

Dictamen nº: **370/20**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **08.09.20**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 8 de septiembre de 2020, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en relación con la reclamación formulada por Dña. (en adelante, “*la reclamante*”) por los daños y perjuicios sufridos, que atribuye a la administración de un contraste en la realización de un TAC en el Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- La reclamante presentó el 18 de enero de 2019 en el registro del Servicio Madrileño de Salud, un escrito en el que formula una reclamación por la atención sanitaria prestada en el Hospital Universitario Severo Ochoa (HUSO) y solicita un abogado de oficio.

En él expone que el 3 de junio de 2015 acudió a Urgencias del HUSO por dolor abdominal, que se le realizó un TAC con inyección de contraste y que quedó ingresada, “*con tratamiento antibiótico unos 15 o 20 días*”. Que tras darle el alta e ir a su casa, a los dos días, “*amaneció con todo el cuerpo lleno de manchas violáceas*”, y que volvió al citado hospital y allí “*perdí el conocimiento y desperté en la UCP*”; que después volvió a perder el

conocimiento y *“desperté en el hospital de Getafe con toda la piel necrosada”*.

En cuanto a los hechos objeto de reclamación, señala que *“los informes hospitalarios se contradicen en fechas y diagnósticos ya que dicen que yo ingresé con púrpura fulminante”*. Relata que todo esto le produjo daños físicos a ella y psíquicos a sus hijos teniendo que ser atendida por Cirugía Plástica y Reparadora en el Hospital de Getafe, siendo su última intervención quirúrgica el 5 de noviembre de 2018.

Entiende que concurren los requisitos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, particularmente el nexo causal entre la aplicación del contraste iodado en la prueba diagnóstica y las graves secuelas corporales que padece.

Aporta fotografías de su cuerpo y diversa documentación médica del Hospital Universitario de Getafe (folios 1 a 11 del expediente administrativo) y no concreta la indemnización para la reparación de los daños y perjuicios irrogados.

Posteriormente, en escrito firmado el 19 de septiembre de 2019 y presentado en el registro del SERMAS el 11 de noviembre de 2019, solicita una indemnización de 425.423 € (Folios 649 y ss).

SEGUNDO.- En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo, al que se ha incorporado la historia clínica de la paciente, ha puesto de manifiesto los siguientes hechos de interés para la emisión de este dictamen:

1.- Como antecedentes más significativos consta que la reclamante de 55 años de edad, acude a Urgencias del HUSO el día 20 de abril de 2015, por dolor abdominal, malestar general, fiebre y úlcera aftosa oral. Tiene antecedentes de fumadora activa y asma alérgico. Las molestias abdominales empezaron el 13 de abril en que acudió a su médico de

cabecera. Señala que ha perdido unos 6 kilos de peso desde el inicio del dolor. *“No refiere diarrea, ni nauseas ni vómitos. No lesiones cutáneas ni síntomas neurológicos respiratorios, ni urinarios”*. En la exploración física: *“consciente y orientada en las tres esferas. Paciente poco colaboradora, expresa quejas continuas”*. En Urgencias se le hacen analíticas, gasometría venosa, RX tórax: índice cardotorácico normal. No pinzamiento de senos; TC abdomen: Discreta hepatoesplenomegalia, discreta dilatación de yeyuno. Colectomía. Discreta dilatación de asas de intestino delgado (sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal).

Desde el día 24 de abril al 5 de mayo de 2015 permanece ingresada en el Servicio de Medicina Interna (folios 148 y ss). El 4 de mayo de 2015, se realiza inspección anal y colonoscopia. Diagnóstico endoscópico: Pólipos extirpados. Hemorroides grado III (folio 354).

El 5 de mayo se le da de alta: *“ha experimentado una mejoría de los dolores abdominales, así como desaparición de los reactantes de inflamación, sospechamos enfermedad de Crohn que no hemos podido documentar en la colonoscopia”*. Diagnóstico: *“enfermedad inflamatoria intestinal, probable enfermedad de Crohn o ileitis localizada”*.

El 29 de mayo acude al hospital para la gastroscopia. Diagnóstico: *“hernia de hiato por desplazamiento (...)”*. (Folio 298).

Acude el 1 de junio al Servicio de Medicina Interna, afirma tener fiebre y aumento de las lesiones sugerentes de livedo reticulares: *“Sugiero que acuda a urgencias con el presente informe”*.

2.- El día 2 de junio de 2015 a las 23.05 horas acude a Urgencias del hospital. En el Triage consta *“mal estado general. Dolor moderado”*. El diagnóstico provisional es *“fiebre y lesiones cutáneas”* (folios 309 y 310).

A las 10 horas del día 3 de junio se decide el ingreso urgente en la UCI por *“Disminución del nivel de conciencia + púrpura fulminans”* (folios 209 y ss). *“Paciente ingresa procedente de urgencias por deterioro del nivel de conciencia, aparición de lesiones purpúricas y fiebre. Refiere que hace 7 días presenta fiebre (38,5), sin tiritona, ni escalofríos; desde hace 5 días presenta dolor abdominal difuso, asociado a cuadro de diarreas 4-6 deposiciones, alguna con rectorragia y coágulos. Además, nota aparición de lesiones violáceas desde hace 3 días, en forma simétrica, que empieza sobre mama izquierda y se extienden hacia región lumbar, muslos y piernas, se asocia a dolor tipo quemazón. Presenta también lesiones eritematosas en codos y brazos. Niega dificultad respiratoria o artralgias. Nos avisan para valorar a la paciente y ante la presencia de las lesiones purpúricas, fiebre y somnolencia se decide ingreso urgente en nuestro servicio”*.

Las pruebas de imagen que se le realizan son: RxT (control de vía central) ICT normal, no imágenes de consolidación ni derrame. ECG: ritmo sinusual normal.

Evolución en UCI: *“Se continua con el tratamiento antibiótico iniciado en Urgencias. Se realiza biopsia de piel que se envía a anatomía patológica y microbiología. A la espera de estos resultados y de la analítica pendiente, y de acuerdo con Reumatología, se inicia tratamiento con corticoides”*.

La paciente está estable, afebril, no precisando cuidados intensivos, por lo que pasa a planta para continuar estudio y tratamiento. Alta en la UCI el 5 de junio de 2015. Juicio clínico: Purpura Fulminans (folio 212).

Desde ese día reingresa en Medicina Interna donde permanece hasta el 18 de junio. *“La paciente refiere que desde aproximadamente el 26 de mayo, fiebre vespertina de 38,5, sin escalofríos, a lo que se añadió el día 27 dolor abdominal genera cólico con diarrea de 4-6 deposiciones al día, blanda y sin moco, y desde el día 1 de junio rectorragia con coágulos. Además, desde finales de mayo, aparición de extensas lesiones en piel en*

miembros inferiores de hasta 10 x 5 cm, dolorosas, y lesiones eritematosas semejantes en mamas, sobretudo la izquierda. Ni vómitos ni alteraciones urinarias ni sudor. La paciente niega consumo de cocaína en años. Consume habitualmente hierba sanguinaria". Rx torax normal. Evolución: ha desarrollado una escara necrótica en los muslos (sobre todo en muslo izquierdo cara interna) muy dolorosa. Consultada con cirugía, recomiendan limpieza, Silvederma, cubrir y traslado urgente a Cirugía Plástica). Diagnósticos: púrpura fulminante por enterobacter aerógenes (...).

El 18 de junio de 2015 se le da el alta para traslado al Hospital Universitario de Getafe (HUG) por lesiones necróticas extensas secundarias a púrpura fulminans.

3.- A partir del 19 de junio la paciente es atendida en el HUG donde ingresa ese día en el Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora y permanece hasta el 22 de julio de 2015 (folios 95 a 97). El diagnóstico principal es de necrosis cutánea secundaria a púrpura fulminans que afecta al 16.5% de la superficie total cutánea, localizadas en: tronco anterior (1%); tronco posterior (1.5%) miembro inferior derecho (4.5%); miembro inferior izquierdo (7%) y glúteos (2.5%). En cuanto a la profundidad son todas dérmicas de espesor total. La paciente ingresa en la Unidad de Grandes Quemados y es sometida a los protocolos habituales de tratamiento (fluidoterapia, sedoanalgesia, nutrición...).

Consta que con fecha 22 de junio de 2015, la paciente firma el consentimiento informado para tratamiento quirúrgico de úlceras necróticas. La intervención se realizó el día 23 de junio y se practicaron las curas correspondientes de los injertos implantados y con fecha 25 de junio, se informa a la paciente que ha sido necesario la extirpación de mama izquierda y su implante (tal y como consta en el consentimiento como posible complicación) de prótesis.

Dada la buena evolución pasa a planta de Cirugía Plástica el 9 de julio de 2015. Tras sucesivas curas se precisa nueva intervención quirúrgica para cobertura en región lumbar. Tras estudios preoperatorios que no contraindican la cirugía (...) “se realiza ET hasta plano sano en región lumbar izquierda (1%) y región trocántera izquierda (0.5%). Hemostasia rigurosa y cobertura con autoinjerto mallado 1 x 1.5 tomado de región lumbar izquierda (1%). Esponja grapada. Vendaje”.

El 22 de julio de 2015 se le da de alta a domicilio por mejoría.

4.- Ya en el año 2016, en el HUG en el Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora se procede a la intervención para la reconstrucción mamaria firmando un consentimiento informado el 11 de febrero de 2016 (folio 75). Es intervenida el día 13 de junio (folios 98 y ss): “Dada la buena evolución de la paciente, es dada de alta 24 horas después de la intervención debiendo acudir a consultas externas de Cirugía Plástica el 16.06.2016 para curas”.

El 5 de diciembre de 2016, firma el consentimiento informado para la reconstrucción de la areola y pezón (folio 83); con posterioridad consta el seguimiento en Consultas Externas de Cirugía Plástica y Reparadora para el tratamiento de las secuelas que le produjo la púrpura fulminans.

Las últimas intervenciones quirúrgicas que constan en el HUG son el 13 de noviembre de 2017 (folios 121 y ss) “Lipofilling cara anterior muslo derecho y trocánter izquierdo” y el 5 de noviembre de 2018 (folios 133 y ss), tiene lugar la última intervención quirúrgica por secuelas de purpura fulminans con extirpación de cicatriz.

TERCERO.- A raíz de la formulación del escrito de reclamación se ha instruido el correspondiente procedimiento de responsabilidad patrimonial. y se han solicitado los informes que se consideraron pertinentes, de los que se destacan los siguientes particulares.

Consta el informe del Servicio de Dermatología del HUSO de fecha 20 de febrero de 2019, en el que se indica que el paciente (sic) *“fue valorado por dermatología con el diagnóstico de sospecha de púrpura fulminans y se realizó una biopsia que fue informada como: Piel con vasculopatía trombotica superficial y profunda, sin reacción inflamatoria relevante, ni imágenes concluyentes de vasculitis siendo compatible con coagulación intravascular diseminada, aunque pueden verse también en purpura trombotica”*.

“Ingresa en M. Interna el 8.6.2015 objetivándose extensas lesiones cutáneas violáceas con necrosis superficial, que afectan masivamente a mama izquierda y mama D, flanco izquierdo, muslos, regiones gemelares, presentando un borde eritematoso y siendo dolorosas (requiriendo dolantina). Cultivo de biopsia de piel: se aísla enterobacter aerogenes. El paciente fue tratado con (...) La PCR disminuyó de 300 a 27. Fue disminuyendo el halo eritematoso desarrollando una escara necrótica en muslos, sobre todo en cara interna de muslo izdo, muy dolorosa remitiéndose con carácter urgente a Cirugía Plástica de Getafe para su tratamiento”.

El informe concluye: *“Se trata pues de un cuadro de purpura fulminans que desarrolló amplias lesiones purpúricas, evolucionando hacia lesiones necróticas que requirieron traslado al Servicio de Cirugía Plástica de Getafe para su tratamiento, en el contexto de una paciente con un anticoagulante lúpico positivo con anticuerpos antinucleares positivos”*.

Se emite informe por el Servicio de Reumatología de 19 de febrero de 2019, en el que se indica que la paciente ya fue tratada en ese servicio en 2014, y que en cuanto a los hechos objeto de reclamación, el 5 de junio de 2015 se efectúa interconsulta a Reumatología por parte del Servicio de Cuidados Intensivos donde la paciente había ingresado con cuadro de púrpura fulminans el día 3 de junio de 2015. *“Se apoya la decisión de tratamiento corticoideo a dosis altas que ya se había iniciado, por la*

sospecha clínica de vasculitis necrotizante". Refiere que la última visita a dicho servicio fue el 16 de diciembre de 2015 y a revisión el día 12 de febrero de 2016.

El 18 de febrero de 2019, emite informe el jefe del Servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos del HUSO, que indica que la paciente ingresó en esa unidad el 3 de junio de 2016, para vigilancia y monitorización por *"un cuadro de fiebre y disminución del nivel de conciencia y lesiones purpúricas en tronco y miembros inferiores. (...) aunque no presentó claros signos de sepsis a su ingreso se decidió realizar cobertura antibiótica. No presentó ni al ingreso en UCI ni durante su estancia fracasos orgánicos graves, manteniéndose hemodinámicamente estable (...) La clínica de diarrea remite y las deposiciones con sangre no vuelven a producirse durante su estancia, por lo que se decide no realizar colonoscopia en ese momento. Desde el punto de vista de sus lesiones cutáneas se solicitó interconsulta al Servicio de Dermatología y Reumatología al segundo día de estancia en Cuidados Intensivos. Tras valoración conjunta por las 3 unidades, se decide biopsia de una de las lesiones cutáneas (para estudio anatomopatológico y microbiológico)"*.

Las lesiones cutáneas presentan tendencia a la delimitación pero con dolor significativo. Valoradas conjuntamente con Dermatología requieren vigilancia estrecha. El diagnóstico de sospecha es purpura fulminans. El 6 de junio de 2015 está estable y sin ningún fallo orgánico. Es dada de alta en esa unidad el 8 de junio para su hospitalización en Medicina Interna. Concluye que *"las lesiones cutáneas fueron valoradas por los especialistas en Dermatología y que recomendaron vigilancia y cubrimiento solo de aquellas lesiones que presentaran flictenas no estando indicada la realización de ningún tipo específico de cura en el resto de lesiones. Durante su estancia en la UCI constan valoraciones diarias de las lesiones, tanto por parte del personal Médico como de Enfermería"*.

Consta así mismo, el informe del Servicio de Medicina Interna de fecha 18 de febrero de 2019, en el que indica que la paciente ingresó en ese servicio el 24 de abril de 2015 por un cuadro de dolor abdominal y fiebre de unas dos semanas de duración, con datos de sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal, siendo dada de alta el 5 de mayo y que fue vista en consulta el 1 de junio por fiebre y lesiones cutáneas y fue remitida a Urgencias, *“donde acudió la paciente, sin llegar a ser vista, por fuga”*. En cuanto a los hechos objeto de reclamación *“Acudió el día 3-6-15 a Urgencias a consecuencia de un deterioro de la conciencia y la aparición de lesiones purpúricas que fueron interpretadas como púrpura fulminans quedando ingresada en la UCI durante cinco días y trasladada después a Medicina Interna. Durante el ingreso se detectó anemia y leucopenia con positividad a ANCAS y ANAS, que sugería vasculitis pero no se confirmó por biopsia. En hemocultivo se aisló enterobacter aerógenas, siendo tratada con Vancomicina y corticoides por si fuera enfermedad autoinmune. La evolución fue favorable excepto las lesiones cutáneas que evolucionaron hacia la necrosis motivo por el cual fue remitida urgente a Cirugía Plástica del Hospital de Getafe para su desbridamiento”*.

Concluye que *“la paciente fue tratada de forma adecuada, efectuándose los procedimientos diagnósticos y terapéuticos indicados (según la evolución del proceso morboso), y en colaboración con los especialistas de Reumatología, Dermatología, UCI y Cirugía, con el propósito de establecer un diagnóstico preciso y conseguir la curación de su enfermedad, en el menor tiempo posible, y con un mínimo de secuelas”*.

El 6 de marzo de 2019, emite informe la Inspección Sanitaria en el que tras analizar la asistencia sanitaria prestada a la paciente, los informes emitidos y la historia clínica, señala que la púrpura fulminans es una enfermedad poco frecuente pero rápidamente progresiva, de alta toxicidad sistémica y elevada mortalidad. El aspecto clínico se caracteriza por la aparición repentina e inesperada de extensas equimosis cutáneas

purpúricas en extremidades de distribución bilateral simétrica, con predilección (sic) en extremidades inferiores.

El inspector concluye: *“consideramos que la asistencia sanitaria ha sido correcta, habida cuenta que el cuadro patológico es de carácter fulminante cuasi mortal al que solo se puede intentar detener las lesiones que produce”*.

Instruido el procedimiento se concede trámite de audiencia a la reclamante que formula escrito de alegaciones el 8 de agosto de 2019, en el que manifiesta que entró en el hospital por dolor abdominal y no por purpura fulminante y que es donante de sangre del citado hospital. Presenta otro escrito posterior registrado el 11 de noviembre de 2019, alegando *“no haber sido tratada correctamente en el HUSO y haber estado al borde de la muerte”* y solicita una indemnización por *“los destrozos causados en mi cuerpo y que tanto ella como su hija reciben tratamiento psicológico”*, de 425.423 euros. (Folio 654). Adjunta a su escrito un informe de fecha 11 de mayo de 2016 de la psicóloga del HUG.

Finalmente, la viceconsejera de Asistencia Sanitaria formuló propuesta de resolución de 22 de mayo de 2020, en la que propone al órgano competente para resolver, desestimar la reclamación al no concurrir los requisitos preceptivos para la declaración de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

CUARTO.- El consejero de Sanidad formula preceptiva consulta por trámite ordinario que ha tenido entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el 9 de junio de 2020 (expediente 258/20) correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Silvia Pérez Blanco que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberada y aprobada por el pleno en su sesión de 8 de septiembre de 2020.

El escrito solicitando el informe preceptivo fue acompañado de la documentación que se consideró 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, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3 del Reglamento de Organización y funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

SEGUNDA.- La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo del artículo 4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC) en relación con el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) en cuanto que es la persona que recibió la asistencia sanitaria objeto de reproche.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto la asistencia sanitaria se prestó por el HUSO que forma parte de la red sanitaria asistencial de la Comunidad de Madrid. La asistencia sanitaria prestada en el HUG no es objeto de reproche.

Por lo que se refiere al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, a

tenor del artículo 67.1 de la LPAC desde que se produjo el hecho causante o de manifestarse su efecto lesivo.

En este caso, para la reclamante el origen de los hechos es el 3 de junio de 2015 y según ella, se le administró un TAC con contraste que fue lo que le produjo graves consecuencias en forma de úlceras necróticas y otras lesiones posteriores.

La reclamante ha sido atendida en consultas y revisiones en los años 2016 y 2017; la última intervención quirúrgica por el Servicio de Cirugía Plástica, es el 5 de noviembre de 2018 (folio 133), fecha en la que podemos considerar estabilizadas las secuelas. Por tanto, la reclamación formulada el 18 de enero de 2019 está presentada en plazo.

En cuanto al procedimiento este se ha completado conforme a lo establecido en la LPAC. En concreto, se solicitó el informe de los servicios a los que se imputa la producción del daño conforme el artículo 81 de la LPAC y se evacuó el trámite de audiencia de acuerdo con el artículo 82 de la LPAC, con la reclamante.

Igualmente, se recabó el informe de la Inspección Sanitaria. Por último, se ha emitido propuesta de resolución.

TERCERA.- El instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración, que tiene su fundamento en el artículo 106.2 de la Constitución y su desarrollo en la actualidad tanto en la LPAC como en la LRJSP, exige, según una constante y reiterada jurisprudencia, una serie de requisitos, destacando la sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2014 (recurso 4160/2011) que es necesario que concurra:

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.

c) Ausencia de fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño. La jurisprudencia exige el requisito de la antijuridicidad del daño que consiste, no en que la actuación de la Administración sea contraria a derecho, sino que el particular no tenga una obligación de soportar dicho daño (así sentencias de 1 de julio de 2009 (recurso 1515/2005) y de 31 de marzo de 2014 (recurso 3021/2011)).

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 18 de septiembre de 2017 (recurso 787/2015), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, “*en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis, que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, 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. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha lex artis respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no*

tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado”.

CUARTA.- En el caso que nos ocupa ha quedado completamente acreditado en el expediente, el cumplimiento del primero de los requisitos de la responsabilidad patrimonial, esto es, el daño sufrido por la reclamante con necrosis en la piel y graves secuelas corporales, necesitando diversas intervenciones quirúrgicas a lo largo del periodo de 2015 a 2018.

La reclamante fija el origen de los hechos el día 3 de junio de 2015 en que acudió a Urgencias al HUSO y centra sus reproches en se le *“realizó un TAC con contraste”* lo que -a su juicio- motivó la aparición repentina días después de manchas violáceas en pecho, glúteos y otras zonas, con las graves consecuencias y secuelas que siguieron.

Centrado así el objeto de la reclamación, vamos a analizar los reproches de la reclamante, 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 12 de noviembre de 2018 (recurso 309/2017), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, como añade la citada sentencia, *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica”*.

Han de examinarse esos reproches sobre la base del material probatorio contenido en el expediente administrativo, teniendo en cuenta que como ya hemos señalado en las reclamaciones sobre responsabilidad patrimonial sanitaria, el criterio determinante es el cumplimiento o no de la *lex artis*. La carga de la prueba de la vulneración de esa *lex artis* corresponde a quien reclama el reconocimiento de la responsabilidad

patrimonial y el pago de una indemnización, conforme a lo establecido en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

La reclamante no aporta ningún elemento probatorio ni aduce criterio médico alguno, de tal forma que ha de estarse a los informes obrantes en el expediente, tanto de los servicios implicados como de la Inspección Sanitaria.

Esta Comisión viene recordando que el valor del informe de la Inspección Sanitaria en este tipo de expedientes es fundamental, tal y como recuerda la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de julio de 2018 (recurso 768/2016). A ello se suma el que las explicaciones ofrecidas por los facultativos de hasta cuatro servicios del hospital, son detalladas, convincentes y desvirtúan las afirmaciones contenidas en el escrito de reclamación.

El punto de partida de los hechos es lo constatado en la historia clínica y es de advertir que a la paciente no se le administró ningún contraste porque no se le realizó ningún TAC el día 3 de junio de 2015. En efecto, hemos referido con detalle en los antecedentes de hecho de este dictamen, que la paciente ingresó en Urgencias en la noche del 2 de junio de 2015 y consta anotado el diagnóstico provisional de “*fiebre y lesiones cutáneas*”. Es decir, cuando ingresó ya presentaba esas lesiones en piel.

Precisamente cuando a las 10 horas del día 3 de junio se decide el ingreso urgente en la UCI por “*Disminución del nivel de conciencia +púrpura fulminans*” la anotación que figura es de “*Paciente ingresa procedente de urgencias por deterioro del nivel de conciencia, aparición de lesiones purpúricas y fiebre*” (folios 209 y ss). Por tanto, la reclamante ingresó ya con las lesiones en la piel. De las pruebas de imagen realizadas en el hospital ese 3 de junio y en días posteriores, ninguna es un TAC (RxT, ICT y ECG).

A mayor abundamiento, cuando la paciente abandona la UCI y se le traslada a Medicina Interna el 5 de junio, la anotación del facultativo en la historia clínica es: “(...) Además, desde finales de mayo, aparición de extensas lesiones en piel en miembros inferiores de hasta 10 x 5 cm, dolorosas, y lesiones eritematosas semejantes en mamas, sobretudo la izquierda...”. Es decir, la propia paciente manifiesta al facultativo que la aparición de las lesiones en piel es de “finales de mayo”.

Por tanto, la hipótesis en la que basa la reclamante su reproche no tiene constancia fáctica en la historia clínica y además, ninguno de los Servicios que atendieron a la paciente (Urgencias, UCI y Medicina Interna, Dermatología y además, Reumatología) mencionan que se le realizara TAC alguno, ya que la paciente ingresó con las lesiones cutáneas, que posteriormente derivaron a necrosis, por lo que se le trasladó con urgencia al HUG. La Inspección Médica avala la actuación de los diferentes servicios y tampoco menciona la existencia de un TAC.

Por ello, no puede decirse que haya habido una infracción de la *lex artis* si no que tal y como resulta de los citados informes de los servicios, se pusieron todos los medios humanos y materiales (en la UCI y en la hospitalización) para intentar la curación del paciente. Precisamente, cuando se le da de alta en el HUSO el 18 de junio de 2015 se hace para su “*traslado urgente*” (según anotación literal) ese mismo día al hospital de referencia en Cirugía Plástica y Reparadora que es el de Getafe. En el Servicio de Medicina Interna se anota el origen de la púrpura fulminans “*por enterobacter aerógenes*”. Ya que se hizo un urocultivo: “*Cultivo de biopsia de piel: se aísla enterobacter aerogenes*”.

Por ello, el gravísimo daño sufrido por la paciente no es antijurídico porque ha venido motivado por la aparición repentina de una enfermedad -y no por la administración de contraste iodado como señala la reclamante-, que según refiere el inspector es muy agresiva y mortal en la mayoría de los casos: “*Habitualmente, la enfermedad es mortal en las 48-*

72 h, pero si sobrevive el paciente, lo habitual es la auto amputación de la zona afectada o la extirpación de la zona necrosada, por lo que la intervención quirúrgica debe realizarse con prontitud ya que las zonas necrosadas no son recuperables”.

Sentado todo ello, como hemos descrito unos antecedentes previos a los hechos objeto de la reclamación, advertiremos que en el ingreso en Urgencias de la paciente del 20 de abril de 2015 *“por dolor abdominal, fiebre y ulcera aftosa oral”* y durante la hospitalización posterior a cargo de Medicina Interna, sí consta realizado un TAC abdominal del que no se refiere contraste. Así, al folio 150: *“TC abdomen: Discreta hepatoesplenomegalia”*. Sin que figure más mención. Se le realizó colecistectomía, colonoscopia y otras pruebas (gasometría) y este ingreso termina con el alta de 5 de mayo de 2015 y un diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal con sospecha de enfermedad de Crohn, que por tanto, no guarda relación con las patologías que sobrevinieron después.

En resumen, de acuerdo con el informe de la Inspección Médica, *“la asistencia sanitaria ha sido correcta habida cuenta que el cuadro patológico es de carácter fulminante, cuasi mortal, al que sólo se puede intentar detener las lesiones que produce”*, conclusión a la que hemos de estar dado el rigor técnico y la objetividad del dictamen del inspector.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la presente reclamación de responsabilidad patrimonial al ser la asistencia sanitaria prestada conforme a la *lex artis*.

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 septiembre de 2020

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 370/20

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid