

Dictamen n.º: **36/24**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **01.02.24**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 1 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. y Dña. por el fallecimiento de D., (en adelante, “*el paciente*”), que atribuyen al retraso en el diagnóstico de una sepsis en el Hospital Universitario de La Princesa.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 7 de marzo de 2022, las personas citadas en el encabezamiento, presentan en el registro de la Consejería de Sanidad un escrito de reclamación por el fallecimiento de su familiar el 8 de mayo de 2021, a los 63 años de edad.

Exponen que, el 18 de diciembre de 2020 el paciente fue operado de cervicales en el Hospital Clínico San Carlos, donde se contagió de COVID, y recibió alta el 9 de enero de 2021.

Prosiguen su relato señalando que con posterioridad el paciente tuvo que acudir a Urgencias del Hospital Universitario La Princesa los

días 11, 15 y 24 de marzo de 2021, siendo diagnosticado de lumbalgia bilateral, presentó fuerte dolor lumbar y tuvo que acudir nuevamente a Urgencias los días 7, 17 y 18 de abril de 2021 manteniéndose el diagnóstico de lumbalgia probablemente secundaria a ostenosis de canal lumbar recibiendo alta domiciliaria.

Reprochan que el día 24 de abril de 2021 el paciente acudió a Urgencias con dolor lumbar severo, incapacidad para caminar y otros signos de alarma, ingresó con diagnóstico de lumbociatalgía con signos de alarma y tras realizarle una resonancia magnética para operarle de forma programada el 5 de mayo de 2021 “*lo vuelven a enviar a casa*” el 27 de abril.

Consideran que la resonancia magnética realizada en el Hospital Universitario de La Princesa el día 26 de abril de 2021 debió realizarse “*con contraste para magnético, que tenía el beneficio de diagnosticar un espectro más amplio de enfermedades de columna incluyendo accesos*”.

Refieren que el día 5 de mayo de 2021 fue operado con un diagnóstico erróneo puesto que durante la cirugía les comunicaron la presencia de sepsis, “*material purulento en espesor de vientres muscular de musculatura paravertebral, especialmente nivel L3 derecho*” y reprochan que no se tuvieron en cuenta los resultados de la analítica realizada días previos a la cirugía que, según los reclamantes indicaban infección y sepsis, se envió una muestra para estudio Gram urgente que fue informada telefónicamente como positiva para cocos Gram, se realizó limpieza de la cavidad con SSF con antibióticos y Betadine y se dejó drenaje submuscular, pero “*no aclaran de donde venía la infección*”.

Reprochan que en el postoperatorio no recibió la atención sanitaria necesaria y añaden que desde el día de la operación hasta el fallecimiento estuvo en planta sin que existan notas de Enfermería ni

consultas de Neurología, ni indicación del tratamiento recibido para la sepsis.

Solicitan una indemnización total de 155.924,40 euros con el siguiente desglose: 103.247 euros para el cónyuge viudo y 52.677 euros para la hija.

Acompañan a la reclamación el libro de familia y diversa documentación médica.

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

El paciente, de 62 años de edad en el momento de los hechos, con antecedentes médicos, entre otros, de enfermedad de Parkinson diagnosticado en 2008 en seguimiento en el Hospital Clínico San Carlos, seguimiento en Neurología del Hospital Universitario de La Princesa desde julio de 2019, en seguimiento por Urología por vejiga hiperactiva, quiste de Baker en rodilla izquierda, infección por COVID-19 con neumonía durante ingreso en diciembre 2020, dermatitis seborreica, tinea pedis y onicomicosis, intervenido quirúrgicamente de hernia inguinal derecha en 2007 y 2011, túnel del carpo derecho y estenosis de canal en C3-C5 con mielopatía cervical a nivel C3-C4 en diciembre de 2020 en el Hospital Clínico San Carlos, acude el 11 de marzo de 2021 a Urgencias del Hospital Universitario de La Princesa por lumbalgia de un mes de evolución irradiada a ambos glúteos y hasta ambos huecos poplíteos, que aumenta estando sentado, con la deambulación y de valsalva, que mejora totalmente estando en decúbito supino. Refiere dolor de 9/10, que imposibilita la deambulación, sin pérdida de fuerza ni de sensibilidad. Sin cefalea, sin náuseas, ni vómitos, sin pérdida de control de esfínteres, ni hematuria, ni dolor abdominal.

Refiere episodios previos antes de la cirugía en columna cervical, nunca tan intenso. Ha tomado paracetamol, Nolotil y Tramadol, sin mejoría. Niega dolor torácico. Sin disnea, ni fiebre.

Se realiza exploración física. Se encuentra consciente y orientado. Marcha inestable parkinsoniana. Resto de la exploración por aparatos sin alteraciones. No presenta apofisalgias, ni dolor a la palpación.

Se realiza analítica con resultados de normalidad, sin datos de infección y Rx de columna lumbosacra que informa de espondilolistesis L4-L5 que ha aumentado respecto a radiografía previa de 2020. Sin lesiones óseas agudas.

Se pauta analgesia con paracetamol y Nolotil. Con mejoría parcial se comprueba deambulación en consulta.

Dada la mejoría clínica, la estabilidad hemodinámica y la ausencia de datos de alarma se decide alta domiciliaria con diagnóstico de lumbalgia bilateral en el contexto de espondilolistesis sin datos de alarma en el momento actual, tratamiento sintomático y se solicita RM (resonancia magnética) lumbar para estudio.

El 15 de marzo de 2021, acude nuevamente a Urgencias con mal control de dolor lumbar bilateral irradiado a ambas regiones poplíteas sin otros síntomas asociados. Se realiza exploración física y se le administra tratamiento intramuscular con Voltaren, con mejoría del dolor. Se solicita cita con Neurocirugía y la Unidad de Dolor. Recibe alta con tratamiento sintomático.

El 24 de marzo de 2021 acude nuevamente a Urgencias por dolor a nivel del sacro desde hace tres semanas que se irradia hacia ambos miembros inferiores, hasta huecos poplíteos, dolor que cede con reposo. Refiere que ha limitado las actividades de su vida diaria. Sin fiebre, ni incontinencia urinaria, ni pérdida de fuerza. Ha estado yendo

al gimnasio y realizado rehabilitación, aunque el dolor no lo relaciona con el inicio de estas actividades. En Urgencias se pauta Celestone intramuscular con leve mejoría del dolor tras su administración. Se decide alta domiciliaria con pauta semanal de Celestone por 3 semanas más e intentar adelantar la cita en la Unidad del Dolor.

El 7 de abril de 2021 en la Unidad del Dolor el paciente refiere cuadro de dolor lumbar crónico reagudizado desde hace un mes y medio. No refiere antecedente traumático, el dolor lo refiere en la zona lumbar con irradiación por cara posterior de ambos muslos. el dolor aumenta con el valsalva. No refiere dolor en reposo, el dolor no le despierta por la noche, sino al pasar de sentado a bipedestación y en claudicación neurógena, a los 15 minutos aproximadamente.

Se realiza exploración física y por la clínica el paciente presenta afectación discal y probablemente facetaria con estenosis de canal en el último nivel lumbar.

Se le explica y ofrece tratamiento intervencionista una vez se tenga el resultado de la RMN.

El 17 de abril de 2021 acude a Urgencias. Se realiza exploración física. Presenta: temperatura de 36.0; presión arterial sistólica, 111; presión arterial diastólica, 75; frecuencia cardiaca, 82; saturación de oxígeno, 99.

Se llama al paciente hasta tres veces por megafonía y se busca en sala de espera, pero no acude. Se decide alta por incomparecencia. Diagnóstico: fuga.

El 18 de abril de 2021 acude a Urgencias. Refiere que el dolor, de características mecánicas, inicialmente tenía lugar con la movilización y ahora le aparece también en reposo. Asocia pérdida de fuerza en miembros inferiores con tendencia a caerse y hormigueos por cara

posterior del muslo hasta región poplítea. Está de realizar la RM lumbosacra y posterior valoración por Neurocirugía y la Unidad del Dolor. Afebril en todo momento.

La exploración física realizada se encuentra dentro de la normalidad. Recibe alta con diagnóstico principal de lumbalgia probablemente secundaria a estenosis de canal lumbar.

El 23 de abril de 2021 acude a Urgencias por empeoramiento de lumbalgia crónica desde hace 1 mes siendo de gran intensidad desde hace 48 horas, el dolor empeora con los movimientos notando parestesias de miembros inferiores con disminución de fuerza, relajación de esfínteres y no mejora con la analgesia. No refiere fiebre, ni sensación distérmica, sin náuseas, ni vómitos. Niega otra sintomatología.

Se realiza exploración física. Presenta temperatura, 37.2, presión arterial sistólica 152, presión arterial diastólica 88, frecuencia cardiaca 100, saturación de oxígeno 99. Presenta regular estado general, con dolor intenso en región lumbar. Normohidratado y normoperfundido. Eupneico en reposo. Región lumbar con desviación hacia izquierda con apofisalgia a nivel L4-L5.

Se realiza analítica, con resultados dentro de la normalidad y sin signos de infección, electrocardiograma, Rx de tórax y Rx de columna lumbar que informa de retrolistesis leve aumento respecto a previos. Se observa aplastamiento de cuerpo vertebral con disminución del espacio intervertebral en L4-L5.

Se interconsulta con Neurocirugía ante las lumbalgias de repetición y el empeoramiento del dolor que le supone imposibilidad de la bipedestación en las últimas 24h. Se decide ingreso a cargo de Neurocirugía para control del dolor y realizar una RM lumbosacra para estudio de posible patología lumbar. Se le explica al paciente y familiar

la necesidad de ingreso a cargo de Neurocirugía y el manejo a seguir, que entienden y aceptan.

Con diagnóstico de lumbociatalgia con signos de alarma ingresa en Neurocirugía el 24 de abril de 2021 hasta el 28 de abril.

El 25 de abril de 2021 se encuentra con buen estado general, consciente y orientado en las 3 esferas. Afebril y constantes estables. Dolor controlado con la analgesia pautada.

El 26 de abril de 2021 permanece afebril y con constantes estables.

Se realiza RM lumbosacra en la que se identifica alteración de la alineación de la columna lumbar con la presencia de una retrolistesis grado I D12 sobre L1 y una anterolistesis grado I L4 sobre L5. Estenosis marcada del canal lumbar L4-L5 y en menor intensidad L3-L4. Estenosis foraminal bilateral L4-L5.

El mismo día se realiza PCR Covid con resultado positivo.

El 27 de abril de 2021 se explica al paciente los hallazgos en la prueba de imagen y la posibilidad de manejo quirúrgico vs manejo conservador.

El 28 de abril de 2021 es valorado el caso en sesión de planificación quirúrgica y se programa intervención quirúrgica para el 5 de mayo de 2021.

A la vista de mejoría clínica del paciente, afebril y dolor controlado con analgesia pautada se decide alta a domicilio con ingreso programado para la intervención quirúrgica del día 5 de mayo y acudir a Urgencias para valoración médica si signos de alarma.

El 2 de mayo de 2021 acude a Urgencias por presentar desde hace 24h un bulto en región lumbar con intenso dolor que no mejora con la analgesia habitual, no refiere disminución de fuerza de miembros inferiores, ni disminución de sensibilidad, ni afectación de esfínteres.

Niega fiebre y otra clínica infecciosa ni otra sintomatología.

Se realiza exploración física. Presenta temperatura 36.3, presión arterial sistólica 99, presión arterial diastólica 50, frecuencia cardiaca 91, saturación de oxígeno 98.

Se realiza analítica con leucocitos 14,64 miles/mm³.

Se interconsulta a Neurocirugía que decide ingreso para control del dolor y vigilancia neurológica.

El 5 de mayo de 2021 se realiza cirugía programada para instrumentación lumbar por importante dolor de difícil manejo.

En la cirugía se objetiva importante absceso paravertebral a nivel lumbar, que se drena y manda a cultivar. Se sacan hemocultivos y analítica completa. Durante la cirugía permanece estable hemodinámicamente, FC 90-100 lpm, T^a 37.3 °C. Se administran 2 g. de ceftriaxona intravenosa y 240 mg de gentamicina intravenosa. Microbiología informa de cocos positivos en el exudado quirúrgico, por lo que se deja pautado, vancomicina y ceftriaxona. Se extuba en quirófano y pasa a URPA para vigilancia y control.

En el protocolo quirúrgico consta que se realiza disección por planos, hasta exposición de fascia prevertebral. Se aprecia material purulento en espesor de vientres musculares de musculatura paravertebral, especialmente a nivel L3 derecho. Se realiza inspección meticulosa visualizándose colección purulenta a nivel de musculatura paravertebral abierta a nivel de L3 pero que se entiende desde zona torácica hasta zona sacra en dicho plano. Se continúa disección por

planos sin visualizarse nuevas colecciones a otros niveles. Se envía muestra para estudio de Gram urgente informada telefónicamente como + para cocos Gram + (*Staphylococcus aureus* resistente a meticilina), se envía nueva muestra para estudio completo. Se procede a limpieza de la cavidad purulenta con antibióticos y betadine (folios 149 y siguientes).

Dados los hallazgos se decide no realizar el procedimiento quirúrgico programado. Se deja drenaje submuscular (lado izqdo.) y drenaje intramuscular en cavidad de absceso (lado derecho) con vacío completo, fijos a piel con grapas y seda.

Se interconsulta a Infecciosas que solicitan valoración por hallazgo intraquirúrgico de absceso en musculatura paravertebral y se administra tratamiento.

El paciente requiere cobertura en biterapia por aislamiento de cocos G + y BGN (bacilos G -) así como anaerobios. Daptomicina y Ceftarolina.

Regresa a planta estable, sin dolor tras 2 redones con aspiración, con fluidoterapia y reposo relativo.

Consta en los controles de Enfermería que el paciente permanece con constantes mantenidas, con poco dolor. Afebril y con buen estado general. Se levanta del sillón. Se administra tratamiento.

El 7 de mayo a primera hora a pesar de paracetamol pautado sube la temperatura a 38,5 °C. Se avisa al médico de Urgencias que valora al paciente y solicita analítica de sangre urgente, Rx de tórax, sistemático de orina y hemocultivos. Se administra Nolotil IV (intravenoso). Es valorado también por Medicina Interna de guardia que encuentra al paciente encamado, febril, desorientado. Niega dolor. El paciente tiene que estar en aislamiento de contacto.

Consta en las notas de Enfermería que el paciente continúa toda la noche con fiebre, medidas físicas y medicación intravenosa. Se avisa al médico de urgencias que encuentra al paciente realizándose un ecocardiograma. El paciente ha pasado mala noche por la fiebre. Pendientes de resultados de pruebas de imagen y ecocardiograma de cara a tratamiento y seguimiento por Enfermedades Infecciosas.

Dermatología valora al paciente y en la explotación presenta lesiones livedoides en pies, lesiones costrosas en ambos tobillos, simétricas, compatibles con ulceras por decúbito, una de ellas con aspecto más exudativo. Se recoge exudado de la lesión exudativa de tobillo izquierdo.

A las 14:52 h, Enfermería anota que el paciente se encuentra consciente y orientado., constantes estables, fiebre y se administra medicación según pauta. Se realiza TAC abdominal y ecocardiograma. Se avisa a Neurocirugía de guardia por no ceder la fiebre, se pauta Enantyum.

Se interconsulta a Infecciosas que valora al paciente. Realizado ETE se descarta endocarditis.

Se revisan pruebas de Microbiología. En pus recogida de flebitis de miembro superior derecho crece SARM.

El equipo de guardia valora al paciente. Presenta mala perfusión distal con saturación de 90% con caída posterior hasta el 85% que remonta. El estado del paciente va empeorando progresivamente. Se decide añadir Clindamicina y Actocortina, no obstante, se contacta con Medicina Intensiva.

Durante su valoración se canaliza vía central y un familiar del paciente manifiesta que no querría ser intubado ni sometido a medidas agresivas.

Neurocirugía explica a la esposa del paciente, presente en todo momento en planta, el mal pronóstico del paciente y se plantea la posibilidad de soporte en UCI. Se solicita PCR para COVID de rutina para ingreso en la UCI con resultado positivo.

Medicina Intensiva acude a valorar al paciente. Se decide ingreso en UCI. A la espera de cama, se canaliza vía central. El paciente presenta parada cardiorrespiratoria, decidiéndose no iniciar medidas dados los deseos previos del paciente de no intubar.

El mismo día 8 de mayo de 2021, el paciente fallece acompañado de su familia.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó 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).

Se ha incorporado al expediente la historia clínica del Hospital Universitario de La Princesa y del Hospital Clínico San Carlos.

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81.1 de la LPAC se ha incorporado al expediente un informe de 18 de abril de 2022 de la coordinadora de Urgencias del Hospital Universitario de La Princesa en el que tras indicar que el paciente fue diagnosticado en 2008 de estenosis del canal C3-C5 e intervenido en el Hospital Clínico San Carlos en diciembre de 2020, explica que el paciente consultó repetidamente en Urgencias por dolor en región lumbar y glútea desde febrero de 2020 evidenciándose una segunda estenosis del canal en relación con una espondilolistesis L4-L5 y en las distintas consultas no se objetivó fiebre ni alteraciones analíticas sugerentes de infección pero se realizó el estudio de la lesión, se realizó resonancia magnética e

interconsulta con Neurocirugía y la Unidad de Dolor para optimizar el tratamiento analgésico.

Manifiesta también que en la resonancia magnética efectuada el 26 de abril no se observó alteración de partes blandas adyacentes, que se habrían detectado aun sin contraste y ante la afectación motora que le impedía deambulación los neurocirujanos cursaron ingreso y programaron la cirugía que se realizó el 5 de mayo, en la que “*se objetivó una colección purulenta en la musculatura paravertebral lumbar aislando este filococo aureus meticilin resistente para el que se realizó la cobertura antibiótica adecuada, primero de forma empírica y posteriormente guiada por antibiograma, a pesar de lo cual la evolución fue mala, falleciendo el paciente el día 8 de mayo*”.

Figura también en el expediente el informe de 24 de mayo de 2022 del Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario de La Princesa en el que se relata la asistencia sanitaria dispensada.

Consta, igualmente, en el expediente el informe de 12 de mayo de 2023 de la Inspección Sanitaria que concluye que “*la actuación realizada por los distintos Servicios del Hospital Universitario La Princesa fue en todo momento adecuada en el curso clínico de este paciente*”.

Instruido el procedimiento, la instructora otorgó el trámite de audiencia a las reclamantes, y no figura en el expediente la presentación de alegaciones.

El 18 de diciembre de 2023 se ha formulado propuesta de resolución, desestimatoria de la reclamación presentada.

CUARTO.- El 2 de enero de 2024 se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el n.º 3/24, a la letrada vocal Dña. Rosario López Ródenas que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 1 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 superior a 15.000 euros, y por solicitud delegada del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

El presente dictamen ha sido evacuado dentro del plazo ordinario establecido en el artículo 23.1 del ROFCJA.

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se regula en la LPAC. 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 libro preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

Las reclamantes, cónyuge e hija del paciente, ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la LRJSP, en cuanto sufren el daño moral que provoca el fallecimiento del paciente. Han acreditado la relación de parentesco con copia del libro de familia.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende se atribuye a la asistencia sanitaria dispensada en un centro sanitario perteneciente a la red sanitaria pública madrileña.

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 este caso el *dies a quo* viene dado por el fallecimiento del paciente el 8 de mayo de 2021 por lo que la reclamación presentada el 7 de marzo de 2022 está formulada dentro del plazo legal.

En cuanto al procedimiento, no se observa ningún defecto en su tramitación; se ha recabado el informe del Servicio de Urgencias y del Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario de La Princesa a los que se imputa la producción del daño en virtud de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, el instructor ha solicitado informe de la Inspección Sanitaria y se ha incorporado la historia clínica del paciente. Tras la incorporación de los anteriores informes, se ha dado audiencia a las interesadas que no han formulado alegaciones. Finalmente, se ha dictado propuesta de resolución remitida, junto con el resto del expediente, a esta Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

En suma, pues, de todo lo anterior, 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.

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.- Del breve resumen de los presupuestos de la responsabilidad patrimonial incluidos en la consideración jurídica precedente, se deduce que no cabe plantearse una posible responsabilidad de la Administración sin la existencia de un daño real y efectivo a quien solicita ser indemnizado.

Ciertamente ya hemos adelantado la existencia del daño moral de las reclamantes por el solo hecho del fallecimiento del paciente. Sin embargo, la existencia de un daño, no es suficiente para declarar la existencia de responsabilidad, por lo que ha de analizarse si concurren los demás requisitos necesarios para apreciarla.

Las reclamantes imputan el fallecimiento de su familiar a un error y retraso en el diagnóstico de una sepsis.

También reprochan que la atención en Urgencias no fue la adecuada, que en el postoperatorio no recibió la atención médica necesaria y la ausencia de notas de Enfermería desde el día de la operación, ni indicación del tratamiento recibido para la sepsis.

Sin embargo, tal y como ya ha sido apuntado, para determinar la supuesta infracción de la *lex artis* debemos partir de la regla general de que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de junio de 2017 (recurso 909/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

En este caso, las reclamantes no han aportado al procedimiento ningún criterio médico o científico, avalado por profesional competente que sirva técnicamente para acreditar que el daño aducido sea consecuencia de un error o retraso en el diagnóstico, ni que hubo un seguimiento inadecuado de la patología que presentaba.

Esta falta de prueba hace necesario acudir a los informes médicos obrantes en el expediente, singularmente al de la Inspección Sanitaria, por su garantía de objetividad y rigor científico puesta de manifiesto en diversos dictámenes de esta Comisión Jurídica Asesora y en las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, como la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 25 de enero de 2018 (recurso 1/2016), o la Sentencia de 26 de julio de 2018 (recurso 768/2016), informes que desvirtúan los reproches de las reclamantes y ponen de manifiesto que la asistencia que le fue dispensada al paciente fue conforme a la *lex artis*.

Además, para evaluar la corrección de una concreta práctica médica hay que estar a la situación y síntomas del momento en que se realiza esta. Ello se traduce en que se deben aplicar a los pacientes todos los medios disponibles para su diagnóstico y tratamiento. Esta obligación de medios debe entenderse ceñida al contexto del momento y las circunstancias en que se efectúa la asistencia, es decir, a los síntomas que presenta cada paciente y a las probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología.

Al respecto, el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, en su Sentencia de 9 de marzo de 2017 (núm. de recurso 203/2014), manifestó que *“en lo que específicamente se refiere al diagnóstico de las enfermedades que los pacientes padecen, la garantía de medios comporta que se utilicen los medios disponibles coherentemente con los síntomas y signos que presenten, y con la información relevante que faciliten”*.

En ese caso, en la historia clínica e informes obrantes en el expediente se constata que el paciente, con antecedentes de cirugía de columna cervical en diciembre de 2020 en el Hospital Clínico San Carlos, desde el día 11 de marzo hasta el 24 de abril de 2021, acudió hasta en seis ocasiones a Urgencias con dolor en región lumbar, sin fiebre, ni alteraciones analíticas sugerentes de infección.

Cuando el paciente acude a Urgencias el día 23 de abril, en la exploración física no presenta fiebre y en la anamnesis el paciente no refirió tenerla. Presentaba dolor lumbar con parestesias en ambas piernas y disminución de fuerza, se solicitó interconsulta a Neurocirugía y queda ingresado para realizar RNM que según los informes obrantes en el expediente descartó la necesidad de cirugía urgente y en la que no se observó alteración de partes blandas adyacentes, que se habrían detectado, aun sin contraste. Se solicitó PCR para COVID con resultado positivo, se realizó preoperatorio y

recibió alta con dolor controlado con medicación y cita para cirugía programada el 5 de mayo.

El paciente acude nuevamente a Urgencias el día 2 de mayo y en la analítica realizada presenta, por primera vez, aumento de leucocitos, pero sin fiebre ni otra clínica infecciosa y según la Inspección Sanitaria “*aunque la clínica y los hallazgos de imagen nos pueden orientar ante una sospecha de infección, el diagnóstico es microbiológico tomando cultivos y muestras para identificar al agente causal. En este caso nunca hubo una sospecha de infección pues en ningún momento presentó clínica ni alteraciones analíticas, que la hicieran sospechar, hasta la analítica del día 2 de mayo y que no se acompañaba de clínica infecciosa ni otros signos de alarma*” y “*en la analítica del 5 de mayo las cifras de leucocitos son normales: 09,04 miles/mm3, con alteración de otros parámetros pero que en conjunto no diagnostican de sepsis*”.

Para la Inspección Sanitaria el diagnóstico con el que entra al quirófano el paciente el día 5 de mayo, estenosis marcada del canal lumbar L4-L5 y en menor intensidad L3-L4, estenosis bilateral foraminal L4-L5, fue correcto, y es al realizar la incisión cutánea cuando se apreció acúmulo de pus y se suspende el procedimiento para realizar limpieza, se toman muestras para cultivo y se dejan drenajes con pauta de antibioterapia de amplio espectro, pruebas de Microbiología en las que crece SAMR (*Staphylococcus aureus* resistente a meticilina) y se pauta tratamiento antibiótico adecuado según la Inspección Sanitaria.

Respecto al reproche de ausencia de asistencia médica en el postoperatorio la historia clínica evidencia lo contrario ya que el paciente fue atendido y controlado por Medicina Interna, Neurología, Enfermedades Infecciosas, Dermatología e Intensivistas.

Igualmente resulta desmentido en la historia clínica la reprochada ausencia de notas de Enfermería y consta que se le administró medicación según pauta: antibioterapia, tratamiento antitérmico, analgésicos por vía intravenosa y el mismo día 8 de mayo inicia tratamiento con Meropenem.

Así pues, en el caso examinado consideramos que no hubo retraso en el diagnóstico de sepsis y que el paciente fue tratado aplicándole los medios procedentes en función de la sintomatología que presentaba, sin que se haya evidenciado una mala praxis, actuación contra protocolos o con omisión de medios como exige constante jurisprudencia del Tribunal Supremo, por todas, la Sentencia de la Sala Tercera de 28 de febrero de 2012, con cita de otras anteriores de 25 de junio de 2010 o de 23 septiembre de 2010, así como las sentencias de 13 de julio de 2005 y 12 de julio de 2007 del mismo Tribunal, sin que pueda considerarse acreditado que su fallecimiento se produjera por una asistencia contraria a la *lex artis* como parámetro de antijuridicidad en la actuación sanitaria.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado la infracción de la *lex artis* en la asistencia sanitaria dispensada.

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 1 de febrero de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 36/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid