

Dictamen n.º: **110/24**  
Consulta: **Consejera de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **29.02.24**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 29 de febrero de 2024, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña. ....., (en adelante, “*la reclamante*”); al considerar que medió retraso y error de diagnóstico en la detección de un tromboembolismo pulmonar, por parte de su mutua laboral y del Hospital Universitario del Sureste, a cuyos defectos asistenciales atribuye las secuelas que padece.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** El 19 de mayo de 2022, la persona citada en el encabezamiento, con la asistencia de una letrada, presentó en el registro del SERMAS, una reclamación de responsabilidad patrimonial en la que considera deficiente la asistencia sanitaria dispensada por la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº 61 Fremap y el Hospital Universitario del Sureste, en cuanto al tratamiento de un accidente laboral que sufrió y de las complicaciones posteriores que se le produjeron.

Refiere en su reclamación que el 21 de diciembre de 2020, prestando sus servicios como agente comercial de viajes, a las 8:30 horas de la mañana, al proceder a colocar un objeto en el maletero de su vehículo, de puntillas, sufrió un corte en el gemelo de la pierna derecha, acudiendo por ello a su mutua, Fremap.

Los facultativos de dicha mutua, tras la exploración física pertinente, procedieron a colocarle un vendaje compresivo, prescribieron hielo local, omeprazol, paracetamol y tratamiento anticoagulante con enoxaparina, una vez al día durante cinco días, además de la deambulacion con muletas. El diagnóstico fue "*rotura de fibras musculares*".

Explica que, siguiendo escrupulosamente las indicaciones de la mutua, una vez finalizados los cinco días suspendió la medicación anticoagulante, pese a que en esa fecha y, a consecuencia del dolor, continuaba sin poder apoyar la pierna afectada, por lo que seguía con su inmovilización.

En fecha 28 de diciembre, la paciente se personó sin cita en su mutua por sufrir fuertes dolores en la pierna derecha, derivándola a un hospital privado, de Majadahonda, para que le realizaran una ecografía, en la que se comprobó que presentaba signos de trombosis venosa profunda en gemelares y rotura miotendinosa de gemelo interno en vías de cicatrización. Señala que fue citada por el Servicio de Medicina Interna, instaurándole de nuevo la heparina y la utilización de una media de compresión.

Señala que el dolor fue en aumento, irradiándose hacia la ingle, lo que fue puesto en conocimiento de los facultativos por vía telefónica, indicándole que era una secuela de los trombos y que estaba todo dentro de la normalidad.

Refiere que el día 12 de enero de 2021 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario del Sureste por presentar opresión torácica, que aumentaba con la respiración.

En ese momento explicó que, ese dolor opresivo centrotorácico de aparición brusca, acompañado de dificultad respiratoria comenzó el día 9 de enero; sin embargo, a pesar de ponerse en contacto con su mutua, no pudo ser atendida a consecuencia de la intensa nevada que había caído en Madrid, debiendo aplazar la asistencia. En esa atención hospitalaria fue diagnosticada de *"dolor torácico sin signos de alarma en ese momento, condritis esternal"*.

Según refiere la reclamante, el 18 de enero de 2021 tuvo una cita en su mutua laboral con otro doctor, en la que se le dijo que esperara a la cita con su doctora habitual, programada para el día 28 de enero siguiente.

Como el dolor continuaba, la paciente acudió a un hospital de su mutua en fecha 28 de enero, indicando los facultativos la realización de un angioTAC de tórax, que evidenció un tromboembolismo pulmonar de vasos segmentarios en ambas bases. En ese momento se suspendió la heparina, prescribiéndole tratamiento con Rivaroxaban cada 12 horas. A pesar del citado diagnóstico, refiere la paciente que sorprendentemente no fue ingresada en el hospital.

En fecha 5 de febrero de 2021, volvió a acudir a las Urgencias de otro hospital privado, por continuar con dolor torácico que le limitaba para las tareas básicas de la vida diaria.

En las revisiones posteriores en otros servicios de la mutua pudieron comprobar que la paciente continuaba con edemas en el tobillo, dolor en el gemelo y cambio de coloración en la pierna

derecha. El trombo del citado miembro inferior continuaba activo, así como el del pulmón, ambos secundarios al reposo debido a rotura del gemelo, así como por la no prescripción de la heparina en el momento oportuno, durante los días que como protocolo se debía prescribir, según se indica.

Continuaba igualmente con sensación disneica y opresiva tras la deambulaci3n y con calambres y disestesias en el miembro afectado, adem1s de adormecimiento e inflamaci3n del mismo.

Por todo ello, comenz3 con tratamiento rehabilitador en el mes de abril de 2021, indic1ndole la mutua los ejercicios que ten1a que realizar en su domicilio, siendo supervisada una vez por semana, con alta en dicho servicio en fecha 13 de agosto de 2021. El alta laboral definitiva le fue dada en fecha 23 de septiembre de 2021.

Tras todo el proceso, la reclamante afirma que se ha visto afectada f1sica y psicol3gicamente y considera que, *“si los facultativos de la mutua hubieran hecho la prescripci3n correcta de la heparina y le hubieran informado que deb1a seguir tom1ndola hasta que tuviese movilidad en la pierna, todas las secuelas descritas con anterioridad no se hubiesen producido”- sic-*.

Por todo ello, solicita una indemnizaci3n de cuant1a indeterminada a cargo del SERMAS, para la reparaci3n de los da1os y perjuicios ocasionados.

Junto con el escrito de la reclamaci3n, se adjuntaron los informes de la asistencia a cargo de los centros sanitarios dependientes de la Mutua Laboral Fremap, correspondientes a los d1as 21 y 30 de diciembre de 2020, 28 de enero y 5 de febrero de 2021 y el de la asistencia del 12 de enero de 2021 en el Hospital Universitario del Sureste. Tambi3n constan los partes m3dicos del proceso de incapacidad temporal laboral por accidente de trabajo de

la reclamante, entre el 21 de diciembre de 2020 y el 23 de septiembre de 2021- folios 1 al 21-.

**SEGUNDO.-** Del estudio del expediente resultan los siguientes datos de interés para la emisión del Dictamen:

La paciente, de 35 años de edad en la fecha de los hechos principales, presentaba antecedentes médicos personales de cirugía de asimetría mamaria, hiperandrogenismo ovárico, hipotiroidismo y migraña y mantenía tratamiento habitual con Eutirox de 50 y 75 mcg y Triptan si precisaba.

Según resulta de la documentación aportada por la reclamante, consta un primer periodo de asistencia médica recibidas a cargo de varios de centros vinculados a su mutual laboral, a consecuencia de un accidente de trabajo, sufrido el día 21 de enero de 2021.

Así, en el primer informe sobre la asistencia de Urgencias de la reclamante en un centro médico de Arganda del Rey, el 21 de diciembre de 2020, se recoge: *“Paciente refiere que hoy a las 8.30 al meter objeto en maletero estando de puntillas siente corte en gemelo pierna derecha acude con deambulación antiálgica. Exploración física: pierna derecha presenta dolor a la palpación de vientre medial de gemelo no signo del hachazo, no hematoma, deambulación antiálgica, t. Aquileo competente. Plan hielo local protegido c/2 h. Diclofenaco alterno con paracetamol 1 cada 8 horas por 3 días. Vendaje compresivo. Enoxaparina 0,4 mg 1 al día durante 5 días, se pone primera inyección hoy. Deambulación con 2 muletas”.*

Se adjunta igualmente otro informe subsiguiente a la realización de una ecografía de la pierna derecha, el día 30 de diciembre de 2020, en un hospital privado, de Majadahonda, que denotó: *“signos de trombosis venosa de las venas gemelares. Resto del sistema*

*venoso profundo de la pierna derecha permeable y compresible. Pequeña cicatriz en la unión miotendinosa del gemelo interno, en relación con evolución normal de lesión previa.*

*Conclusión: TVP en gemelares de pierna izquierda. Signos de rotura de la unión miotendinosa de gemelo interno en vías de cicatrización”.*

En esa asistencia se pautó tratamiento con Enoxaparina 100mg, una vez al día, durante 30 días.

También consta otro informe correspondiente a un AngioTAC de tórax, del día 28 de enero de 2021, practicado en el mismo hospital privado, de Majadahonda, que indica: *“El estudio está artefactado por movimiento de la paciente. Se realiza el estudio en fase arterial, tras la administración del contraste intravenoso. Se identifican defectos de repleción en las arterias segmentarias en ambas bases pulmonares. No se identifica afectación cardíaca. Con ventana pulmón, no se aprecian infiltraciones del parénquima.*

*Conclusión: tromboembolismo pulmonar de vasos segmentarios en ambas bases”.*

El tratamiento establecido en ese momento fue de Rivaroxabán 15 mg, 2 veces al día, durante 21 días.

Finalmente, también se adjunta al escrito de reclamación un informe médico de la asistencia de Urgencias, prestada a la reclamante en otra clínica privada, de Madrid, el día 5 de febrero de 2021, con el siguiente contenido: *«Motivo de consulta: dolor torácico. Antecedentes médicos: Hiperandrogenismo ovárico. TVP derecho tras rotura fibrilar en diciembre 2020. Tratamiento previo Xarelto 15 mg 1-0-1. Historia actual: paciente que acude a Urgencias por dolor torácico de 30 días dolor torácico en contexto de rotura fibrilar el pasado mes*

*de diciembre y trombosis venosa profunda en el miembro inferior derecho, con diagnóstico de tromboembolismo pulmonar el 28 de enero de 2021, en tratamiento con Xarelto cada 12 horas (tromboembolismo pulmonar segmentario en ambas bases) con discreta mejoría de cuadro clínico, manteniendo dolor torácico.*

*Se realiza exploración física, analítica y radiografía de tórax.*

*“Evolutivo: paciente en tratamiento con Xarelto a dosis plenas y D dímero y resto de factores procoagulantes dentro de parámetros de la normalidad, en estos momentos no signos de alarma, consideramos extender estudio con AngioRM pulmonar e interconsulta con Cardiología y Medicina Interna. Juicio clínico: tromboembolismo pulmonar en tratamiento. Se da alta a domicilio”.*

-En cuanto a la asistencia a cargo de centros o servicios vinculados o dependientes al SERMAS, consta:

El día 12 de enero de 2021, a las 12.39h, la reclamante acudió a Urgencias del Hospital Universitario del Sureste, presentando molestias torácicas. Se indicó en la exploración: *“Refiere desde esta mañana opresión torácica. El dolor aumenta con la inspiración. Dolor no irradiado. Lo refiere constante desde hace 5 horas, no cortejo, afebril. Exploración física: FC 119 lpm. TAS 119 mmHg TAD 66 mmHg.*

*Paciente eupneico con buena hidratación y perfusión, orientado en tiempo, espacio y persona. Auscultación cardiaca rítmica, de buen tono, no soplos. Auscultación pulmonar con murmullo vesical audible, normal sin esteroros. Dolor a punta de dedo en región esterno-costal derecho”.*

También se le realizó una analítica en Urgencias que incluyó bioquímica, hemograma y coagulación, con resultados normales; un

electrocardiograma que constató un ritmo sinusal de 100 latidos por minuto, eje 0° y ausencia de alteraciones de la repolarización y una RX de tórax, sobre la que se informó: *“no se observan imágenes de infiltrados o consolidación pulmonar aparentes. Índice cardiotorácico dentro de los límites normales”*.

A la vista de todo ello, se le aplicó dexketoprofeno intravenoso, con mejoría clínica tras la medicación y el juicio clínico fue *“dolor torácico sin signos de alarma en el momento actual. Osteocondritis”*, dándole el alta hospitalaria, prescribiéndole Enantyum 25 mg cada 8 horas después de los alimentos; metamizol 575 mg cada 8 h (alternar si dolor); Diazepam 5 mg un comprimido diario antes de acostarse; Omeprazol 20 mg un comprimido diario si molestias gástricas. También se le indicó aplicar calor seco local 3-4 veces al día, el control por su médico de Atención Primaria y ante cualquier complicación regresar a Urgencias.

No constan consultas posteriores en Atención Primaria, ni en las Urgencias hospitalarias, por empeoramiento clínico de la paciente.

Sin embargo, sí constan dos asistencias en Atención Primaria, sobre el seguimiento del tromboembolismo pulmonar, que el 28 de enero se le había diagnosticado a la paciente en el hospital privado, de Majadahonda. A saber.

La del día 24 de marzo de 2021 que, según se anotó, explica: *“Ha sido valorada en Cardiología, quien le dice que todo está dentro de lo normal. Ha sido valorada en Medicina Interna: le dijeron según refiere que debería haber estado ingresada. Le solicita pruebas (nuevo AngioTAC, estudio de la coagulación) pendiente de cita”*.

Posteriormente consta otra asistencia el día 29 de septiembre de 2021, indicando: *“siente pinchazos en tórax desde primer mes de año.*



*La mutua le dice que el TAC es normal y por lo tanto le dan el alta. Le verán en Cirugía Plástica el 15 de octubre de este dolor, porque piensan que puede ser que la prótesis mamaria estaba rota. El miércoles le dieron la documentación. Lo que quiere es informar de lo que va pasando y valorar que puede producirle el dolor".* Se le hizo otro TAC de control con resultados normales.

**TERCERO.-** Presentada la reclamación, mediante inicial resolución del viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública, de 7 de junio de 2022 se acordó inadmitir la reclamación por falta de competencia, al considerar que el reproche se circunscribía a la asistencia dispensada por la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº 61 FREMAP.

La resolución se comunicó a la reclamante, a través de la letrada que la asiste, el día 8 de junio de 2022.

El 7 de julio del mismo año, la reclamante interpuso recurso potestativo de reposición frente a dicha resolución de inadmisión, recalcando que también cuestionaba la asistencia del Hospital Universitario de Suroeste, que se reputa contraria a la *lex artis*, al entender que la sintomatología que presentaba la reclamante cuando tuvo lugar, ya denotaba el tromboembolismo pulmonar y que, requería tratamiento e -incluso- un ingreso hospitalario, pese a lo cual fue diagnosticada de condritis esternal, retrasando y complicando ese diagnóstico, su completa y más sencilla curación.

Mediante resolución del viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública de 1 de agosto de 2022, notificada el día 4 del mismo mes y año, se estimó el recurso de reposición interpuesto, admitiendo a trámite la reclamación y acordando la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de

octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC).

Consta a continuación la incorporación de la historia clínica de está paciente, así como de un informe emitido por el jefe de la Unidad de Urgencias del Hospital Universitario del Sureste, con fecha 11 de agosto de 2022, en aplicación de lo previsto en el art. 81.1 LPAC- folios 42 al 44-.

Dicho informe repasa la asistencia del día 12 de enero de 2021, calificándola de completamente correcta y ajustada a la *lex artis*.

Se explica que, pese a la dificultad del diagnóstico del tromboembolismo pulmonar que presentaba realmente la paciente, las pruebas diagnósticas practicadas son las adecuadas para su detección; aunque los resultados que se dieron en este caso, no conducían a su adecuado diagnóstico, por lo que resulta razonable el juicio clínico que se adoptó y el tratamiento establecido.

El día 1 de septiembre de 2022, se acusó recibo de la comunicación del siniestro a la aseguradora del SERMAS – folio 49-.

El 16 de junio del 2023, la reclamante solicitó que se le remitiera el informe de la Inspección Sanitaria e indicación del estado de la tramitación del procedimiento y el día 26 de junio se le comunicó que se estaba a la espera del referido informe.

El día 17 de julio de 2023, se emitió el informe de la Inspección Sanitaria que concluye que la asistencia sanitaria cuestionada fue adecuada y conforme a la *lex artis*.

Posteriormente, se concedió el trámite de audiencia a la reclamante el día 16 de noviembre de 2023 – folio 70- y el día 30 de

igual mes y año, la afectada presentó sus alegaciones finales, reiterándose en sus pretensiones – folios 73 al 77-.

Incorporado todo ello al procedimiento, con fecha de 31 de enero de 2024, la viceconsejera de Sanidad y directora general del SERMAS, fórmula propuesta de resolución, en sentido desestimatorio de la reclamación formulada.

**CUARTO.-** La consejera de Sanidad formula preceptiva consulta por trámite ordinario que ha tenido entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el 8 de febrero de 2024, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Carmen Cabañas Poveda, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberada y aprobada, por unanimidad, en el Pleno de la Comisión en su sesión de 29 de febrero de 2024.

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

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

En cuanto a la legitimación activa, la reclamación se ha interpuesto por la propia paciente, que ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), al ser la directamente afectada por la misma.

En cuanto a la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, debemos restringirla a la asistencia prestada en el Hospital Universitario del Sureste, dependiente de la administración sanitaria madrileña, el día 12 de enero de 2021. Por el contrario, como ya hemos señalado en anteriores dictámenes, entre otros el Dictamen 377/20, de 15 de septiembre, no corresponde a la Comunidad de Madrid responsabilidad alguna que pueda derivarse de la asistencia prestada por la mutua de accidentes de trabajo de la reclamante, al ser esa una entidad colaboradora de la Seguridad Social, con personalidad jurídica propia, conforme a los artículos 79 y 80.1 Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, y por consiguiente, ajena a los servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid.

Así, el artículo 80 de la norma citada, en sus párrafos 1 y 2, dispone que: *“1. Son mutuas colaboradoras con la Seguridad Social las asociaciones privadas de empresarios constituidas mediante autorización del Ministerio de Empleo y Seguridad Social e inscripción en el registro especial dependiente de este, que tienen por finalidad colaborar en la gestión de la Seguridad Social, bajo la dirección y tutela del mismo, sin ánimo de lucro y asumiendo sus asociados*

*responsabilidad mancomunada en los supuestos y con el alcance establecidos en esta ley.*

*Las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social, una vez constituidas, adquieren personalidad jurídica y capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines. El ámbito de actuación de las mismas se extiende a todo el territorio del Estado.*

*2. Las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social tienen por objeto el desarrollo, mediante la colaboración con el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, de las siguientes actividades de la Seguridad Social.*

*a) La gestión de las prestaciones económicas y de la asistencia sanitaria, incluida la rehabilitación, comprendidas en la protección de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, así como de las actividades de prevención de las mismas contingencias que dispensa la acción protectora”.*

No obstante, en virtud del principio de la universalidad de la asistencia sanitaria recogido en los artículos 1 y 2 del citado Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre y también en el Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud; los Servicios Sanitarios públicos podrán dar asistencia en caso de urgencia sanitaria en los accidentes laborales, con cargo a las mismas, en virtud de la Orden 727/2017, de 7 de agosto, del Consejero de Sanidad, por la que se fijan los precios públicos por la prestación de los servicios y actividades de naturaleza sanitaria de la red de centros de la Comunidad de Madrid.

Según lo expuesto, únicamente podría admitirse la legitimación pasiva, en cuanto a la asistencia del día 12 de enero de 2021, en el Hospital Universitario del Sureste.

En lo relativo al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, que se contará, en caso de daños de carácter físico o psíquico, desde que el hecho aconteció o desde la curación o determinación del alcance de las secuelas (artículo 67.1 de la LPAC).

En el presente caso, la reclamación se interpuso el 19 de mayo de 2022 y, aunque únicamente cabe admitirla por la asistencia del 12 de enero de 2021, según lo expuesto últimamente; dado que el proceso médico que afectó a la reclamante subsistió hasta el mes de septiembre de ese mismo año, debemos tener la reclamación por formulada en plazo.

Respecto a la tramitación del procedimiento ha de estarse a lo establecido en la LPAC. En este caso, consta que se ha solicitado informe de los servicios a los que se imputa la producción del daño, conforme reclama el artículo 81 de la LPAC y también se ha recabado el informe de la Inspección Sanitaria. Posteriormente se ha concedido el trámite de audiencia y alegaciones finales a la reclamante, que ha hecho uso del mismo y se ha elaborado la correspondiente propuesta de resolución, que desestima la reclamación, según ya se indicó.

Analizado así el desarrollo procedimental, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido trámite alguno 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, 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.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, requiere la concurrencia de varios requisitos:

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) 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. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005) y otras 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”*.

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 recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de mayo de 2016 (recurso 1153/2012 ) *“que cuando se trata de reclamaciones derivadas de actuaciones sanitarias, la doctrina jurisprudencial viene declarando 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, de manera que, si el servicio sanitario o médico se prestó correctamente y de acuerdo con el estado del saber y de los medios disponibles, la lesión causada no constituiría un daño antijurídico”*.

**CUARTA.-** De los presupuestos anteriormente señalados se deduce que no cabe plantearse una posible responsabilidad de la Administración, sin la existencia de un daño real y efectivo.

En el caso que nos ocupa está acreditado que la paciente sufrió un tromboembolismo pulmonar subsiguiente a la rotura muscular, que requirió diversos tratamientos médicos. La pretendida afectación psicológica que aduce la reclamante, sin embargo, no ha sido acreditada en el procedimiento.

En cualquier caso, la existencia de un daño no es suficiente para declarar la responsabilidad de la Administración, por lo que ha de analizarse la concurrencia de los demás requisitos.



Tal como ya ha sido señalado, la interesada imputa el daño a un retraso en la detección del tromboembolismo pulmonar que sufrió y considera que esa complicación ya era evidente el día 12 de enero de 2021, cuando acudió a las Urgencias del Hospital del Sureste, y que, en ese momento, ya debió diagnosticarse y tratarse, incluso hospitalizándola.

No cabe obviar que en las reclamaciones de responsabilidad patrimonial por asistencia sanitaria es a la parte reclamante a la que incumbe, como regla general, la carga de la prueba. 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 supuesto que nos ocupa, la reclamante no ha aportado criterio médico o científico adicional al incorporado por los propios servicios que atendieron al paciente y sustentan su reclamación en la propia valoración del material incorporado al expediente a impulso del instructor, por imperativo de las previsiones de la LRJSP.

Frente a todo ello, coinciden ambos informes en que resulta sumamente complejo el diagnóstico del tromboembolismo, pues en muchos casos su sintomatología es bastante inespecífica, especialmente en casos de menor gravedad, como en el presente.

Así, se explica que, el electrocardiograma de un paciente con esa patología suele presentar anomalías en un 70% de los casos, que son inespecíficas y que las más comunes son la alteración del segmento ST y la onda T. Por el contrario, los datos de sobrecarga del ventrículo derecho (patrón S1Q3T3, inversión de onda T de V1 a V3 o bloqueo completo o incompleto de la rama derecha) son altamente sugestivos, aunque poco frecuentes.

La radiografía de tórax es normal en el 15% de los casos, y generalmente inespecífica. Los hallazgos más frecuentes, como el derrame pleural, atelectasia o elevación hemidiafragmática no son específicos, siendo el hallazgo más frecuente la cardiomegalia.

También es frecuente en estos casos, la disnea de reposo o con el ejercicio, de inicio súbito (80% de los casos), seguido del dolor torácico pleurítico (52%) y dolor subesternal (12%), además de tos (20%), hemoptisis (12%) y síncope (17%). Igualmente puede presentarse taquipnea (más de 20 respiraciones por minuto, en un 70% de casos), taquicardia (más de 100 latidos por minutos, en un 26%) y, con menor frecuencia, signos de trombosis venosa profunda en miembros inferiores, cianosis, sudoración, fiebre, disminución del murmullo vesicular a la auscultación, así como ingurgitación yugular, ortopnea y signos de insuficiencia cardíaca.

La analítica de sangre puede presentar hallazgos comunes pero inespecíficos. El dímero D es un producto de degradación de la fibrina, que está presente en el trombo, y que se genera cuando se proteoliza por la plasmina. Se trata de una prueba de alta sensibilidad, pero baja especificidad, por lo que puede estar presente en diferentes situaciones clínicas (edad avanzada, infección, infarto agudo de miocardio, cáncer, embarazo, ingreso hospitalario o tras una cirugía). En pacientes con probabilidad baja o intermedia de tromboembolismo pulmonar, un dímero D negativo excluye el diagnóstico. En pacientes mayores de 50 años con probabilidad baja o intermedia de tromboembolismo el uso de dímero D ajustado a la edad es una estrategia segura que disminuye la solicitud de pruebas de imágenes, como la leucocitosis, el aumento de VSG, LDH y GOT.

Así pues, la combinación de síntomas y hallazgos clínicos con la presencia de factores predisponentes, permite la clasificación de los pacientes con sospecha de tromboembolismo pulmonar en distintas

categorías de probabilidad clínica, según unas escalas de uso clínico, siendo la escala de Wells la más ampliamente utilizada.

En el momento actual, la angiotomografía (angio-TC) de tórax multicorte es la prueba de imagen de elección para el diagnóstico de la TEP. Se debe realizar en pacientes con probabilidad clínica alta o en los que no tienen una probabilidad alta, pero presentan un dímero D alto.

La visualización de un defecto de llenado intraluminal es el diagnóstico definitivo, y permite evaluar el tamaño del ventrículo derecho y aporta información pronóstica. Otra alternativa es la realización de una gammagrafía de ventilación/perfusión (V/Q) que puede ser útil en pacientes con alergia a contraste yodado, insuficiencia renal o de embarazadas.

Conforme a la historia clínica, cuando esta paciente acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario del Sureste, no presentaba disnea, el dolor que padecía se describe a punta de dedo en la región esternocostal derecha (perfil que aparece en los trastornos condroesternales o esternales y no en el tromboembolismo pulmonar) y mejoraba con la analgesia administrada. La auscultación cardiopulmonar era normal y no había alteraciones en la analítica, tales como leucocitosis o el aumento de las transaminasas.

Además, la placa de tórax no mostraba irregularidades y en el electrocardiograma realizado se observó una frecuencia de 100 latidos por minuto, sin ningún signo altamente sugestivo del tromboembolismo.

Por todo ello, el informe considera razonable el juicio clínico emitido.

En cuanto a la falta de hospitalización, que se indica que hubiera debido indicarse, debe observarse que el ingreso siquiera era procedente el día 28 de enero de 2021, cuando se le diagnosticó efectivamente el tromboembolismo pulmonar, pues el informe del angioTAC que se le practicó ese día, denotó que, aun existiendo defectos de repleción en las arterias segmentarias en ambas bases pulmonares, no se observaba afectación cardíaca.

Ciertamente, en esa asistencia tampoco se precisó ingreso hospitalario y, aun así, no presentó complicaciones, ni sufrió edema, hemorragia pulmonar, insuficiencia respiratoria, infarto pulmonar o de ventrículo derecho, ni tampoco hipertensión pulmonar. Por todo ello y, al tratarse de un tromboembolismo pulmonar de bajo riesgo, se acometió un manejo ambulatorio, añadiendo al tratamiento que ya tenía establecido, medicación anticoagulante: Rivaroxabán.

Se establece, por tanto, una conclusión contraria a la existencia de la responsabilidad pretendida a cargo del SERMAS, coincidiendo con el reputado punto de vista de la Inspección Sanitaria, que obedece a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 24 de febrero de 2020 (recurso nº 409/2017): *“...sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen 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”*.

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

## **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la presente reclamación, por cuanto la asistencia imputable al SERMAS, se considera acorde a 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 29 de febrero de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 110/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid