factor de corrección del 14% sobre la cuantía calculada aplicando el baremo de la Ley 35/2015, por ser el intermedio de la horquilla determinada por los estudios mayoritarios sobre estos casos, que indican que, aun habiéndose hecho todo correctamente, entre un 10 y un 18% de los casos requieren la amputación. Esa cantidad deberá actualizarse al momento en que se abone efectivamente, de acuerdo con las previsiones del artículo 34.3 de la LRJSP.

Deberá igualmente abonarse el importe de las dos facturas aportadas por el reclamante, correspondientes al coste de la silla de ruedas -4.253,34 €- y al de una prótesis para la pierna -11.217,99€-, si no le hubieren sido ya abonadas o reintegradas por otras vías, resultando esa cantidad igualmente actualizarse.

Por todo cuanto antecede, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la citada reclamación y reconocer una indemnización de 171.331,26 €; además del abono del importe de las dos facturas aportadas por el reclamante, siempre que no hubieran sido ya abonadas o reintegradas por otras vías. La cantidad total resultante deberá actualizarse a la fecha en que se ponga fin al procedimiento. 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 8 de octubre de 2025

El Presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 498/25

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid