

Dictamen n.º: **63/24**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **08.02.24**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 8 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 D., por las secuelas que presenta tras un diagnóstico erróneo de un aneurisma renal en el Hospital Universitario Infanta Cristina y en el Hospital Universitario de Getafe

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado el día 26 de abril de 2022 en el registro del Ayuntamiento de Parla, el interesado antes citado, formuló reclamación de responsabilidad patrimonial frente al SERMAS, por los daños y perjuicios sufridos por el inicial error y el correspondiente retraso en el diagnóstico de un aneurisma renal en el Hospital Universitario Infanta Cristina, de Parla y en el Hospital Universitario de Getafe.

Según expone en su escrito, el reclamante acudió varias veces a los dos centros indicados, entre los días 19 y 24 de octubre de 2021, por presentar un fortísimo dolor en la zona lumbar, con imposibilidad

de movimiento y vómitos. Tras realizarle en la segunda ocasión una prueba radiológica, le diagnosticaron una lumbalgia mecánica, aunque en otro momento consideraron que presentaba una lumbalgia crónica agudizada. Señala que, en todos los casos, le pautaron tratamientos correspondientes a dolencias traumatológicas, eminentemente analgésicos.

Finalmente, el día 24 de octubre, el reclamante acudió al Hospital Universitario Infanta Elena, de Valdemoro, dónde le practicaron un TAC y se comprobó que realmente presentaba un aneurisma de aorta pararenal roto e insuficiencia renal subsidiaria a la enorme hemorragia interna producida, lo que obligó a realizarle una intervención de urgencia, que se prolongó durante 6 horas.

Añade que ha salvado su vida, pero tras la reinscripción del aneurisma le han quedado importantísimas secuelas físicas y psicológicas. Entre las primeras, destaca: pérdida de la funcionalidad de los dos riñones, que le obliga a acudir diariamente al servicio de diálisis; pérdida de movilidad generada por el desangramiento interno; continuos picores en las piernas que le impiden dormir por las noches y disfunción eréctil.

A resultas de todo lo expuesto y por sus enormes secuelas físicas y psicológicas, reclama una cantidad total de 1.500.000 €, que indica ha calculado de conformidad con las tablas de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema de valoración de daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, además de los intereses correspondientes, hasta su efectivo abono.

Se adjunta a la reclamación diversa documentación médica (folios 1 a 30 del expediente administrativo).

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

El reclamante, de 60 años de edad, fumador de 20 cigarrillos/día desde hacía 40 años, con antecedentes médicos de hipertensión y una asistencia en Atención Primaria el 14 de diciembre de 2020, por presentar dolor lumbar, con irradiación a los miembros inferiores; acudió el día 19 de octubre de 2021 al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Cristina, aquejado igualmente de dolor lumbar. En la exploración se reflejó: *“...acude por dolor lumbar crónico, agudizado en los últimos días y se ha irradiado a miembro inferior izquierdo. Niega traumatismo reciente. No alteración de esfínteres. No fiebre. Ha tomado un paracetamol sin mejoría*

Exploración física: Columna lumbar: espinopresión lumbar negativa. Dolor a la palpación de la musculatura paravertebral izquierda y glúteo izdo. Lasègue y Bragard negativos. Marcha de talones y puntillas sin alteraciones. Nervio medial distal ok. Marcha normal”. Ante tales datos diagnósticos, el juicio clínico fue que presentaba una lumbalgia mecánica.

Acudió por segunda vez al mismo servicio el día 20 de octubre, con alta el día 21, reflejándose el mismo motivo de consulta y como antecedente personal “lumbalgia crónica”. Además, se anotó: *“atendido por lumbociatalgia izquierda en Urgencias hace dos días, con mejoría parcial, acude por nuevo episodio de dolor, localizado en fosa lumbar izquierda e irradiado por cara lateral de miembro inferior izquierdo, de tipo mecánico, que se ha reproducido al salir del coche. No relajación de esfínteres, no pérdida de fuerza, aunque si refiere sensación de hipoestesia en cara lateral de muslo izquierdo. No dolor abdominal, no síndrome de urgencia miccional. No fiebre ni sensación distérmica.*

Ha tomado paracetamol y Nolotil sin mejoría. Refiere que lo único que le hace efecto es el diclofenaco”.

La exploración física denotó que el paciente estaba hemodinámicamente estable, con buen estado general, eupneico, afebril, sin apofisalgias. Que presentaba dolor a la palpación de la musculatura lumbar izquierda y el flanco izquierdo, Lasegue y Bragard negativos, con fuerza y sensibilidad conservada y sin percibirse hipoestesia.

También se hizo constar que el abdomen estaba blando, no doloroso, sin datos de irritación peritoneal y sin edemas en las extremidades inferiores, ni evidencia de trombosis venosa profunda.

Se le realizó en esa segunda ocasión una radiografía lumbar, que denotó la ausencia de lesiones óseas agudas.

Con todos esos datos y constatando que mejoraba con la medicación, se le diagnosticó una lumbalgia crónica agudizada, indicando la vigilancia en el domicilio y, si hubiera empeoramiento o nuevos síntomas, que acudiera de nuevo al Servicio de Urgencias hospitalario.

El día 22 de octubre de 2021, el paciente acudió a las Urgencias del Hospital Universitario de Getafe. Nuevamente, se reflejó como motivo de consulta el dato de la lumbalgia con 4 días de evolución, y, en cuanto a la anamnesis, se indicó: *“El paciente refiere dolor en región lumbar (bilateralmente) irradiada por cara lateral de miembro inferior izquierdo hasta la rodilla. Refiere además hipoestesia en cara interna del muslo izquierdo. Poliuria desde hace 2 días, niega otros síntomas urinarios (no disuria, no tenesmo vesical ni urgencia miccional). No traumatismos, sí sobreesfuerzo en su puesto de trabajo en los días previos. No pérdida de control de esfínteres. No fiebre, no sensación distérmica. Ha estado tomando dexketoprofeno 25mg y tramadol 50 mg (iniciado hoy) sin notar mejoría”.*

También se dejó constancia de una profusa exploración física, anotándose la temperatura (°C): 36.60, tensión sistólica (mm Hg): 133, tensión diastólica (mm Hg): 89, frecuencia cardiaca (lat/min): 131, saturación de oxígeno (%): 97 y constatando el buen estado general del paciente, que estaba consciente, orientado y colaborador.

Se le revisó el abdomen, con ruidos hidroaéreos, blando, depresible, sin masas ni visceromegalias, no doloroso a la palpación, sin signos de defensa, ni peritonismo. Presentaba Blumberg negativo, Roving negativo, Murphy negativo y cuño-percusión renal bilateral negativa.

En la columna lumbar, sólo se destacó el dolor a la palpación del cuadrado lumbar izquierdo, pese a no observarse contracturas musculares y, en cuanto a la movilidad, se anotó: *“lateralización activa y pasiva con limitación y dolorosa. Flexoextensión activa y pasiva con limitación y dolorosa. Miembros inferiores: Tono muscular normal. Fuerza conservada 4/5 en miembro inferior izquierdo. Ligera hipoestesia en cara interna de muslo izquierdo. Lasègue y Bragard negativos bilaterales. Marcha conservada, con dolor, y posible en puntas y talones”*.

Respecto al tratamiento, la evolución y otros comentarios, consta que se le administró dexketoprofeno intravenoso, con mejoría clínica y ligera hipoestesia de cara interna de muslo izquierdo y fuerza también algo disminuida - 4/5- en el miembro inferior izquierdo. No pérdida de control de esfínteres, ni apofisalgiyas y con marcha posible de talones y puntillas.

El médico que le atendió revisó la radiografía lumbar de dos días antes, constatando que no existían lesiones óseas agudas y se comprobó que el paciente estaba pendiente de cita preferente en la consulta de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital

Universitario Infanta Cristina. Comentando el caso con el servicio de guardia de Traumatología, el mismo valoró que el paciente no presentaba signos de alarma en ese momento, que el cuadro impresionaba de lumbalgia de características mecánicas y que se precisaba continuar el estudio de forma ambulatoria. Se decidió el alta hospitalaria y se explicaron al paciente los signos de alarma, por los que acudir a Urgencias.

Finalmente, el día 24 de octubre, el reclamante acudió al Hospital Universitario Infanta Elena, de Valdemoro, destacando en la analítica algunos datos alterados: una creatinina de 4,57, urea de 150, potasio de 6 y un valor de 13 de filtrado glomerular estimado.

En ese momento, el paciente manifestó que presentaba 5 días de evolución y que la sintomatología había ido a más, con limitación funcional, recibiendo tratamiento a base de metamizol y luego Enantyum + Adolonta, sin mejoría clínica. Además, se destacaba que el paciente refería pérdida de fuerza muscular que le impedía ponerse de pie y que, al caerse, presentaba incontinencia urinaria y fecal.

Se observó también que presentaba parestesia en la zona femoral proximal y en la cara interna del muslo izquierdo; sedestación con postura antálgica; reflejos rotuliano bilateral conservado con ligera hiperreflexia osteotendinosa; sensibilidad en piernas y pie conservado, pero menos sensible en el lado lateral de la pierna derecha. Por su parte, el familiar que lo acompañaba, destacó que notaba desorientado al paciente.

La evolución de la sintomatología determinó que se cursara interconsulta al Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, TC craneal, TC abdominal y TC helicoidal de abdomen.

De las tomografías abdominales resultó el hallazgo de un aneurisma de aorta abdominal infrarrenal, de aproximadamente

80x68 mm de diámetro en el plano axial, mostrando signos de rotura, con la presencia de un extenso hematoma periaórtico, que se extendía a lo largo del flanco izquierdo, hasta la zona pélvica.

Junto con el aneurisma abdominal infrarrenal roto, se observó una insuficiencia renal aguda secundaria; anemia normocítica normocrómica (hb 9.4) sintomática; hiponatremia leve (na^+ 130), posiblemente sintomática; hiperpotasemia moderada 5.8 y dudosa hemorragia digestiva alta.

A las 02.07 h, de ese mismo día 24 de octubre, el paciente ingresó en Cirugía Vasculuar, para tratamiento quirúrgico urgente.

Se le intervino de forma emergente el día 25 de octubre de 2021 con resección de aneurisma e interposición de injerto aortoiliaco izquierdo y femoral derecho con prótesis de dacron 18/9 mm, vía retroperitoneal, precisando transfusión de hemoderivados. A continuación, fue ingresado en la UCI, donde presentó inestabilidad hemodinámica en las primeras 12h tras la cirugía, con marcada acidosis metabólica y precisando terapia extracorpórea de purificación renal, por la insuficiencia renal.

Se llevó a cabo extubación a las 48h de la cirugía, siendo valorado por Nefrología, por fracaso prerrenal, precisando hemodiálisis y colocación de catéter tunelizado.

El día 3 de noviembre de 2021, el paciente fue trasladado a hospitalización dada su estabilidad clínica, con fracaso renal. En planta se continuó con la hemodiálisis por parte del Servicio de Nefrología y se inició tratamiento rehabilitador general y fisioterapia respiratoria.

El día 4 de noviembre se le realizó Ecodoppler renal y el día siguiente un angioTAC de Aorta que denotó: *“Tronco celíaco, ocluido en su origen. Se observa repleción probablemente retrógrada a partir de colaterales pancreatoduodenales desde arteria media superior.*

Arterias Renales: Ocluidas/No permeables desde el origen. Asocia hipodensidad global del riñón izquierdo, que sugiere ausencia de perfusión renal”.

El día 10 de noviembre de 2021, el paciente comenzó con un dolor lumbar muy importante y anemia, por lo que se le realizó otro angioTAC, que constató sangrado activo en anastomosis proximal del injerto y fue intervenido nuevamente de forma emergente, por el mismo acceso retroperitoneal, reforzando la línea de sutura, con punto suelto y hemostático, cesando la hemorragia.

Fue posteriormente trasladado de nuevo a la UCI para control hemodinámico y, durante su ingreso en dicha unidad, se detectó la desaparición de pulsos en miembro inferior izquierdo, sin datos de isquemia crítica y sin repercusión clínica, por lo que se optó por un tratamiento conservador.

Ante la estabilidad hemodinámica y la ausencia de nuevos signos de sangrado se reinició profilaxis con heparina de bajo peso molecular y el paciente fue trasladado de nuevo a planta, permaneciendo en esa área ingresado hasta el 29 de noviembre de 2021, fecha en que fue dado de alta.

Durante todo el ingreso, el paciente sufrió: aneurisma de aorta abdominal pararenal roto; fracaso renal agudo AKIN III anúrico que precisa de hemodiálisis; anemia postquirúrgica; una segunda intervención quirúrgica urgente por sangrado anastomosis; derrame pleural con drenaje de tubo de tórax; íleo paralítico adinámico,

acidosis metabólica, dehiscencia de lumbotomía y, finalmente, injerto aortoiliaco izquierdo y femoral derecho.

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

El día 4 de mayo de 2022, se notificó al afectado la incoación del procedimiento, con indicación de la normativa aplicable y del sentido desestimatorio del eventual silencio y, con igual fecha, se solicitó la incorporación de la historia clínica del paciente a los centros hospitalarios donde fue tratado; reclamando igualmente del Hospital Universitario Infanta Elena la remisión de sus asistencias, precisando que pese a no cuestionarse su intervención, era necesario su detalle para la mejor comprensión del conjunto de la patología del paciente.

Consta en primer lugar incorporada la historia clínica del paciente en Atención Primaria, correspondiente al Centro de Salud San Blas, de Parla, con referencias a “*dolor lumbar crónico*” y “*dolor en la cadera irradiado en la pierna*”, en fecha 14 de diciembre de 2020, con dolor lumbar, con irradiado a los miembros inferiores y los días 20, 21 y 22 de octubre de 2021, junto con las anotaciones de las asistencias hospitalarias.

También consta la historia clínica remitida por la Gerencia del Hospital Universitario Infanta Cristina, en cuanto a las atenciones en las Urgencias de ese hospital, los días 19 y 20 de octubre de 2021 y se ha incorporado al expediente un informe del coordinador del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Cristina (folios 48 y 49), de fecha 27 de mayo de 2022.

El informe señala que el 19 de octubre de 2021, el paciente acudió al Servicio de Urgencias Generales del hospital por presentar cuadro de dolor lumbar irradiado a extremidades inferiores; que por parte de la facultativa de Urgencias, se practicó rigurosa anamnesis y exploración física completa para el síntoma guía que refería el paciente, pues en ese momento no existían indicios para sospechar el padecimiento de una enfermedad diferente que exigiera la práctica de pruebas adicionales para su descarte y que, tras la realización de todas las comprobaciones que exigía la clínica, se concluyó que el cuadro era compatible con un episodio agudo de la lumbalgia crónica que el paciente ya padecía y se le pautó el tratamiento analgésico acorde a dicha patología, siendo dado de alta.

En cuanto a la asistencia del día siguiente, se destaca que, acudió por experimentar nuevo episodio de dolor localizado en fosa lumbar izquierda irradiado por cara lateral del miembro inferior izquierdo, de tipo mecánico, pues, como refirió expresamente el paciente y se reflejó "*se ha reproducido al salir del coche*", al igual que la sensación de hipoestesia en la cara lateral del muslo izquierdo. Por tanto, existía una causa-efecto relacionada con su sintomatología, que enfocaba su interpretación como un dolor de características mecánicas y encajaba en el contexto de una lumbociatalgia previa.

Asimismo, según se destaca, el paciente había expresado una "*mejoría parcial*" con el tratamiento pautado y, según explica el mismo informe, de haberse tratado de un dolor asociado al aneurisma de aorta abdominal infrarrenal que finalmente padeció, no habría respondido al tratamiento analgésico pautado, ni se habría reproducido con el movimiento, sino que habría sido de naturaleza constante. Por otra parte, en la exploración física, tampoco se evidenciaron datos indicativos de esta afección cardiovascular.

Pese a todo ello, en esta segunda ocasión, se decidió completar el diagnóstico, realizando una prueba de imagen radiológica, en relación con la patología que se consideraba concurría y sin encontrar signos de mayor alarma, se pautó el tratamiento propio de esta patología, con la indicación expresa de seguir el control por su médico de familia y de acudir de nuevo a Urgencias, si se producía el empeoramiento o la aparición de nuevos síntomas. También se cursó interconsulta a Traumatología, para su valoración ambulatoria.

Finalmente, el informe destaca que: *“la solicitud de pruebas diagnósticas por parte de este Servicio se fundamenta exclusivamente en su pertinencia en relación a los signos y síntomas presentados por el paciente, y cumpliendo lo prescrito en los protocolos y manuales comúnmente empleados en las disciplinas de Urgencias y Emergencias. De lo contrario, se adoptarían decisiones ilógicas y erráticas...”* Y también: *“...No se puede esperar la emisión de un diagnóstico acertado en base a una sintomatología no referida por el paciente y, más aún, si se le emplazó a que, ante la aparición de nuevos síntomas o empeoramiento de los actuales, volviera a nuestro servicio”*.

Por todo ello el informe concluye que, en ambos momentos asistenciales, el diagnóstico del aneurisma de aorta abdominal infrarrenal no era posible y que, incluso cabe la posibilidad de que el paciente presentara una lumbalgia crónica agudizada entonces y que, posteriormente desarrollase el aneurisma que finalmente padeció. Por tanto, la actuación de las facultativas que atendieron al paciente en este Servicio de Urgencias fue correcta y adecuada a la *lex artis ad hoc*.

El 9 de mayo de 2022, se aportó la documentación expresiva del ingreso del paciente en el Hospital Universitario Infanta Elena, a partir del día 24 de octubre -folios 54 al 338-.

Seguidamente consta la historia clínica remitida desde el Hospital de Getafe, sobre la asistencia en Urgencias del día 22 de octubre de 2021, donde también se diagnosticó y trató una lumbalgia mecánica al paciente. Adicionalmente consta un amplio informe, de fecha 13 de julio de 2022, suscrito por el coordinador del Servicio de Urgencias del referido hospital -folios 347 al 357-.

Dicho informe refiere que el paciente acudió a las Urgencias del Hospital Universitario de Getafe el día 22 de octubre de 2021 describiendo sintomatología propia de una lumbalgia o, en general, de una patología de espalda, con 4 días de evolución y sin evidenciar ningún otro dato o signo de alarma que apuntara al aneurisma, denotándose únicamente como aspecto novedoso una ligera hipoestesia y disminución de fuerza en el miembro inferior izquierdo, lo que hacía pensar en la posible afectación de la raíz nerviosa -afectación radicular-, habitualmente propia de una hernia discal, pero nunca relativa a un aneurisma.

De ese modo, constando solicitada una cita preferente en consulta de Traumatología, cursada ese mismo día por su médico de familia y revisada la radiografía efectuada sólo dos días antes, en la que no se apreciaba patología urgente, se dio el alta al paciente con refuerzo de la analgesia, de conformidad a la *lex artis*.

El 1 de septiembre de 2022 la aseguradora del SERMAS, acusó formalmente recibo de la comunicación del siniestro, que se le había efectuado en el mes de abril del mismo año.

A continuación, consta la historia clínica del paciente del Hospital Infanta Elena, de Valdemoro, donde permaneció ingresado entre el 24 de octubre y el 29 de noviembre de 2021, por dolor lumbar resultante de un aneurisma de aorta abdominal roto, con hematoma y sus complicaciones posteriores.

En la misma se documenta que el paciente fue intervenido de forma emergente el día 25 de octubre de 2021, con resección del aneurisma e interposición de injerto aortoiliaco izquierdo y femoral derecho, con prótesis de dacron 18/9 mm vía retroperitoneal, precisando transfusión de 4 hemoderivados.

Esa situación determinó un ingreso prolongado en la UCI, con episodios de inestabilidad hemodinámica y diversas complicaciones, entre ellas una nueva intervención el día 10 de noviembre, en la que hubo de reforzarse la sutura del acceso retroperitoneal –folios 359 al 383-.

Se denota que el paciente ha sufrido a consecuencia de todo ello, la pérdida de la función renal, por lo que precisa de hemodiálisis periódicas. También constan disfunciones sensitivas y motoras en el miembro inferior izquierdo.

Se ha incorporado igualmente al procedimiento el informe de la Inspección Sanitaria de fecha 18 de agosto de 2023 (folios 385 a 394) que analiza la asistencia prestada al paciente y concluye que no existen datos de actuación inadecuada, por parte de los Servicios de Urgencias de los hospitales Infanta Cristina y de Getafe, en referencia a la sintomatología y los datos clínicos del paciente, durante los días 19 al 22 de octubre de 2021 y precisa que, en su opinión, una vez revisada en profundidad la evolución de la patología del paciente, considera que no aparece la existencia de un aneurisma pararenal en las pruebas radiológicas (TAC y AngioTAC) y que realmente presentó un aneurisma infrarenal, a la vista del lugar donde se produjo la rotura del aneurisma.

Tras la incorporación al procedimiento de todo ello, se ha evacuado el oportuno trámite de audiencia al reclamante en el

procedimiento, constando su notificación el día 7 de noviembre de 2023.

El día 22 de diciembre de 2023 del reclamante presentó escrito de alegaciones, en el que se reitera en sus planteamientos, al entender que medió desatención y omisión de medios diagnósticos en las asistencias que cuestiona. Adjunta resolución de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social, de 9 de julio de 2021, que reconoció al reclamante una discapacidad del 75%, con previsión de mejoría, a revisar antes de 17 de febrero de 2025, así como otra documentación médica que ya constaba incorporada al procedimiento.

Finalmente, con fecha 26 de diciembre de 2023, se ha formulado propuesta de resolución por el viceconsejero de Sanidad y director general del SERMAS (folios 413 al 417), desestimatoria de la reclamación, al considerar que las actuaciones sanitarias cuestionadas resultan conformes a la *lex artis ad hoc*.

CUARTO.- Por escrito de la consejera de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 22 de enero de 2024, se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el n.º 27/24, a la letrada vocal Dña. Carmen Cabañas Poveda que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 8 de febrero de 2024.

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

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000€ por solicitud 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 20 de enero, (en adelante, ROFCJA).

El dictamen ha sido evacuado dentro del plazo ordinario establecido en el artículo 23.1 de dicho Reglamento.

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al haber recibido la atención sanitaria objeto de reproche.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en dos centros sanitario vinculados o dependientes de la administración sanitaria madrileña: el Hospital Universitario Infanta Cristina, de Parla, centro concertado con la sanidad madrileña y el Hospital Universitario de Getafe, integrado en el SERMAS.

Como es sabido, esta Comisión viene reconociendo la legitimación de la Comunidad de Madrid en ambos supuestos, siguiendo el criterio mantenido por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en sentencias como la de 14 de marzo de 2013 (rec. 1018/2010), con la única exigencia de observar una adecuada notificación del procedimiento a los centros concertados o conveniados, al tener la condición de interesados en el procedimiento; según consta efectuado en este caso, respecto del Hospital Universitario Infanta Cristina de Parla, que además ha manifestado ampliamente los razonamientos en que fundamenta la rectitud de sus asistencias.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 LPAC el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el caso que nos ocupa, resulta de la documentación examinada, que el reclamante cuestiona las asistencias de los días 19, 20 y 21 de octubre de 2021, al no detectarle un aneurisma de aorta roto que se le debió intervenir el día 24 del mismo mes y año, por el que debió permanecer hospitalizado hasta el 29 de noviembre de 2021, ocasionándole importantísimas secuelas. Según lo expuesto, la reclamación presentada el día 26 de abril de 2022, se habría

presentado en plazo, con independencia de la evolución de las secuelas.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se ha incorporado la historia clínica del paciente y se han solicitado e incorporado los informes preceptivos previstos en el artículo 81 de la LPAC, esto es, el de los dos servicios de Urgencias hospitalarios cuyas asistencias se cuestionan. También consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria.

Después de la incorporación de los anteriores informes se realizó el trámite de audiencia al reclamante y se ha dictado propuesta de resolución.

Por tanto, debe concluirse que la instrucción del procedimiento ha sido completa, destacando que, aunque no se ha efectuado para con el centro concertado un trámite específico de alegaciones finales, el informe emitido por la Gerencia, suscrito por el responsable de su Servicio de Urgencias, manifiesta con todo detalle su posición contraria a la reclamación y los argumentos en defensa de su proceder, sin que consten datos facticos novedosos posteriores.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 106.2 de la Constitución Española, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la LRJSP en su título preliminar, capítulo IV, artículos 32 y siguientes. Regulación que, en términos generales, coincide con la que se contenía en los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de

las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2018 (recurso de casación 5006/2016), de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere:

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

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 20 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que *“es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo, 10 de octubre y 25 de noviembre de 2095, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 2096, 16 de noviembre de 2098, 20 de febrero, 13 de marzo y 29 de marzo de 2099)”*.

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) *“no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”*.

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

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 5ª) de 15 de marzo de 2018 (recurso de casación 1016/2016), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal [por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (recurso de casación núm. 4229/2011) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010) que *“no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida*

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

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, como señalan las sentencias de 20 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010) y de 27 de abril de 2015, (recurso de casación núm. 2114/2013), en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales *“puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido”*, cabe entender conculcada la *lex artis*, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal.

QUINTA.- Aplicada la anterior doctrina al presente caso, resulta acreditado en el expediente que el reclamante padeció un aneurisma aórtico abdominal roto, que le fue diagnosticado y tratado el día 24 de octubre de 2021; considerando que los síntomas que presentaba desde 5 días antes y por los que solicitó asistencia en otros dos servicios de urgencias hospitalarios ya denotaban esa patología y que,

no se le diagnosticó, ni trato, en esos días previos, empeorando por ese motivo enormemente su pronóstico, con vulneración de la *lex artis*.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la praxis exigible a los profesionales que atendieron a la paciente, debemos partir de lo que constituye regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación.

En el presente caso, el reclamante sostiene que la asistencia sanitaria prestada por los servicios de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Cristina y por el del Hospital Universitario de Getafe no fueron adecuadas, porque considera que debieran haberle sometido a procedimientos diagnósticos adicionales a los efectuados, susceptibles de haber evidenciado el aneurisma, antes de romperse y, por tanto, permitiendo que fuera tratado con mejor pronóstico.

Ahora bien, tales afirmaciones resultan contradichas por la historia clínica y los informes incorporados, donde figura que: el paciente presentaba antecedentes de lumbociática crónica y manifestaciones de dolor lumbar con irradiación ciática (dolorosas y/o hipoestésicas); que las molestias y síntomas de los días 19, 20 y 21 de octubre de 2021 aparecían en relación con determinados esfuerzos (ej. salir del coche); que sus síntomas mejoraban con medicación antiinflamatoria y que el paciente no presentaba fiebre, ni dolor abdominal, siendo la exploración abdominal normal, con abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias, sin signos de defensa o peritonismo.

Por el contrario, en la asistencia del día 24, ya concurrían otros síntomas adyacentes, de un carácter diferente, que permitían hacer pensar en alguna patología distinta, coexistente o no con la patología

de espalada. Tal sintomatología novedosa era: malestar general, mareo, inestabilidad para la marcha, náuseas y vómitos. Además, concurrían alteraciones analíticas y se detectó a la exploración del abdomen, un soplo abdominal y dolor a la palpación profunda de flanco izquierdo, donde se apreciaba una masa pulsátil.

Por tanto, si bien la sintomatología inicial no aconsejaba actuaciones ni procedimientos diagnósticos diferentes a los propios de una patología traumatológica; los síntomas del día 24 de octubre ya aconsejaban realizar otro tipo de pruebas diagnósticas, como las que se efectuaron al paciente, para buscar otras dolencias diferentes: RNM, TAC y AngioTAC.

En este sentido, el informe de la Inspección Sanitaria pone de manifiesto que, *“lo primero que hay que tener en cuenta, en cualquier valoración de una actuación médica, es si las actuaciones realizadas se ajustan a las manifestaciones (síntomas y signos clínicos) que presentaba el paciente.*

El ajustar la valoración al conocimiento posterior, buscando la existencia de posibles concordancias entre esos datos y el diagnóstico final, es una mala práctica, pues lo que se tiene que determinar es la concordancia de las actuaciones con los datos existentes”.

De ese modo, cabe recordar que no deben enjuiciarse las actuaciones médicas *ex post facto*, sino *ex ante*, dados los síntomas y la clínica que presente el paciente en cada momento, lo que conecta con la doctrina sobre la “prohibición de regreso” en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración, de la que nos hemos hecho eco en nuestros dictámenes, sirva como ejemplo nuestro dictamen 416/18, de 20 de septiembre y los que en él se citan, con apoyo en la doctrina jurisprudencial del Tribunal Supremo puesta de manifiesto, entre otras, en la Sentencia de 11 de julio de 2017 (Recurso de Casación para la unificación de doctrina n.º 1406/2015),

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”.

Ciertamente, 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 se realiza en función de los síntomas que presenta el paciente y que permiten al facultativo decidir la realización de pruebas diagnósticas que, a su vez, perfilan el diagnóstico final.

En este sentido, como destacan las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de abril de 2018 (rec. 75/2017) y de 31 de enero de 2019 (rec. 815/2016): *“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.

El error de diagnóstico es fuente de responsabilidad patrimonial de la Administración, por incumplimiento de la obligación de aplicar las técnicas sanitarias en función del proceso a conocimiento de la práctica médica.

Ahora bien, no todo error de diagnóstico da lugar a responsabilidad y ha de insistirse en que, para que ello suceda, es necesario que como consecuencia del error no se haya procurado al paciente la asistencia sanitaria exigible”.

Aplicando todo ello al presente, según el informe de la Inspección Sanitaria, con los datos clínicos que se contaba en el momento de las asistencias cuestionadas, resulta dudoso afirmar que los dolores lumbares del reclamante de los días 19 al 22 de octubre de 2021 fueran las primeras manifestaciones de la existencia del aneurisma y, por el contrario, es posible también admitir que coincidieran parcialmente en el tiempo con manifestaciones ciáticas propias de una patología de espalda; de tal forma que una lumbociática pudiera haber enmascarado las manifestaciones del aneurisma aórtico.

Debe concluirse, por tanto, que la asistencia sanitaria prestada al reclamante los días 19, 20, 21 y 22 de octubre de 2021, en los servicios de Urgencias de los hospitales referenciados fue ajustada a la *lex artis ad hoc*, como concluye el informe de la Inspección Sanitaria que señala que, el paciente previamente presentó manifestaciones de lumbociática, cuya atención se ajustó a la práctica

médica habitual, no existiendo datos de actuación inadecuada a las manifestaciones, presentadas en ese momento, por parte de los servicios de Urgencias de los hospitales Infanta Cristina y Getafe.

Conclusión a la que debemos atenernos dado que el informe de la Inspección Sanitaria 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 n.º 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 reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado *mala praxis* en la asistencia sanitaria prestada al reclamante.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el

plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 8 de febrero de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 63/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid