

Dictamen n.º: **369/23**  
Consulta: **Consejera de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **06.07.23**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 6 de julio de 2023, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el consejero 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.<sup>a</sup> ..... y D. ..... (en adelante, “*los reclamantes*”), por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su progenitor, D. ...., que atribuyen a una incorrecta asistencia médica en el Hospital Universitario Ramón y Cajal (en adelante, HURC) en lo referido al diagnóstico del aneurisma abdominal sufrido.

#### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por escrito presentado el día 23 de noviembre de 2021, los reclamantes asistidos y representados por un abogado, formulan reclamación de responsabilidad patrimonial ante el Servicio Madrileño de Salud, por los daños derivados del fallecimiento de su progenitor, que atribuyen a una incorrecta asistencia médica en el HURC.

Relata la reclamación que el padre de los reclamantes fue trasladado por el SUMMA al HURC en fecha 6 de abril de 2021, con motivo de padecer sintomatología de dolor lumbar izquierdo/dolor abdominal, mal

estado general (MEG), náuseas y vómitos, ingresando en Urgencias a las 19:02 horas. En dicho centro realizaron al paciente una exploración física, analítica, RX de abdomen y electrocardiograma (ECG).

Reprocha que los médicos, pese a la sintomatología del paciente no creyeron conveniente solicitar una ecografía abdominal o TAC abdominopélvico/TAC de arterias periféricas, siendo así que, los facultativos que asistieron al paciente simplemente destacaron una elevación de reactantes de fase aguda (RFA), y pasaron por alto la existencia de leucocitosis, hiperlactacidemia y acidosis mixta pero al entender que existía estabilidad clínico analítica, dieron el alta al paciente estableciendo como diagnóstico “cólico nefrítico”, recibiendo el alta médica a las 23:53 horas del 6 de abril de 2021.

Continúa señalando que el paciente tuvo que ser trasladado nuevamente por el SUMMA por nuevo cuadro de dolor inguinal izquierdo tras sincoparse en su domicilio, ingresando en Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (en adelante, HUGM) a las 03:09 horas del 7 de abril de 2021, donde le realizaron TAC abdominopélvico/TAC de arterias periféricas, que objetivó la existencia de un importante aneurisma abdominal con un hematoma y datos sugerentes de rotura aguda con sangrado activo.

Concluye el relato fáctico señalando que tras realizar al paciente TAC abdominal urgente, fue intervenido urgentemente sin éxito debido al deterioro sufrido por el paciente a consecuencia del retraso de diagnóstico, produciéndose el fallecimiento del paciente durante la intervención quirúrgica el 7 de abril de 2021.

De acuerdo con lo relatado, entiende la reclamación formulada que hubo un error de diagnóstico por parte del HURC, que minusvaloró la sintomatología clínica y la analítica del paciente, omitiendo pruebas diagnósticas que entiende precisas para un certero diagnóstico de la patología que motivo su visita a las Urgencias del citado centro

hospitalario, lo que determinó en definitiva un retraso en la urgente asistencia médica que precisaba la patología realmente sufrida por el paciente.

Se interesa una indemnización por importe de 46.605,13 euros.

La reclamación viene acompañada de diversa documentación, de entre la que cabe destacar, copia de una escritura pública de poder general y especial para pleitos y otras facultades otorgada por los reclamantes en favor del abogado actuante, copia del libro de familia del que resulta el vínculo de parentesco alegado en la reclamación, copia del informe clínico de Urgencias del HURC fechado el 6 de abril de 2021, copia del protocolo quirúrgico del HUGM referido a la intervención quirúrgica del día 7 de abril de 2021 e informe clínico de Urgencias del HUGM.

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

El paciente de 72 años en la fecha de los hechos objeto de reclamación, sin antecedentes personales de interés, acude el 6 de abril de 2021, a las 19:02 horas, a Urgencias del HURC, llevado por el SUMMA, por dolor lumbar izquierdo, irradiado a fossa ilíaca izquierda (FII) iniciado la noche anterior, que se acompaña de malestar general (MEG) y náuseas y vómitos. Parece aumentar con los movimientos. Niega síndrome miccional, cambios en el ritmo intestinal, dolor torácico, disnea u otra sintomatología a la anamnesis por órganos y aparatos. El SUMMA administra metoclopramida, suero salino fisiológico 0.9% 600 cc y metamizol intravenoso. A su llegada a Urgencias, con buen control del dolor.

En la exploración física se objetiva la toma de constantes vitales, estando el paciente, hemodinámicamente estable, bien perfundido, hidratado y coloreado:

- Temperatura (T.<sup>a</sup>): 36,5°C, tensión arterial (TA): 115/91 mmHg, pulso (FC): 77 lpm, saturación de oxígeno basal (SatO<sub>2</sub>): 92%.

- Tórax: forma normal, no tiraje. Auscultación cardiopulmonar normal.

- Abdomen: blando y depresible. Sin distensión abdominal. Dolor a la palpación en FII.

No masas ni visceromegalias. No signos de irritación peritoneal. Ruidos intestinales conservados. Puño percusión renal (PPR) bilateral negativa.

- Extremidades: pulsos pedios conservados. No varices, edemas ni signos de trombosis venosa profunda (TVP).

Entre las pruebas complementarias solicitadas a las 19:35 horas, se encuentran: analítica sanguínea (con hemograma, bioquímica, gasometría venosa y coagulación), sedimento urinario, ECG (normal) y radiografía de abdomen. Dado que ha recibido analgesia y medicación en ambulancia, y que presenta mejoría clínica franca, no se añade más tratamiento.

- En la analítica de sangre se objetiva discreta elevación de reactantes de fase aguda, con función renal en rangos de normalidad.

- El sedimento urinario presenta orina turbia con cristales de urato amorfos, sin datos de infección.

- En la radiografía de abdomen (mala calidad), se observa gas distal y heces en marco cólico, sin dilatación de asas.

A las 23:27 horas, tras los resultados de las pruebas complementarias, se revalúa al paciente, encontrándose clínicamente estable desde su llegada. Dada la evolución favorable y estabilidad clínico-analítica, le diagnostican de cólico nefrítico resuelto sin datos de complicación en el momento actual, por lo que deciden alta con tratamiento domiciliario, pautando analgesia (Enantuym y Paracetamol) y antibiótico (Cefixima), y explicando los datos de alarma ante los que acudir de nuevo a urgencias.

A las 03:09 horas del día 7 de abril de 2021, es trasladado por el SUMMA al Servicio de Urgencias del HUGM tras nuevo cuadro de dolor inguinal izquierdo, presentando síncope en domicilio, donde lo encuentran pálido, con sudoración profusa e hipotensión. Durante el traslado al hospital, debido a la hipotensión y al meg, proceden a realizar intubación orotraquel (IOT) cormack I, previa pseudorrelajación. Inician fluidoterapia y soporte con desfibrilador, presentando parada cardiorrespiratoria (PCR) por disociación electromecánica. Según refiere el SUMMA, inicialmente comienza con taquicardia y luego bradicardia extrema que no responde a atropina, recuperando frecuencias, pero con disociación mecánica, por lo que se inician maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP). Entra en el box vital de Urgencias, donde los facultativos de Medicina Interna continúan maniobras de RCP (se administran 7 adrenalinas).

Durante la exploración física en el box vital, presenta FC 146 lpm, con TA no mesurable, así como palidez generalizada y pulsos no palpables.

Es valorado por cardiólogo de guardia, quien realiza ecocardiograma transtorácico urgente a pie de cama, descartándose disfunción ventricular, sin objetivar dilatación del ventrículo derecho, valvulopatías significativas ni derrame pericárdico.

Tras 25 minutos de PCR en el box vital, el paciente recupera pulso central. Presenta TA inicial de 50/30 mmHg y a nivel neurológico, se observan pupilas midriáticas arreactivas. Se sacan pruebas cruzadas, iniciando transfusión de 2 concentrados de hematíes y se coloca catéter venoso central (CVC) femoral izquierdo.

Continúan con fluidoterapia y bicarbonato a altas dosis debido a la acidosis metabólica severa e hiperlactacidemia (lactato mayor de 17) que presenta el paciente, además de hemoglobina de 6 (previa en analítica del HURyC: 12.9). Por todo ello, y ante la sospecha diagnóstica de síndrome aórtico, se solicita TAC abdominal urgente.

A su llegada a sala de TAC, el paciente se encuentra inestable, con FC 130 lpm e hipotensión extrema a pesar de la administración de drogas vasoactivas (perfusión de noradrenalina 60 ml/h). Se realiza TAC abdominal urgente, en el que se objetiva: aneurisma de aorta abdominal infrarrenal con signos de rotura aguda (sangrado activo y hematoma retroperitoneal secundario), con datos de hipoperfusión renal y esplénica e hipovolemia.

Ante este hallazgo en TAC, se avisa a Cirugía Vascular localizada y se decide traslado de paciente a quirófano para cirugía urgente. Durante la intervención, se intenta realizar bypass aorto-aórtico. Sin embargo, se registra ritmo de fibrilación ventricular en el ECG, por lo que se inician de nuevo maniobras de RCP avanzada en quirófano. Se inicia masaje cardíaco, se administran 5 choques de 200J, así como 3 mg de adrenalina intravenosa, 1 g de calcio, bicarbonato y 150 mg de amiodarona. En la gasometría arterial, durante las maniobras de RCP, el láctico continúa por encima de 17.

Tras ausencia de respuesta pese a maniobras RCP avanzada, se decide detener RCP y finalizar el procedimiento, produciéndose el *exitus* del paciente.

**TERCERO.-** Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del procedimiento de responsabilidad patrimonial de acuerdo con la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Consta incorporado informe atinente a la reclamación formulada, elaborado por el servicio médico del HURC que intervino en la asistencia médica reprochada.

Así obra informe fechado el 7 de diciembre de 2021, elaborado por el Servicio de Urgencias del HURC, en el que después de consignar el *iter* asistencial que ha quedado expuesto, se hace constar que: «*el diagnóstico de aneurisma de aorta abdominal (AAA) es un ejercicio clínico complejo ya que es una entidad que en la mayoría de los casos no produce síntomas y su hallazgo es casual, cuando produce síntomas muchas veces estos son inespecíficos. El cólico nefrítico o renoureteral (CRU) tiene dentro de su diagnóstico diferencial el AAA pero no el clínico, establece su sospecha en base a factores de riesgo, antecedentes, exploración física, exploraciones complementarias y respuesta al tratamiento y evolución.*

*La clínica que presentaba este paciente era compatible con un CRU, tanto en la distribución del dolor como en el hecho de que el dolor cambiaba de intensidad, así como los síntomas asociados; “náuseas y vómitos”.*

*La triada clásica de un aneurisma de aorta abdominal sintomático es dolor abdominal agudo y severo, masa abdominal pulsátil e hipotensión, y esto se presenta en aproximadamente el 50% de los casos. También puede asociarse náuseas en un 20% y otros síntomas relacionados con complicaciones isquémicas.*

*El dolor cedió con una dosis única de Metamizol + Metoclopramida administrados en el dispositivo de transporte extra hospitalario, lo cual es mucho menos probable en el caso de los AAA.*

*El paciente no tenía una edad avanzada como para establecer ese diagnóstico de primera sospecha y tampoco tenía factores de riesgo para AAA que hayan podido acreditarse en el interrogatorio ni en los antecedentes, como son: hábito tabáquico, arterioesclerosis, historia familiar de AAA, enfermedades del tejido conectivo.*

*En la exploración físico quedó constancia de un abdomen blando y depresible, no masas, no signos de irritación peritoneal, con ruidos intestinales conservados, y puño percusión negativa, además de pulsos pedios conservados.*

*Hay que indicar que la puño-percusión renal tiene una alta especificidad, pero baja sensibilidad que se vio modificada además por la administración de analgesia previa, por lo que su negatividad no era un factor que descartara el CRU.*

*En la analítica se encontró una orina turbia con cristales de uratos amorfos sin datos de infección, lo cual era compatible con el CRU.*

*La leucocitosis como dato aislado sin evidencia de infección asociada es un cuadro frecuente en los casos de dolor agudo, entre los que se incluye el CRU, por lo que una leucocitosis en el contexto de dolor y sin otros datos sugerentes de infección también se asocia al CRU.*

*La gasometría venosa debe valorarse en conjunto con el resto de resultados, aporta valores menos específicos que la gasometría arterial. En el CRU se puede observar una acidosis metabólica y láctica cuyo valor debe sopesarse con el resto de exploraciones, sobre todo en ausencia de alteraciones de la función renal y electrolitos.*

*Por todo ello, el juicio clínico al momento de su atención parece coherente con los datos presentados, y si bien la presencia de un AAA y su evolución posterior es un evento lamentable, es un hecho fortuito en el que no se puede establecer una causalidad ni falta de oportunidad».*

Con fecha 20 de febrero de 2023 se emite informe por la Inspección Médica en el que se entiende que la asistencia médica prestada a la paciente se ajustó a la *lex artis*.

El 27 de abril de 2023 se concedió trámite de audiencia a los reclamantes, que presentaron escrito de alegaciones con fecha 12 de mayo, en el que insisten en su reclamación y en la incorrecta actuación médica prestada, tratando de desvirtuar lo razonado y concluido por la Inspección Médica.

Finalmente, se elabora propuesta de resolución de 6 de junio de 2023, por el viceconsejero de Gestión Económica, en la que se propone la desestimación de la reclamación de responsabilidad patrimonial que nos ocupa.

**CUARTO.-** El 7 de junio 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 337/23 al letrado vocal D. Javier Espinal Manzanares que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en sesión del día citado en el encabezamiento.

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 euros, y a solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, se regula en la LPAC 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.

Los reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, conforme a lo dispuesto en el artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, al ser los hijos del paciente fallecido por la actuación médica que entienden incorrecta, fallecimiento que les genera un indudable daño moral legitimador de la reclamación que nos ocupa.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, en tanto que la asistencia fue dispensada en el HURC, centro integrado en la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

Por último y en lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 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, la reclamación se formula con fecha 23 de noviembre de 2021, constando en las actuaciones que el fallecimiento del progenitor de los reclamantes tuvo lugar el 7 de abril de

2021, por lo que atendiendo a esta fecha cabe considerar que está formulada dentro del plazo de un año que marca el texto legal.

Por lo que se refiere al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC se ha emitido informe por el servicio médico que intervino en la asistencia prestada al familiar de los reclamantes. También se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la paciente, comprensiva de la atención dispensada en el HURC y en el HUGM y se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen. Tras ello, se confirió trámite de audiencia a la reclamante.

Finalmente se redactó la propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

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

**TERCERA.-** La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española y 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. Según constante y reiterada jurisprudencia, el sistema de responsabilidad patrimonial presenta las siguientes características: a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad

directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral.

Para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con 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 de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal; c) ausencia de fuerza mayor, y d) que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

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 6<sup>a</sup> 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».*

**CUARTA.-** En este caso, como hemos visto en los antecedentes, los reclamantes consideran que se ha vulnerado la *lex artis* en la asistencia prestada en el Servicio de Urgencias del HURC a su familiar, sosteniendo que se equivocó el diagnóstico, no advirtiendo el aneurisma de aorta abdominal sufrido, omitiendo las posibilidades terapéuticas de la patología realmente padecida.

En este caso, de acuerdo con las alegaciones efectuadas por los reclamantes, lo relevante a la hora de enjuiciar la responsabilidad patrimonial es si efectivamente se incurrió en la mala praxis denunciada, pues como hemos señalado reiteradamente en nuestros dictámenes, en la medicina curativa nos encontramos ante obligaciones de medios y no de resultado, de tal forma que se cumple la *lex artis* cuando se utilizan todos

los medios (de diagnóstico, de tratamiento, etc.) de los que se dispone. También hemos dicho con frecuencia que esta obligación de medios debe entenderse ceñida al contexto del momento y las circunstancias en que se efectúa la asistencia, es decir, a los síntomas que presenta el paciente y a las probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología. En este sentido, con cita de la jurisprudencia, hemos recordado que lo que procede es un empleo de medios ordinarios y diligencia para cerciorarse de los diagnósticos que se sospechen, sin que se pueda cuestionar el diagnóstico inicial por la evolución posterior de los acontecimientos.

Centrado así el objeto de la reclamación, vamos a analizar los reproches formulados, 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*”.

Partiendo de lo señalado, entendemos que los reclamantes no han aportado prueba alguna que venga a acreditar que la asistencia prestada fuera incorrecta en los términos que son objeto de reproche, mientras que, por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente contrastados con la historia clínica examinada descartan la mala praxis denunciada.

Particularmente, la Inspección Sanitaria, tras analizar el proceso asistencial que consta en las actuaciones, ha considerado que la actuación asistencial prestada en el HURC fue conforme a la *lex artis*. En

este punto cabe recordar el especial valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a la opinión de la Inspección Sanitaria, pues, tal y como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, así su Sentencia de 24 de mayo de 2022 (recurso 786/2020), “*sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe*”.

Señala la Inspección que “*a su llegada a urgencias, 19.02 horas, se realiza valoración del paciente en triaje por personal de enfermería y en base a ello, es atendido a las 19.35 horas de acuerdo a su gravedad. En el caso de haber presentado síntomas de urgencia vital, como sucede a su llegada al Servicio de Urgencias del HGUGM, habría sido triado con Prioridad rojo, por lo que habría sido trasladado directamente al BOX VITAL.*

*Se toman las constantes vitales, objetivando que el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, afebril y normotensio a su llegada. De haber presentado signos compatibles con AAA, habría tenido hipotensión y taquicardia.*

*Se realiza anamnesis detallada y exploración física, tanto general como abdominal, sin apreciar datos de alarma en ese momento que pudieran hacer sospechar una urgencia vital.*

*Presenta abdomen blando y depresible, con ruidos intestinales conservados, y sin palpar masas, signos de peritonismo ni defensa abdominal. Además, se objetivan pulsos pedios presentes. La tríada clásica de AAA sintomático es dolor abdominal agudo y severo, masa abdominal pulsátil e hipotensión, y esto se presenta en aproximadamente el 50% de los casos. También puede asociar náuseas en un 20% y otros síntomas*

*relacionados con complicaciones isquémicas. De manera que la clínica que presentaba el paciente era compatible con cólico reno ureteral (CRU), tanto en la distribución e intensidad del dolor como en los síntomas asociados (náuseas y vómitos)".*

Continúa señalando la Inspección que: "el paciente no tenía una edad avanzada (>80 años, donde la prevalencia es superior al 12%) como para establecer ese diagnóstico de primera sospecha y tampoco tenía factores de riesgo para AAA que hayan podido acreditarse en el interrogatorio ni en los antecedentes, como son: Hábito tabáquico, arterioesclerosis, historia familiar de AAA, enfermedades del tejido conectivo.

*Se pregunta al paciente si tiene dolor, y dado que presenta franca mejoría tras la medicación administrada por el SUMMA, no se añade más tratamiento, quedando a la espera de los resultados de las pruebas complementarias. El dolor cedió con una dosis única de Metamizol + Metoclopramida, administrados en el dispositivo de transporte extrahospitalario, lo cual es mucho menos probable en el caso de los AAA.*

*Se solicita analítica con hemograma, bioquímica, gasometría venosa y coagulación, así como, sedimento urinario, ECG y radiografía de abdomen, es decir, pruebas básicas para el diagnóstico inicial de un dolor abdominal en urgencias, sin datos de alarma".*

Así las cosas, entiende la Inspección que: "las actuaciones médicas realizadas en el Servicio de Urgencias del HURyC han sido adecuadas y acordes a las recomendaciones clínicas vigentes".

En relación a los resultados de las pruebas complementarias solicitadas, señala el informe de la Inspección que "en el sedimento urinario se encontró orina turbia con cristales de urato amorfos, sin datos de infección, lo cual era compatible con CRU. La leucocitosis, como dato aislado sin evidencia de infección asociada, es un cuadro frecuente en los

*casos de dolor agudo, entre los que se incluye el CRU, por lo que una leucocitosis en el contexto de dolor y sin otros datos sugerentes de infección, también se asocia al CRU.*

*Los reactantes de fase aguda están discretamente elevados, cuyo incremento puede darse tanto en casos de inflamación como de infección. Su utilidad solo está demostrada en la apendicitis y en la isquemia mesentérica.*

*La gasometría venosa debe valorarse en conjunto con el resto de resultados, pues aporta valores menos específicos que la gasometría arterial. En el CRU puede observarse una acidosis metabólica y láctica, cuyo valor debe sopesarse con el resto de exploraciones, sobre todo, en ausencia de alteraciones de la función renal y electrolitos, como es el caso que nos ocupa.*

*En la historia clínica no existe ninguna anotación que haga referencia a la aparición de nuevos signos o síntomas o a la modificación de los existentes, que supusieran un compromiso vital que precisara intervención (inmediata) urgente o que fuera necesario realizar otras pruebas complementarias para su diagnóstico.*

*En este caso, la indicación de ecografía abdominal sólo habría estado indicada si se sospecha un CRU complicado, y siempre que exista duda diagnóstica con patologías abdominales, como, por ejemplo, colelitiasis, colecistitis, etc.”.*

Es, de acuerdo con lo expuesto, que se concluye por la Inspección Médica que: “*el análisis de las actuaciones clínicas llevadas a cabo en la atención sanitaria prestada al paciente desde el inicio del proceso asistencial permite objetivar que las decisiones diagnósticas y terapéuticas adoptadas, en función de los signos y síntomas evidenciados en cada momento, fueron adecuadas*”.

Considerando la controversia asistencial que nos ocupa, hemos de tener en cuenta que como ya indicamos, entre otros, en los dictámenes 171/19, de 22 de abril y 87/20, de 27 de febrero, es evidente que el diagnóstico clínico es un proceso sumamente complejo, que se realiza en función de los síntomas que presenta cada paciente y de la manifestación de los mismos, que permiten al facultativo decidir la realización de pruebas diagnósticas que, a su vez, perfilan el diagnóstico final.

En este sentido, como destaca la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 13 de enero de 2022 (procedimiento 640/2018): “*la fase de diagnóstico es una de las más importantes y difíciles de la práctica médica a la que se llega después de un proceso de aproximaciones sucesivas que requiere del examen de la historia clínica, la exploración física y las pruebas complementarias pertinentes al caso y que se efectúan progresivamente para llegar al diagnóstico concreto. Se trata de un proceso complejo en el que intervienen muchos factores y en sus primeras fases resulta difícil poder hablar de un error, dado que determinadas sintomatologías pueden sugerir diversas patologías que deben ser, o no, descartadas. No obstante, lo anterior, respecto al error de diagnóstico es importante advertir que para que éste sea generador de responsabilidad es necesario que atendidas las circunstancias del caso y en particular el estado de conocimiento de la ciencia en el momento de producirse el evento lesivo, pueda afirmarse que resultaba factible para el servicio sanitario realizar dicho diagnóstico y que el mismo, de haberse realizado, posibilitara alguna oportunidad de curación. En definitiva, es necesario que la falta de diagnóstico, o bien su error o su retraso sea imputable a la Administración y por ello sea determinante de la lesión del derecho del paciente a un diagnóstico correcto en tiempo oportuno*”.

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

## **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la presente reclamación al no haberse acreditado infracción de la *lex artis ad hoc*.

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 6 de julio de 2023

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 369/23

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid