

Dictamen n.º: **211/24**

Consulta: **Consejera de Sanidad**

Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**

Aprobación: **25.04.24**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 25 de abril de 2024, 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 inicialmente por Dña., y posteriormente por su esposo e hijos, por los daños y perjuicios sufridos que atribuye al retraso de diagnóstico de una hipertensión arterial pulmonar en el Hospital Universitario del Henares.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 22 de febrero de 2022, la persona mencionada en el encabezamiento, representada por un abogado, presentó un escrito en el registro del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), en el que, relata que desde el año 2013, con solo 31 años, acudía al Hospital Universitario del Henares quejándose de que sufría disnea y ahogos como consecuencia de moderados esfuerzos de un año de duración. Señala que la respuesta que recibía por parte de los servicios médicos es que estaba obesa y que tenía que adelgazar, y ello a pesar de que las pruebas que le realizaban daban como resultado un aumento marcado del cono de la arteria pulmonar. Refiere que anualmente se le

realizaban controles, todos con igual resultado, a pesar de haber perdido peso, si bien, no se le establecía tratamiento ni actuación alguna.

Continúa relatando que ya en 2018, se describió en el informe médico una marcada prominencia del cono de la arteria pulmonar, ya presente en estudio previo de noviembre de 2013, aunque más llamativo en ese momento, compatible con hipertensión pulmonar, si bien no se prescribió tratamiento.

Según el escrito de reclamación, la interesada sufrió una crisis de disnea muy importante por la que tuvo que ir a Urgencias del Hospital Universitario del Henares, que la derivó a la Unidad de Hipertensión Pulmonar del Hospital Universitario de La Princesa, donde se le realizaron pruebas y se la derivó de inmediato al Hospital Universitario 12 de Octubre, quedando ingresada en la Unidad de Cardiología en febrero de 2021, siendo diagnosticada de hipertensión pulmonar crónica y grave, con datos de alarma a nivel hemodinámico y ecocardiográfico. Se le prohibió cualquier actividad laboral, dada la gravedad clínica que presentaba. Asimismo, se le colocó un catéter, y desde entonces únicamente se le ha ido aumentando la dosis de medicación introducida.

La interesada refiere que en el momento de la reclamación está pendiente de control médico, siendo que ya no puede aumentarse más la medicación de dicho catéter, quedando como única vía: el trasplante.

Señala que está pendiente de estabilización, por lo que se presenta la reclamación *ad cautelam* por la incapacidad temporal, las secuelas y el daño moral, que entiende causados por la falta de cumplimiento de la *lex artis* por parte de los profesionales del Hospital Universitario del Henares y que cifra provisionalmente en 250.000 euros, en espera de la elaboración de un informe pericial.

El escrito de reclamación se acompaña con copia de la escritura de poder otorgada a favor del abogado firmante del escrito de reclamación y documentación médica relativa a la interesada (folios 1 a 38 del expediente).

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

La reclamante inicial, de 31 años de edad en la fecha inicial de los hechos por los que reclama, presentaba como antecedentes médicos hipertensión arterial gestacional y obesidad. Acudió a consulta de Cardiología por primera vez el 20 de noviembre de 2013, tras ser derivada desde Urgencias del Hospital Universitario del Henares, debido a dolor torácico con electrocardiograma y enzimas cardiacas normales. Se realiza radiografía de tórax, la cual reporta cono pulmonar aumentado, el resto, sin datos de interés. Debido a los hallazgos en la radiografía de tórax, se solicita tomografía axial computarizada en busca de patología pulmonar, en la cual, no se aprecian defecto de depleción en el árbol arterial pulmonar principal y la conclusión es la de estudio sin alteración de interés.

El 30 de julio de 2014, la reclamante acude a consulta de seguimiento en el Servicio de Cardiología del Hospital Universitario del Henares. Con resultados normales, no precisa tratamiento. Evitar medicamentos bradicardizantes. Según las anotaciones, la paciente es citada revisión en 6 meses con electrocardiograma. En caso de palpitaciones prolongadas o mareo intenso, acudirá a Urgencias para realizar electrocardiograma.

Con fecha 31 de octubre de 2014, la paciente es derivada desde Ginecología por antecedentes de taquicardia sinusal y antecedentes de bloqueo auriculoventricular de 1º grado, estando la paciente embarazada de 18 semanas. En el seguimiento se describe que la

paciente se encuentra bien y haciendo vida activa normal. En ecocardiograma se concluye: estudios sin alteraciones significativas. El juicio clínico fue de ausencia de cardiopatía estructural, bloqueo de 1º y 2º grado sin síntomas en ese momento. No precisa implante de marcapasos ni tratamiento específico. Se recomendó control por su médico de Atención Primaria y revisión en 8 meses con ecocardiograma nuevo y Holter de ECG o antes si hubiera alguna novedad.

El 6 de febrero de 2015, la reclamante es derivada nuevamente a Cardiología para valoración antes del parto. Se anota que no ha vuelto a presentar síntomas. Se realizó electrocardiograma con resultados RS a 60 lpm Eje a 90°. Bloqueo incompleto de rama derecha. Se recomendó mantener monitorizada durante el parto y continuar con revisiones.

Consta que no acudió a la consulta de Cardiología habiendo sido citada para el 6 de noviembre de 2015.

El 3 de mayo de 2016, es remitida a consulta de Ginecología por nuevo embarazo. En dicha consulta se encuentra asintomática cardiológicamente, salvo disnea de esfuerzo inusual que atribuye a obesidad. Electrocardiograma sin evidencia de cardiopatía significativa.

En agosto de 2018, fue realizado un ecocardiograma informado como corazón estructuralmente sin alteraciones significativas. Insuficiencia valvular mitral ligera I/IV (leve fibrosis). Función ventricular izquierda normal (fracción de eyección 74%). El 7 de agosto de 2018 es vista nuevamente en consulta de Cardiología remitida de Anestesia tras detectarse prominencia del cono de la pulmonar. A la valoración, la paciente estaba asintomática en la esfera cardiovascular. Se realiza ecocardiograma, que es informado como normal con cavidades derechas normales, sin hallazgos relevantes. No existen contraindicaciones cardiológicas para la cesárea. Según anotaciones, se programa cita una vez terminado el postoperatorio para seguir estudiando las alteraciones de la repolarización mediante

cardiorresonancia, si bien mediante ecocardiograma no se detecta ninguna alteración estructural.

Con fecha 23 de abril de 2019, es remitida desde Anestesiología tras detectarse prominencia del cono de la pulmonar. Se solicita resonancia magnética cardíaca para valoración del ventrículo derecho y arteria pulmonar (por el hallazgo radiológico), así como nueva ergometría para ver comportamiento del QT.

En febrero de 2020, se realiza pruebas de gammagrafía y SPECT-TC pulmonar de perfusión, con la conclusión de estudio no sugestivo de tromboembolismo pulmonar.

El 25 de junio de 2020, se realiza consulta telefónica por pandemia COVID-19. La paciente se queja de disnea de siempre, que inicialmente había atribuido al sobrepeso, pero que persiste tras perder peso. Además, refiere episodios de disnea súbita con el primer sueño, tras quedarse dormida; posteriormente duerme sin ortopnea ni disnea paroxística nocturna, tras estudio de cardiorresonancia y ergometría. Situación clínica similar a la referida en la consulta previa. Se indica un índice de masa corporal de 38.

El 25 de agosto de 2020, la reclamante ingresó en Medicina Interna procedente de Urgencias con signos y síntomas de insuficiencia cardíaca, solicitándose a Cardiología ecocardiograma que se informa como fracción de eyección conservada. Hipertensión pulmonar severa con ventrículo derecho dilatado y con función deprimida. Aurícula derecha dilatada. Insuficiencia tricúspide e insuficiencia mitral ligera. Tras estabilización clínica y una mejora de la disnea (no obstante, persiste MRC 3,4), se decide alta para seguir manejo diagnóstico y terapéutico en Unidad Especializada de Hipertensión Pulmonar del Hospital Universitario de La Princesa.

El 28 de septiembre del 2020, la paciente acude a consulta en el Servicio de Neumología del Hospital Universitario de la Princesa, derivada para estudio desde el Hospital Universitario del Henares. El diagnóstico fue de hipertensión pulmonar a estudio. Se solicitó analítica con proBNP, tomografía computarizada torácica, poligrafía nocturna, y gammagrafía de perfusión pulmonar. Se pauta cateterismo cardíaco derecho, continuar con su tratamiento y control por su médico de Atención Primaria.

El 2 de octubre del 2020, acude para realizar SPECT-CT de perfusión pulmonar, que concluye defectos de perfusión subsegmentarios periféricos bilaterales, algunos de ellos en período de repercusión, compatible con tromboembolismo pulmonar subsegmentario bilateral.

El 22 de febrero de 2021, la paciente es vista por primera vez en consulta de Cardiología del Hospital Universitario 12 de octubre, derivada desde el Hospital Universitario de La Princesa. Durante el ingreso en marzo de 2021, se inicia en primer lugar terapia vasodilatadora pulmonar. Se realiza estudio genético, con resultados el 31 de agosto de 2021, en el que se identifican dos variantes probablemente patogénicas en los genes KCNK3 y NOTCH3, que podrían estar relacionados con el fenotipo de la paciente. Se indica que de momento no precisa implante de marcapasos ni tratamiento específico. Control por su médico de Atención Primaria.

El 10 de febrero de 2022, se realiza cateterismo derecho en el Hospital Universitario de La Princesa con la conclusión de hipertensión pulmonar severa. Se considera test vasodilatador positivo. Tras el alta hospitalaria se recomienda control por Neumología habitual.

El 1 de septiembre de 2022 acude a seguimiento en el Hospital Universitario 12 de Octubre, la paciente refiere sintomatología compatible con una clase funcional II de la Organización Mundial de la

Salud. No presenta mareos ni síncope. Ha adelgazado y se encuentra en 101 Kg. El juicio clínico es hipertensión arterial pulmonar, en situación de bajo riesgo en ese momento. Se recomienda seguimiento no invasivo en 6 meses. Se entregan resultados del estudio genético de sus hijos. Los 3 presentan las 2 variantes probablemente patogénicas asociadas a hipertensión arterial pulmonar. Se apunta en lista de espera para implante de bomba Lenus.

Consta una última consulta en el Servicio de Cardiología el 20 de abril 2023. Se anota la existencia de datos de ineficiencia ventilatoria mínimos. También hipertensión arterial pulmonar heredable. Otros diagnósticos: KCNK3. NOTCH 3 positivo, en tratamiento con terapia vasodilatadora, diurética y sintomática. Se solicita al médico de Atención Primaria derivar a endocrino de zona para estudio de hiperparatiroidismo y para orientar con dietas por obesidad grave.

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

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la reclamante del Hospital Universitario del Henares, del Hospital Universitario de La Princesa y del Hospital Universitario 12 de Octubre (folios 25 a 1.078).

Asimismo, consta en el procedimiento el informe del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario del Henares que se limita a dar cuenta de los datos que figuran en la historia clínica.

Figura en el procedimiento que el 16 de marzo de 2023, el representante de la interesada presentó un escrito aportando copia de la Resolución de 8 de abril de 2022 de reconocimiento de la incapacidad

permanente absoluta de la reclamante. En dicho escrito se indica que, tras la presentación del escrito de reclamación, los hijos de la interesada han sido sometidos a estudios genéticos y diagnosticados de la misma variante genética que la madre, por ello dice formular la reclamación también en nombre del esposo y de los hijos de la interesada. Se adjuntan los informes del estudio molecular de los hijos de la reclamante realizados en marzo de 2022.

Recibido el anterior escrito, el 21 de marzo de 2023 se notificó a la interesada el oficio por el que solicitaba que su esposo e hijos firmasen la reclamación o en su caso aportasen el correspondiente poder de representación, así como que acreditasen la relación de parentesco con la reclamante inicial. El 24 de marzo de 2023, se presentó la reclamación firmada por el esposo y los hijos de la interesada y se aportó copia del libro de familia de los reclamantes.

Consta también en el procedimiento el informe de 3 de julio de 2023 de la Inspección Sanitaria que, tras analizar la historia clínica de la paciente, el informe emitido en el curso del procedimiento, así como realizar las oportunas consideraciones médicas concluye que la asistencia sanitaria dispensada a la reclamante inicial en el Hospital Universitario del Henares fue adecuada a la *lex artis*.

Una vez instruido el procedimiento se confirió trámite de audiencia a los interesados, notificado el 6 de noviembre de 2023. No figura en el expediente que los interesados formularan alegaciones en el trámite conferido al efecto.

Finalmente, el 1 de marzo de 2024, se ha formulado la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación al considerar que no se ha acreditado la infracción de la *lex artis* en la asistencia sanitaria reprochada.

CUARTO.- El 18 de marzo de 2024 se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el n.º 166/24. La ponencia correspondió a la letrada vocal, Dña. Ana Sofía Sánchez San Millán, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 25 de abril 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 superior a 15.000 euros , y a solicitud de la consejera de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3,a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo

capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

La reclamante inicial ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, conforme a lo dispuesto en el artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, en cuanto que recibió la asistencia sanitaria reprochada.

Posteriormente, se han incorporado al procedimiento el esposo y los hijos de la interesada al haberse detectado en los niños, en estudios genéticos realizados posteriormente a la fecha de la reclamación inicial, la misma variante genética que la madre, que parece tener influencia en la patología cuyo retraso diagnóstico se reclama. En relación con ello cabría reconocer la legitimación activa de los hijos, pero no la del padre, ya que en ningún modo se concreta el daño que se reclama respecto a dicho progenitor. Únicamente cabría reconocerle la representación de sus hijos al amparo de lo dispuesto en el artículo 162 del Código Civil, que atribuye a los padres la representación legal de sus hijos menores no emancipados.

La legitimación pasiva resulta indiscutible que corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que la atención médica denunciada se prestó por Hospital Universitario del Henares, centro sanitario integrado en la red sanitaria pública madrileña.

En cuanto al plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (cfr. artículo 67.1 de la LPAC).

En el presente caso, teniendo en cuenta que se reclama por el retraso diagnóstico de una hipertensión arterial pulmonar, cabe señalar que el estudio de dicha patología se culminó con el estudio genético informado el 31 de agosto de 2021 y el cateterismo realizado el 10 de

febrero de 2022, por lo que no cabe duda que la reclamación interpuesta el 22 de febrero de 2022, ha sido formulada en plazo legal, con independencia de la fecha de curación o de estabilización de las secuelas.

En cuanto a los hijos, consta que el estudio genético realizado en marzo de 2022 fue informado a la familia en la consulta de 1 de septiembre de 2022 en el Hospital Universitario 12 de Octubre, por lo que la adhesión de los niños a la reclamación interpuesta por la madre, el 16 de marzo de 2023, se habría realizado en plazo legal,

En cuanto al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC se ha emitido informe por el servicio implicado en la asistencia sanitaria reprochada en el Hospital Universitario del Henares. Además, se ha incorporado el informe de la Inspección Sanitaria y la historia clínica de la reclamante tanto del referido hospital como de otros centros hospitalarios cuya actuación no es objeto de reproche. Tras la instrucción del expediente se confirió el trámite de audiencia a los interesados y, finalmente, se ha redactado la propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad planteada.

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

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española y garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos.

Según constante y reiterada jurisprudencia, el sistema de responsabilidad patrimonial presenta las siguientes características: a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral.

Para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor, y d) que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo,

«el hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar, debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc.

En consecuencia lo único que resulta exigible a la Administración Sanitaria " ... es la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en este tipo de responsabilidad es una indebida aplicación de medios para la obtención de resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente" (STS Sección 6^a Sala C-A, de 7 marzo 2007).

En la mayoría de las ocasiones, la naturaleza jurídica de la obligación de los profesionales de la medicina no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo, obligación del resultado, sino una obligación de medios, es decir, se obligan no a curar al enfermo, sino únicamente a dispensarle las atenciones requeridas, según el estado de la ciencia (SSTS de 4 de febrero y 10 de julio de 2002 y de 10 de abril de 2003).

En definitiva, el título de imputación de la responsabilidad patrimonial por los daños o perjuicios generados por el funcionamiento normal o anormal de los servicios de asistencia sanitaria, no consiste sólo en la actividad generadora del riesgo, sino que radica singularmente en el carácter inadecuado de la prestación médica llevada a cabo, que puede producirse por el incumplimiento de la lex artis o por defecto, insuficiencia o falta del servicio.

A lo anterior hay que añadir que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido evitar o prever según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento que se producen aquéllos, de suerte que si la técnica empleada fue correcta de acuerdo con el estado del saber, el daño producido no sería indemnizable por no tratarse de una lesión antijurídica sino de un riesgo que el paciente tiene el deber de soportar y ello aunque existiera un nexo causal.

En la asistencia sanitaria el empleo de la técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido ya que cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si a pesar de ello causó el daño o más bien pudiera obedecer a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente».

CUARTA.- Como hemos expuesto en los antecedentes de este dictamen, la reclamante inicial reprocha al Hospital Universitario del Henares el retraso de diagnóstico de la hipertensión arterial pulmonar que padece y al que atribuye las complicaciones que sufre en su salud. Como hemos visto en los antecedentes, dicha patología tiene un componente genético detectado en la interesada y en sus hijos, de ahí

que estos últimos se hayan adherido a la reclamación inicial de la madre.

Centrado el objeto de la reclamación en los términos expuestos, vamos a analizar los reproches enunciados, partiendo de lo que constituye la regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo. Además, como añade la citada sentencia, “*las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica*”.

En este caso, la reclamante no ha aportado al procedimiento ninguna prueba que acredite que la asistencia sanitaria no fue conforme a la *lex artis*, sin que sirvan a tal efecto sus afirmaciones. Por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente contrastados con la historia clínica examinada descartan la mala praxis denunciada. En particular, la Inspección Sanitaria, tras analizar todo el proceso asistencial ha considerado que “*la asistencia sanitaria dispensada a ..., en el Hospital Universitario del Henares, fue la adecuada de acuerdo a la Lex artis*”. En este punto cabe recordar el especial valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a la opinión de la Inspección Sanitaria, pues, tal y como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, así su Sentencia de 24 de mayo de 2022 (recurso 786/2020), “*sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del*

caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”.

En este sentido, la Inspección Sanitaria ha explicado en su informe que la actuación del Hospital Universitario del Henares en el seguimiento de la reclamante ha demostrado una “*actitud asistencial diligente*”.

Así, señala que la hipertensión arterial pulmonar es una enfermedad grave con un pronóstico vital infiusto a corto plazo en ausencia de tratamiento, que surge como consecuencia de los cambios estructurales que se producen en el lecho arterial pulmonar: fenómenos de vasoconstricción, remodelado vascular y trombosis “*in situ*”. Según la Inspección Sanitaria, esta patología comprende un grupo de entidades clínicas con sustratos patológicos diferentes y una vía final común, pero es difícil demostrar un mecanismo patogénico único. Probablemente sea el resultado de una predisposición genética, factores ambientales y enfermedades adquiridas, pero ninguno de los factores implicados de forma aislada es suficiente para activar las vías patogénicas y el desarrollo de la vasculopatía pulmonar. En las formas hereditarias (familiares) se identifican mutaciones del gen BMPR2 de la familia de los receptores del TGF-β, pero, debido a la penetrancia incompleta y la anticipación genética, es probable que esta mutación sea necesaria, pero por sí sola insuficiente para producir la expresión clínica de la enfermedad.

En cuanto a los síntomas, señala que son inespecíficos, siendo el síntoma inicial más frecuente la disnea de esfuerzo, que empeorará conforme progrese la enfermedad. El síncope o pre-síncope y el dolor torácico son también manifestaciones habituales, e indican una limitación más importante del gasto cardiaco. La presencia de astenia y edemas periféricos se relacionan con la presencia de fallo cardíaco derecho, que aparece en fases más avanzadas.

Por lo que se refiere al diagnóstico, la Inspección Sanitaria especifica que la prueba a realizar en estos casos es el ecocardiograma transtorácico, que permite hacer un cálculo aproximado de la presión pulmonar sistólica, siendo el procedimiento habitual para la detección precoz en los grupos de riesgo. Alude también a la resonancia magnética cardiaca, indicando que es muy útil en el diagnóstico, el estudio etiológico, la valoración hemodinámica, para establecer el pronóstico y en el seguimiento después del tratamiento. Por último, el cateterismo cardíaco es necesario para confirmar el diagnóstico de hipertensión pulmonar, realizar pruebas de vasoconstrictividad en pacientes seleccionados, evaluar el grado de deterioro hemodinámico y establecer el pronóstico.

Expuestas estas consideraciones generales sobre la enfermedad, la Inspección Sanitaria realiza un análisis de cada una de las asistencias dispensadas a la interesada que comenzaron el 20 de noviembre de 2013 en la consulta del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario del Henares. Como se observa sin dificultad en la historia clínica examinada, y así lo destaca la Inspección Sanitaria en su informe, durante todo el tiempo de seguimiento a la reclamante en dicho centro hospitalario se realizaron a la interesada múltiples pruebas diagnósticas, entre ellas, las que hemos mencionado como de referencia para el diagnóstico de la enfermedad, así, por ejemplo, los ecocardiogramas realizados en octubre de 2014 y agosto de 2018, y en ellas, los resultados fueron de normalidad.

Por ello, la Inspección Sanitaria destaca que, aunque no es posible determinar con exactitud cuándo empiezan a producirse las lesiones a nivel de la cavidad derecha que aparecen en el ecocardiograma informado en agosto del 2020, “*lo cierto es que, a la paciente se le practicaron pruebas con anterioridad y en ningún momento se objetivaron los datos característicos, como ocurrió en la fecha antes mencionada*”.

Como hemos visto en los antecedentes, es en la indicada fecha de agosto de 2020 cuando la reclamante ingresa en Medicina Interna, procedente de Urgencias con signos y síntomas que en esa fecha ya son indicativos de insuficiencia cardíaca, solicitándose a Cardiología ecocardiograma que informa la hipertensión pulmonar severa. Según la Inspección Sanitaria, la actuación a partir del diagnóstico también se muestra diligente y acorde a la práctica médica, pues, según la bibliografía médica, dada la complejidad de la evaluación adicional y las opciones de tratamiento disponibles, se recomienda claramente remitir a los pacientes con hipertensión arterial pulmonar a un centro de referencia especializado en el momento del diagnóstico para tratamiento individualizado. En este caso, consta que, en el Hospital Universitario del Henares, tras estabilización clínica y una mejora de la disnea, se decide alta para seguir manejo diagnóstico y terapéutico en Unidad Especializada de Hipertensión Pulmonar del Hospital Universitario de La Princesa.

Por tanto, según resulta del informe de la Inspección Sanitaria, se acredita que a lo largo de las diferentes valoraciones llevadas a cabo a la reclamante en el Hospital Universitario del Henares se siguieron las actuaciones adecuadas en función de la sintomatología que la paciente refería y los hallazgos evidenciados en las pruebas diagnósticas realizadas.

En este sentido, no resulta ocioso recordar que, como ya indicamos, entre otros, en los dictámenes 171/19, de 22 de abril y 87/20, de 27 de febrero, es evidente que el diagnóstico clínico es un proceso sumamente complejo, que se realiza en función de los síntomas que presenta cada paciente y de la manifestación de los mismos, que permiten al facultativo decidir la realización de pruebas diagnósticas que, a su vez, perfilan el diagnóstico final.

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

Pronunciamiento que debe completarse con lo señalado en la Sentencia de 28 de septiembre de 2023, de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, (procedimiento 797/2021), al referirse a la denominada prohibición de regreso, indicando al respecto que «*es necesario recordar, como hace la STS, sec. 5^a, de 11 de Julio de 2017 (Rec. 1406/2015) que las condiciones del diagnóstico han de ser valoradas conforme a las circunstancias del momento en que se había de hacer ese diagnóstico y no conforme a la información que en el momento de la sentencia y tras el curso causal, generalmente fatídico o perjudicial se ha desarrollado, pues*

ello sería crear o valorar condiciones y circunstancias inexistentes o una realidad que nos sería tal.

Así dice la mencionada sentencia que (...) la doctrina jurisprudencial de la “prohibición de regreso” (SSTS, Sala 1^a, de 14 y 15/febrero/2006, 7/mayo y 19/octubre/2007, 29/enero, 3/marzo o 10/diciembre/2010, 20/mayo y 1/junio/2011, por todas), que impide sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, sólo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente, ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias concurrentes en el momento en que tuvieron lugar; en definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada valorando si conforme a los síntomas del paciente se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido, pues, que a partir del diagnóstico final se considere las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban».

Sobre la base de lo expuesto, procede reiterar, de acuerdo con el relevante criterio de la Inspección Sanitaria, la corrección de la asistencia dispensada a la reclamante en el Hospital Universitario del Henares.

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

CONCLUSIÓN

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

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 25 de abril de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 211/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid