

Dictamen nº: **143/20**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **19.05.20**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 19 de mayo de 2020, 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. y D. por la asistencia sanitaria prestada a su madre fallecida, Dña., en el diagnóstico y tratamiento de un hematoma aórtico en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos, de Móstoles.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado el día 16 de julio de 2018 dirigido a la Consejería de Sanidad, los interesados antes citados, representados por abogado, formulan reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos por el fallecimiento de su madre, que atribuyen al retraso en el diagnóstico y tratamiento de un hematoma aórtico del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, de Móstoles (folios 1 a 22 del expediente administrativo).

Los reclamantes exponen en su escrito que el día 21 de septiembre de 2017 su madre, de 79 años de edad e independiente para las

actividades básicas de la vida diaria, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos al presentar fatiga general, ausencia de fuerza física, náuseas y falta de apetito de días de evolución. Tras la práctica de una exploración física, una radiografía, un electrocardiograma y un análisis de sangre, la paciente quedó ingresada con los juicios diagnósticos de síndrome icterico y constitucional a estudio, fibrilación auricular (FA) con respuesta ventricular rápida (RVR) de inicio incierto revertida con amiodarona, insuficiencia renal aguda posible prerrenal y coagulopatía leve secundaria.

Refieren que en los días siguientes se le realizaron diversas pruebas: ecografía, TAC abdominal y colangio-RM objetivándose una inflamación de la vía biliar, pautándose tratamiento antibiótico que consiguió mejorar el estado general de la paciente.

Sin embargo, la paciente comenzó a sufrir picos febriles provocados por una infección de origen desconocido que fue tratada con antibiótico que no resultó efectivo.

Por este motivo, manifiestan que el día 6 de octubre de 2017 se realizó un TAC abdominopélvico con contraste que objetivó un extenso hematoma mural aórtico.

Los reclamantes alegan que, ante este diagnóstico, un facultativo les informó que la lesión se había producido con anterioridad y que, *“dado que la vida de su madre no corría peligro al haber ingresado por la sintomatología causada por distinta lesión, el Servicio de Cirugía Vascular y Cardíaca no consideraba que la intervención debiera hacerse de forma ni electiva ni urgente por lo que se pautaron medidas únicamente terapéuticas”*. Refieren que ellos preguntaron si la fiebre y, por tanto, la infección tenía relación con el hematoma mural, a lo que les respondieron que debía hacerse un cultivo pasado el fin de semana. Dicen que en el transcurso de la noche del 6 al 7 de octubre la paciente

estuvo en planta sin que se tomara ningún tipo de medida que permitiera un control y vigilancia en una paciente que padecía una grave patología, limitándose a suministrar el tratamiento antibiótico y la toma de la temperatura corporal. Exponen que el día 7 de octubre se les avisó desde el hospital informando que su madre había sido encontrada en parada cardiorrespiratoria, iniciando las oportunas maniobras de reanimación cardiopulmonar, sin conseguir reanimarla, falleciendo a las 8:45 horas. La autopsia realizada indicó como causa del fallecimiento taponamiento cardíaco y disección aórtica tipo A de la clasificación de la Stanford.

Los interesados alegan que el hematoma intramural aórtico, según la literatura médica, está considerado como un precursor de la disección y tenía que haber sido intervenida. Consideran que *“es indiscutible la vulneración de la lex artis, toda vez que no se han cumplido la obligación de medios inherente a la asistencia sanitaria, descartando la cirugía necesaria y sin control y vigilancia debida a una paciente que padecía una patología grave que entrañaba un peligro para su vida”*.

Los reclamantes cuantifican el importe de la indemnización solicitada en 50.927 €, cantidad resultante de la suma de 40.100 € (20.050 € por 2 hijos) en concepto de perjuicio personal básico, 10.025 € por perjuicio personal particular y 802 € por perjuicio patrimonial.

Acompañan con su escrito escritura de poder general para pleitos otorgada a favor del representante firmante de la reclamación, fotocopia del Libro de Familia, informes médicos del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, informe de la autopsia realizada a la paciente y un artículo de literatura médica con el título *“Tratamiento de los síndromes aórticos agudos”* (folios 23 a 125).

Añaden, por último, la falta de diligencia en la vigilancia y custodia de los datos personales de los pacientes al haber incluido en el CD de las pruebas diagnósticas de la paciente también las de otra persona.

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

La paciente, de 79 años de edad, con antecedentes personales de colecistectomía, hipertensión arterial en tratamiento, insuficiencia mitral y gastritis antral crónica, acudió a su médico de Atención Primaria el día 21 de septiembre de 2017 aquejada de cefalea y vómitos desde hacía dos días, con deterioro del estado general, palidez cutánea, inestabilidad para la marcha y somnolencia, por lo que fue derivada al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

Allí fue atendida a las 12:02 de ese mismo día, 21 de septiembre. A la exploración la paciente presentaba tendencia a la hipotensión 92/66, saturación de O₂ de 95%. *“Escleras con tinte icterico”*. Se solicitaron análisis (hemoglobina 14,8 g/dl), radiografía de tórax, electrocardiograma. Con el juicio diagnóstico de síndrome icterico y constitucional a estudio, fibrilación auricular (FA) con respuesta ventricular rápida (RVR) de inicio incierto revertida con amiodarona, insuficiencia renal aguda posible prerrenal y coagulopatía leve secundaria se acordó su ingreso con tratamiento antibiótico empírico y dieta absoluta a cargo del Servicio de Medicina Interna.

El día 24 de septiembre de 2017 se le realizó una ecografía abdominal *“sin que veamos clara causa obstructiva en este presente estudio”*, *“recomendamos completar con colangio-RM de forma programada”*. También se le efectuó, ese mismo día, un TAC de abdomen cuyo informe concluía con dilatación de la vía biliar extrahepática, derrame pericárdico, derrame pleural bilateral. En la historia clínica, aparece el informe completo de dicha prueba

diagnóstica en el que, entre otras observaciones, figuraba *“pequeño trombo mural en aorta descendente y abdominal, con diámetro de 28 mm. No signos de complicación en el estudio actual”*.

Al día siguiente, 25 de septiembre de 2017 se realizó la colangio-RM, con valoración muy limitada por importantes artefactos por movimientos, mostró leve ectasia de la vía biliar intrahepática y dilatación de la vía biliar extrahepática. En la analítica realizada el nivel de hemoglobina era de 9,1 gr/dl.

El día 26 de septiembre la paciente presentaba mejoría de cifras tensionales, afebril, aunque el día anterior había tenido un pico febril. En la exploración, presentaba menor ictericia cutánea y regular estado general. Hemodinámicamente había mejorado y el perfil hepático iba mejorando lentamente con bilirrubina ya normal y ggt en descenso.

Con fecha 27 de septiembre de 2017 la paciente presentó febrícula y tenía *“datos de una flebitis de pequeño tamaño en el miembro superior izquierdo”*. Clínicamente se encontraba estable, con aceptable estado general y exploración normal salvo crepitantes en las bases. Se solicitó interconsulta a Digestivo para aclarar los hallazgos radiológicos de la colangio-RM.

Según la anotación de la historia clínica correspondiente al 28 de septiembre, el día anterior había presentado nuevo pico febril. La paciente refería encontrarse mejor. En la mano derecha tenía una flebitis *“ya ha tenido dos muy importantes ayer y antes de ayer”*. A nivel analítico el perfil hepático iba mejorando, con tendencia progresiva a la resolución de la colestasis con bilirrubina completamente normal. Sin embargo, la PCR estaba ligeramente mayor y presentaba algo de coagulopatía. Hablado con Digestivo, se programó ecoendoscopia de forma ambulatoria para octubre. Se extrajeron hemocultivos que se

relacionaban con las flebitis múltiples que había presentado, solicitándose analítica y ordenando el recambio de la vía.

El 29 de septiembre de 2017 se anotó que la paciente había presentado nuevo pico febril el día anterior, *“pero nuevamente se había cambiado hacía poco la vía por una flebitis”*. Hemodinámicamente y a nivel clínico había mejorado. A la exploración física la paciente continuaba con crepitantes en las bases, no se objetivaba flebitis. La analítica también continuaba mejorando. A la vista del nuevo pico febril se añadió vancomicina. *“Sigo sin tener percepción de que el origen de la fiebre sea por mala evolución de la colangitis, aunque si persiste habrá que reevaluar y plantear CPRE”*. Se solicitó control analítico para el lunes siguiente y placa de control para evaluar otros posibles focos de fiebre.

Según la anotación de la historia clínica del lunes, 2 de octubre de 2017, el día anterior había tenido *“nuevamente fiebre, pero nuevamente ha presentado una flebitis enorme en la mano derecha que hoy persiste de gran tamaño (a pesar de que ayer le retiraron la vía)”*. No había grandes alteraciones en la exploración, salvo los crepitantes en las bases y la flebitis, en la analítica el perfil hepático estaba normalizado completamente. Los hemocultivos del día 27 seguían negativos. A la vista de la mejoría y las flebitis se decidió administrar la medicación, incluido tratamiento antibiótico por vía oral, y retirar las vías periféricas.

El día 3 de octubre de 2017 la paciente presentaba febrícula, pero *“la tendencia es a la baja desde ayer”*. Hemodinámicamente estable, con mejor estado general que el día anterior, dolor en la zona de la flebitis. En la exploración, mínimos crepitantes en bases, flebitis en mano derecha aún importante con calor y eritema local, resto de la exploración normal. Los hemocultivos resultaron *“definitivamente*

negativos”. “Mantengo actitud tomada ayer, mañana control analítico en espera de evolución de la fiebre”.

Según resulta de la anotación de la historia clínica del 4 de octubre de 2017, ese día persistía la fiebre y la paciente había presentado hipotensión el día anterior. Continuaba algo postrada, *“pero en general refiere encontrarse bien y no tiene ninguna sintomatología en la anamnesis por aparatos y sistemas”*. Persistía pequeña zona de flebitis, resto de la exploración normal. *“La flebitis prácticamente está resuelta y es llamativo lo elevado de la fiebre para que sea justificada por la misma. Analíticamente hoy tiene mayor coagulopatía y PCR en ascenso de 20. Mantiene buena función renal y no tiene trombopenia ni otras alteraciones”*. Se extrajeron nuevos hemocultivos, se pautó nuevamente tratamiento antibiótico y se solicitó TC de tórax y abdomen para descartar otros focos infecciosos. Ese mismo día por la tarde se tuvo que avisar al médico de guardia por malestar. La paciente refería sudoración profusa y mareo inespecífico. Había tenido un pico febril a primera hora y *“veo que lleva con fiebre vespertina diaria”*. Tras la exploración se indicó como plan *“vigilancia, control fiebre”*.

El día 5 de octubre de 2017 la paciente estaba afebril a primera hora de la mañana, pero nuevamente febril al final de la misma. En la exploración casi sin crepitantes en las bases, abdomen anodino, la flebitis de la mano derecha estaba prácticamente resuelta. Pendiente de hemocultivos y las pruebas diagnósticas solicitadas.

Con fecha 6 de octubre de 2017 persistían picos febriles y estabilidad hemodinámica. La paciente se encontraba relativamente bien, asintomática por completo salvo astenia y algo de anorexia. Volvía a tener una flebitis en la vía de la mano izquierda. Se le realizó el TC toraco-abdomino-pélvico con contraste que mostró un aumento de la totalidad de la aorta con imagen sugestiva de hematoma mural crónico que se extendía desde la raíz aórtica hasta la bifurcación iliaca y por el

origen de los troncos supraórticos. *“No se identifica flap intimal por lo que es menos probable que corresponda a una disección crónica”*. El informe concluía: *“Extenso hematoma mural aórtico según descripción en origen de aorta ascendente e infrarrenal. Ver descripción. Resolución prácticamente completa del derrame pericárdico y pleural izquierdo. Resto de alteraciones superponibles a TAC previo”*.

Se añadió al informe lo siguiente:

«Revisando TAC tiene dos imágenes, la primera en origen de aorta ascendente y la segunda en zona infrarrenal que impresionan más de disección. También en la zona de aorta torácica descendente y aorta abdominal, llama la atención la superficie regular del “trombo” por lo que me inclino más por disección tipo A o hematoma mural que por trombosis o úlcera. Valorar por cirugía cardiovascular (CCV)»

Realizada interconsulta con cirugía cardiovascular, a las 18:36 horas del día 6 de octubre de 2017 se anotó en la historia clínica:

“Teniendo en cuenta la edad de la paciente, que ha acudido a nuestro centro por sintomatología no relacionada con esta entidad, y que una hipotética cirugía electiva sobre la aorta supondría un riesgo tan elevado que la contraindicaría, consideramos oportuno adoptar medidas terapéuticas y descartar de manera definitiva cualquier intervención quirúrgica.

Así se lo explico al hijo y sobrino de la enferma, los cuales comprenden perfectamente, asumen la situación y están de acuerdo en lo anteriormente expuesto.

Sugiero control tensional y ausencia de grandes esfuerzos por parte de la paciente cuanto esta tenga alta al domicilio”.

En la anotación realizada por el Servicio de Medicina Interna a las 18:54 horas se hizo constar:

“un trombo desde aorta ascendente hasta iliacas con ulceraciones que impresiona crónico”. “A pesar del aspecto de cronicidad, dada la envergadura de la lesión, comento con cirugía vascular y cirugía cardíaca que desestiman la necesidad de cirugía urgente, incluso dada la edad de la paciente, la realización de una cirugía electiva”.

Se procedió a la colocación de un PICC (inserción periférica de catéter central) por los malos accesos venosos y la gran tendencia a realizar flebitis. Continuó el tratamiento antibiótico y estaba pendiente de ecocardiograma transtorácico y de los hemocultivos.

En la anotación realizada por Enfermería a las 21:11 horas la paciente presentó hipertensión (169/93) y taquicardia. Presentó pico febril de 39° C. *“Administro paracetamol y mejora. Portadora de PICCA en miembro superior izquierdo permeable. Glucemia controlada. Pendiente de ecocardio. Acompañada”.*

A las 7:20 horas la enfermera escribió: *“Pasa la noche tranquila, sin incidencias. Constantes estables, presenta fiebre 39,2°C, a las 00 horas se administra paracetamol iv, no refiere dolor”.*

Al día siguiente, 7 de octubre de 2017, a las 8:45 horas de la mañana avisaron por parada cardiorrespiratoria. La paciente había pasado bien la noche, las últimas constantes, según la historia clínica, *“estabilidad hemodinámica aunque febril. En el momento de la toma de constantes la encuentran en parada cardiorrespiratoria y se comienza con resucitación cardiopulmonar (RCP) avanzada, junto a UCI. Primer ritmo disociación EM posteriormente asistolia. Tras 20 minutos de RCP avanzada, con desconocimiento de tiempo de evolución, se decide finalizar maniobras”.*

Confirmado el éxitus, se informó a su hijo y se solicitó autopsia clínica. El informe de la autopsia diagnosticó taponamiento cardíaco y disección aórtica tipo A de la clasificación de la Standford (aorta ascendente arco y extensión a aorta descendente).

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 (LPAC).

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 LPAC, se ha incorporado al expediente un informe de los Servicios de Urgencias y Medicina Interna del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, de 27 de julio de 2018 (folios 724 a 726) que describe la asistencia sanitaria prestada a la paciente y concluye:

“Por todo ello, considero que las atenciones prestadas a la paciente por parte del Servicio de Urgencias/Medicina Interna del Hospital Universitario Rey Juan Carlos han sido, en todo momento, correctas y ajustadas a lex artis, todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos fueron adecuados en cada consulta a la evolución que iba presentando la enfermedad, la cual marca la trayectoria a seguir. No existe ningún argumento que pueda sustentar una mala práctica médica en el Servicio de Urgencias/Medicina Interna y que pueda asociarse a un daño o empeoramiento en el pronóstico de la paciente”.

Asimismo, ha emitido informe el Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital Universitario Rey Juan Carlos (folios 727 a 733) que, con fecha 1 de agosto de 2018 que concluye:

«1) La paciente Dña (...) ingresó en HRJC por un cuadro infeccioso sistémico.

2) El diagnóstico de “hematoma intramural aórtico” fue un hallazgo.

3) La paciente no tenía síntomas ni signos clínicos ni radiológicos de síndrome aórtico agudo; se trataba de un proceso crónico.

4) La decisión del tratamiento más adecuado para cada paciente ha de ser individualizado. En el caso de (...), se trataba de una paciente de 79 años de edad, con síndrome infeccioso activo no resuelto, mala situación general y en el que una cirugía tan compleja y agresiva como la requerida para cambiar la aorta ascendente y parte del cayado estaba totalmente contraindicada y el riesgo era claramente mayor que el del tratamiento conservador.

5) Las opciones terapéuticas fueron planteadas a la paciente y posteriormente al hijo y al sobrino, quienes entendieron y estuvieron de acuerdo en el planteamiento.

6) El tratamiento médico conservador se utiliza actualmente en el 15-20% de todos los pacientes que acuden con hematoma intramural y en más del 40% de los pacientes de la edad de (...).

7) Es imposible garantizar que “la vida de una persona no corre peligro”: podemos garantizar que es la mejor opción terapéutica, absolutamente de acuerdo a las guías de actuación clínica.

Por todo ello, consideramos que el tratamiento propuesto y explicado a la propia paciente y a sus familiares (hijo y sobrino) fueron perfectamente acordes a la lex artis”.

Además, también ha emitido informe el jefe de Servicio de Cirugía Vascular que, con fecha 30 de julio de 2018, informa que “el tratamiento quirúrgico de la patología que afecta a la aorta ascendente corresponde en el Hospital Universitario Rey Juan Carlos al Servicio de Cirugía Cardiovascular, siendo los profesionales de este servicio los que

deben determinar la necesidad de intervención y la prioridad de la misma.

La patología descrita en la TAC corresponde a una lesión tipo A según la clasificación de Stanford, ya que implica a la aorta ascendente, con independencia de si existe o no afectación del resto de la aorta. En el caso de disecciones aórticas de tipo A o las consideradas como lesiones precursoras de la disección (hematomas intramurales o úlceras aórticas penetrantes) con afectación de la aorta tóraco-abdominal, como la que presentaba la paciente, puede ser preciso el tratamiento de toda la aorta afectada, lo que se llevaría a cabo en una segunda intervención tras la corrección de la lesión proximal en fase aguda por parte del Servicio de Cirugía Cardiovascular. En dichos casos, la intervención compete al Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, realizándose en la mayoría de las ocasiones en colaboración con los citados cirujanos cardiovasculares”.

El informe del Servicio de Cardiología Vascular añade que “la presencia de patología no complicada a nivel de la aorta infrarrenal podría suponer una indicación de cirugía, si bien únicamente se justificaría su realización tras la reparación de la aorta ascendente.

Por tanto, la recomendación de la Dra. (...) de solicitar valoración por parte del Servicio de Cirugía Cardiovascular se ajusta a la práctica habitual y no supone por su parte conducta descuidada ni una vulneración de los derechos de la paciente”.

Se ha incorporado al procedimiento el informe la Inspección Sanitaria de fecha 21 de marzo de 2019 (folios 749 a 759) que analiza la asistencia sanitaria prestada a la paciente y concluye que el fallecimiento de la paciente “fue evitable y que se produjo a consecuencia de la mala praxis en su atención sanitaria durante todo su ingreso en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Rey Juan Carlos”.

Figura también en el expediente un dictamen pericial de valoración del daño corporal emitido por un médico valorador del daño corporal a instancia de la aseguradora del SERMAS que, con fecha 25 de abril de 2019 concluye que *“cada uno de los reclamantes tendría derecho a una indemnización de 20.451€, que debería incrementarse hasta los 25.463,50 € de considerarse acreditado que la madre era el único progenitor vivo. Siendo el montante total de la indemnización de 50.927 €”*.

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes y de la historia clínica, se ha evacuado el oportuno trámite de audiencia. Con fecha 19 de agosto de 2019 los reclamantes presentan escrito de alegaciones en las que consideran acreditada la existencia de mala praxis y aportan certificado médico de defunción y certificado del Registro Civil para demostrar el fallecimiento del padre de los reclamantes y que, por tanto, les corresponde la indemnización de 50.927 € (25.463,50 € para cada uno de los hijos).

También ha presentado alegaciones con fecha 10 de septiembre de 2019 el gerente del Hospital Universitario Rey Juan Carlos que insiste en que la asistencia sanitaria prestada a la paciente fue ajustada a la *“lex artis”*.

Con fecha 21 de noviembre de 2019 el representante de los reclamantes solicita el impulso del procedimiento de responsabilidad patrimonial.

Finalmente, se ha formulado propuesta de resolución por el viceconsejero de Sanidad (folios 791 a 794) con fecha 16 de diciembre de 2019 por la que se estima la reclamación reconociendo una indemnización de 50.927 €, a actualizar a fecha de la resolución que ponga fin al procedimiento.

CUARTO.- Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 21 de febrero de 2020 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 121/20, a la letrada vocal Dña. Rocío Guerrero Ankersmit que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 19 de mayo de 2020.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación en soporte CD, adecuadamente numerada y foliada, que se considera suficiente.

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 € por 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).

Se advierte que el presente procedimiento quedó suspendido en virtud de la disposición adicional 3ª del Real Decreto 463/2020, de 14

de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, prorrogado por el Real Decreto 514/2020, de 8 de mayo.

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, 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 hijos de la paciente fallecida ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 32.1 de la LRJSP, en cuanto que son familiares de la persona que recibió la asistencia sanitaria que consideran incorrecta (como acredita la fotocopia del Libro de Familia aportada) y cuyo fallecimiento le ocasionó un indudable daño moral.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid en cuanto que el Hospital Universitario Rey Juan Carlos es un centro concertado con la Comunidad de Madrid. En este punto cabe indicar que es imputable a la Administración sanitaria la responsabilidad por el funcionamiento de los servicios públicos en el seno de las prestaciones propias del Sistema Nacional de Salud, sea cual fuere la relación jurídica que la une al personal o establecimientos que directamente prestan esos servicios, sin perjuicio de la facultad de repetición que pudiera corresponder. En este sentido se ha manifestado esta Comisión Jurídica Asesora en diversos Dictámenes (112/16, de 19 de mayo, 193/17, de 18 de mayo, 107/18, de 8 de marzo y 414/19, de 17 de octubre) asumiendo la reiterada doctrina del Tribunal Superior

de Justicia de Madrid expresada, entre otras, en las Sentencias de 30 de enero (recurso 1324/2004, Sala de lo contencioso-Administrativo, Sección 8ª) y de 6 de julio de 2010 (recurso 201/2006, Sala de lo Contencioso- Administrativo, Sección 9ª).

Actualmente, tras la derogación de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), no existe un precepto equivalente a la disposición adicional duodécima de la citada norma. No obstante, debe tenerse en cuenta lo resuelto por la Sentencia de 22 de mayo de 2019 del Tribunal Superior de Justicia de Canarias (recurso de apelación 69/2019) al declarar:

“Lo más decisivo es que la gestión indirecta del servicio público de salud mediante un contrato público de gestión de servicios no elimina la responsabilidad directa del titular del servicio público que sigue siendo garante y responsable del funcionamiento del servicio en relación con los daños y perjuicios causados al perjudicado y beneficiario del mismo sin perjuicio de repetir contra el centro sanitario subcontratado cuya responsabilidad solidaria puede ser declarada por la Administración en el mismo proceso administrativo de responsabilidad patrimonial (STS 20 noviembre 2018 168517).

No se trata sólo de la ejecución de un contrato administrativo por un contratista que perjudica a un tercero que ninguna relación jurídica tenía con la Administración contratante. La responsabilidad patrimonial se origina por la prestación de un servicio público por un particular, pero por cuenta y encargo de la Administración a quien le viene obligada su prestación y no se le exime de responsabilidad ya que se enjuicia el servicio público mismo con independencia de quien lo preste”.

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, fallecida la paciente el día 7 de octubre de 2017, la reclamación se presenta el día 18 de julio de 2018, por lo que no cabe duda de que está formulada en plazo.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se ha solicitado el informe preceptivo previsto en el artículo 81 LPAC, esto es, al Servicio de Urgencias y Medicina Interna, al Servicio de Cirugía Cardíaca y al Servicio de Cirugía Vascular del Hospital Universitario Rey Juan Carlos. También consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria y se ha unido al procedimiento la historia clínica.

Después de la incorporación al procedimiento de los anteriores informes y documentos, se ha dado audiencia a todos los interesados en el procedimiento, que han efectuado alegaciones.

Posteriormente, se ha dictado propuesta de resolución estimatoria de la reclamación de responsabilidad patrimonial.

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 LRJ-PAC.

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 la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada *“lex artis”* se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 4ª) de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal, por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (recurso de casación núm. 4229/2011) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010) que *«no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del*

enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente”, por lo que “si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido” ya que “la ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”».

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, como señalan las Sentencias de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010) y de 27 de abril de 2015, (recurso de casación núm. 2114/2013), en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales *“puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido”*, cabe entender conculcada la *lex artis*, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal.

QUINTA.- Aplicada la anterior doctrina al presente caso, resulta acreditado el fallecimiento de una persona, que provoca un *“daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto”* (Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de noviembre de 2004 -recurso 7013/2000- y en similar sentido la Sentencia de 25 de julio de 2003 -recurso 1267/1999).

Probada la realidad del daño, resulta necesario examinar si existe relación de causalidad entre este y la asistencia sanitaria prestada por el Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron al paciente, debemos partir de lo que constituye 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 la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 20 de septiembre de 2016 (recurso 60/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

En el presente caso, los interesados aportan con su reclamación un artículo de literatura médica sobre el tratamiento de los síndromes aórticos agudos en el que se indica que el tratamiento más adecuado para el hematoma intramural es el quirúrgico y no el médico, que tiene una mortalidad precoz del 55%.

Frente a los tres informes emitidos por los servicios de Urgencias y Medicina Interna, así como de Cirugía Cardíaca y Cirugía Vascular, que sostienen que la asistencia sanitaria prestada a la paciente fue correcta y conforme la *“lex artis”*, en el que el diagnóstico de hematoma intramural aórtico fue un hallazgo realizado el día 6 de octubre de 2017 y que los síntomas por los que la paciente acudió al Servicio de Urgencias no estaban relacionados con una patología aguda de la aorta, el emitido por la Inspección Sanitaria considera de forma clara y concluyente que la atención sanitaria prestada a la paciente durante todo su ingreso en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Rey Juan Carlos fue contraria a la *lex artis*. Se apoya, para alcanzar esta conclusión, en los datos de la historia clínica.

Según pone de manifiesto la médico inspector, en el primer TAC abdominal efectuado a la paciente el día 24 de septiembre de 2017, ya se diagnosticaba un *“pequeño trombo mural en la aorta descendente y abdominal”* que no se incluyó en las conclusiones del informe del TAC *“ni se realizó su seguimiento clínico y de imagen (documento anexo n° 3), a pesar de haber sido incluido en las pruebas complementarias de la lista de notas (documento anexo n° 4) y a pesar de que los datos de la analítica indicaban que existía una hemorragia cuyo origen no se localizaba”*. Tampoco lo hizo el día 25 de septiembre, aunque el médico repasó el informe del TAC que hablaba del trombo aórtico y a pesar de que ese día, cuatro días después de su ingreso en el hospital, el nivel de hemoglobina era de 9,1 gr/dl, es decir, 5,7 gr/dl menos que en la fecha de su ingreso, que tenía 14,8 gr/dl.

La médica inspectora, antes de emitir su informe, solicitó que se le remitieran las hojas de tratamiento de la paciente, que no aparecían en la historia clínica y que se han incorporado a esta. De las hojas de tratamiento resulta acreditado que la paciente fue tratada con enoxaparina 60 mg/6000 UI desde el 22 de septiembre de 2017 hasta el 7 de octubre de 2017, esto es, durante 15 días estuvo tratada con un fármaco anticoagulante contraindicado en sangrado activo clínicamente significativo y enfermedades de alto riesgo de hemorragia, incluyendo aneurismas vasculares.

Según la médica inspectora, la disminución del nivel de hemoglobina era signo evidente de hemorragia, *“cuyo origen buscaron los clínicos que la atendieron pero no encontraron”*. Dice el informe:

“La hemorragia se estaba produciendo desde la luz de la aorta hacia el interior de sus paredes, tanto descendente como ascendente, y el hematoma que se iba produciendo fue disecándola tanto hacia aorta descendente torácica y abdominal como hacia aorta ascendente hasta llegar al espacio entre el pericardio y el

miocardio y producir el taponamiento cardíaco que le ocasionó la muerte, al impedir que el miocardio pudiera seguir trabajando al estar sometido a la presión de la sangre acumulada”.

De conformidad con el informe de la Inspección Sanitaria, el hematoma mural afectó tanto a la aorta descendente como a la ascendente, por lo que se requería tratamiento quirúrgico urgente y, en consecuencia, los profesionales que atendieron a la paciente no hicieron el seguimiento ni el tratamiento adecuado.

El informe de la Inspección Sanitaria realiza afirmaciones muy rotundas con relación a la mala praxis de los profesionales que atendieron a la madre de los reclamantes al decir:

“Tampoco se tuvo en cuenta que una de las patologías que presentaba, la hipertensión arterial, es el principal factor etiológico de hematoma intramural. Por otra parte, el tratamiento anticoagulante con heparina pudo contribuir al crecimiento del hematoma intramural, al facilitar la hemorragia que ya se estaba produciendo entre las paredes de la aorta. A pesar incluso de la sospecha de la existencia de una hemorragia cuyo origen no se encontraba, no se suspendió la administración de heparina y se le administró durante todo el ingreso, a causa de un diagnóstico erróneo de coagulopatía secundaria. ¿Secundaria a qué?”.

En otro de los párrafos la médica inspectora manifiesta:

“El cuadro de sepsis del que fue diagnosticada nunca existió, todos los hemocultivos que se hicieron a lo largo del ingreso fueron negativos. Tampoco los cultivos de orina dieron resultados positivos. Sin embargo, se mantuvieron los tratamientos y no se hizo un diagnóstico diferencial correcto para descartar otras posibilidades diagnósticas”.

Asimismo, el informe destaca el escaso seguimiento a la paciente, que presentaba cuadros de hipotensión con sudoración que indicaban la necesidad de un seguimiento clínico adecuado, entre el viernes 29 de septiembre de 2018 a las 15:32 horas y el lunes 2 de octubre a las 16:40 horas, no fue atendida por ningún profesional médico.

En respuesta al informe del Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital Universitario Rey Juan Carlos que afirma que teniendo en cuenta la edad de la paciente que había acudido al centro por patología no relacionada con hematoma intramural y el riesgo tan elevado que habría supuesto para ella una hipotética cirugía electiva, el informe de la Inspección Sanitaria dice:

“De haberse hecho un buen diagnóstico diferencial desde el principio del ingreso, no se podría decir la paciente ha acudido a nuestro centro por patología no relacionada con el hematoma intramural, porque tanto la sintomatología que presentaba desde hacía dos días cuando acudió a su centro de salud y al Servicio de Urgencias el 21 de septiembre de 2017 como la analítica de este último son compatibles con el diagnóstico de hematoma aórtico intramural.

De haber tenido en cuenta el hematoma mural que se veía en el TAC del 24 de septiembre de 2017 el mismo día, las condiciones de la paciente no habrían empeorado y podría haber sido intervenida”.

Frente a las categóricas conclusiones del informe de la Inspección Sanitaria, el Hospital Universitario Rey Juan Carlos, al que se ha dado traslado del citado informe en el trámite de audiencia, no ha presentado ninguna otra prueba que desvirtúe lo afirmado en dicho informe y que acredite que se actuó conforme a la *lex artis*.

SEXTA.- Procede pronunciarse sobre la concreta valoración de los daños solicitados.

A estos efectos se ha de tener en cuenta, con carácter orientativo, el baremo establecido en 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.

Los interesados solicitan una indemnización de 50.927 €, cantidad que coincide con la valoración realizada en el informe de valoración del daño corporal realizado por un especialista en esta materia, a instancia de la aseguradora del SERMAS, *“de considerarse acreditado que la madre era el único progenitor vivo”*, de acuerdo con las reglas de valoración establecidas en el baremo.

En el trámite de audiencia los reclamantes han acreditado esta circunstancia mediante la aportación del certificado de defunción de su padre, fallecido el día 18 de diciembre de 2011, por lo que la propuesta de resolución reconoce también la cantidad de 50.927 €.

En consecuencia, corresponde a los reclamantes la cantidad de 50.927 €, que recoge la propuesta de resolución, cantidad que deberá ser actualizada a la fecha que se ponga fin al procedimiento de conformidad con lo dispuesto en el artículo 34.3 de la LRJSP.

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

CONCLUSIÓN

Procede estimar la reclamación presentada y reconocer a los interesados una indemnización de 50.927 €, cantidad que deberá ser actualizada a la fecha 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 19 de mayo de 2020

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 143/20

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid