

Dictamen n.º: **48/26**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **28.01.26**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 28 de enero de 2026, 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, a través de sus representantes, por Dña. ... y sus hijos, D. ..., Dña. ..., D. ... y D. ... (*“los reclamantes”*), en su condición de madre y hermanos, respectivamente, por el fallecimiento de Dña. ... (*“la paciente”*) que atribuyen a una deficiente asistencia sanitaria durante una cirugía de lobectomía en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 29 de mayo de 2023, las personas indicadas en el encabezamiento presentan un escrito de responsabilidad patrimonial frente al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) por los daños ocasionados que se le han generado como consecuencia de una incorrecta asistencia en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (en lo sucesivo, HUFJD), que provocó el fallecimiento de su familiar.

Narran que la paciente, de 61 años, acudió a consultas externas del Servicio de Neumología del HUFJD en fecha 17 de enero de 2022 por haber sufrido un presíncope, realizándose prueba radiológica en el Servicio de Urgencias, en la que se identificó un nódulo pulmonar, refiriendo la paciente tos seca, disnea y astenia.

Añaden que dicho estudio en Urgencias se completó con TAC donde se confirmó la presencia de nódulo de 33mm en lóbulo superior derecho y un nódulo en LM, además adenopatía hiliar ipsilateral de 10mm, siendo la conclusión diagnóstica “*neoplasia de pulmón T2A N1 MX*”.

Señalan a continuación que el 9 de febrero de 2022 se realizó en el mismo HUFJD broncoscopia que confirmó la masa pulmonar en lóbulo superior derecho, remitiendo muestras a anatomía patológica, confirmando el informe anatomopatológico la presencia de adenocarcinoma.

Añaden que la paciente fue remitida al Servicio de Oncología del HUFJD que clasificó la enfermedad en estadio IIB e informando a la paciente que sería sometida a intervención quirúrgica de lobectomía.

Tras finalizar 4 ciclos de quimioterapia la paciente fue remitida a la consulta del Servicio de Cirugía de Tórax para planificar cirugía de lobectomía, donde, según señalan, se informó a la paciente del buen pronóstico de la enfermedad neoplásica, pues tras los ciclos recibidos había tenido una mejoría parcial, según el PET TAC de 2 de junio de 2022.

Añaden que, con fecha 9 de junio de 2022, se planteó que la cirugía se realizaría vía robótica con Da Vinci y que según explicaron los cirujanos torácicos, esta tecnología mejoraba sustancialmente los resultados de las cirugías, de forma que tendría una recuperación postoperatoria mucho más corta.

Según narran en su reclamación, el documento de consentimiento informado fue firmado por la paciente a través de una tablet y solo la última hoja (3 de 3), habiendo introducido a posteriori las otras dos hojas no firmadas por la paciente, añadiendo que, en cualquier caso, dicho documento no recoge si la técnica sería de cirugía abierta o robótica.

Según advierten la cirugía de lobectomía se programó vía robótica, como figura en los propios informes de preanestesia e iba a ser ejecutada por (...), cirujano torácico experto en robótica. Sin embargo, como este facultativo estaba de vacaciones ese día, de la cirugía robótica que estaba programada y planificada el día 21 de junio de 2022, de forma absolutamente unilateral por parte de los facultativos de Cirugía Torácica, se decidió realizar por los mismos una cirugía de lobectomía abierta con mayores riesgos que la cirugía robótica.

Añaden que, lamentablemente, durante esta cirugía hubo complicaciones graves y otras actuaciones negligentes en el abordaje de dichas incidencias quirúrgicas por parte de los cirujanos torácicos. A estos efectos señalan que, como se describe en el informe quirúrgico, *“durante la disección de la arteria recurrential se produce avulsión parcial de la base de implantación, con desgarro de 1- 2 mm que se comprime e intenta suturar. Se produce desgarro importante en la arteria interlobar que obliga a compresión y clampaje de la arteria proximal”*.

Advierten que figuran en las anotaciones de la anestesista (...) que se produjo sobre las 19:00 horas de la tarde una *“rotura amplia de la arteria pulmonar”* avisándose a cirugía cardiaca para reparación y a banco de sangre por hemorragia masiva, no constando que durante el procedimiento quirúrgico se revisara la cavidad torácica.

Según señalan, durante la noche la paciente permaneció estable e intubada en la sala de reanimación, añadiendo que la anestesista a su llegada la encontró “*despierta, reactiva y respondiendo órdenes*”.

Posteriormente, según manifiestan en su reclamación, a las 9 horas del día 22 de junio “*se presencia hipotensión extrema, drenaje de pleur-evac con salida abundante y pérdida de conciencia con bradicardia, presenciado por anestesia*”, iniciándose maniobras de RCP avanzada, avisándose a Cirugía Torácica que decidió trasladarla a quirófano para cirugía de urgencia. Tras 10 minutos de RCP (4 ampollas de adrenalina IV), se consiguió pasar a quirófano para toracotomía emergente e intentar control del sangrado y tras una hora de maniobra de reanimación, la paciente falleció debido a ese sangrado masivo en quirófano, certificándose el exitus intraoperatorio de la paciente a las 11 horas y añadiendo que consta documentado que tras el cese de maniobras, se procedió a explorar mejor el lecho quirúrgico observando un desgarró de vena ácigos que podría estar en relación con intervención quirúrgica pues resecaron en dicha zona, por lo que, según manifiestan los reclamantes, se evidencia que la paciente “*falleció de un desgarró de la vena ácigos que pasó desapercibido durante la primera intervención quirúrgica*”.

Por tanto, de lo expuesto, los reclamantes concluyen la existencia de varias actuaciones negligentes y contrarias a la *lex artis ad hoc*, en concreto, (i) desde un punto de vista jurídico, el cambio de abordaje quirúrgico de robótica (supuestamente con menor tasa de complicaciones) a cirugía abierta y (ii) desde un punto de vista médico, consideran que los cirujanos incurrieron en una deficiente o inexistente revisión de la cavidad torácica pasando desapercibido el desgarró de la vena ácigos que fue lo que provocó el hemotórax masivo que desencadenó en el fallecimiento de la paciente.

Por todo ello, reclaman la cantidad de 111.895,01 euros, de conformidad con la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, tomando como referencia el año 2022 y con el siguiente desglose:

“1. Perjuicio personal:

Madre: 43.880,41.-€

4 Hermanos mayores de 30 años: 16.455,15 € x 4 = 65.820,6.-€

2. Perjuicio patrimonial:

438,80 € sin justificar x 5 perjudicados: 2.194.€”.

Por otra parte, solicitan que se reciba el procedimiento a prueba procediendo a la incorporación del historial clínico completo de la paciente al expediente administrativo, requiriendo para ello a hospitales y demás organismos públicos su aportación.

Los reclamantes acompañan a su reclamación, entre otros documentos, poder para pleitos a favor de sus representantes, certificado de defunción y libro de familia, documento de consentimiento informado al que hemos hecho referencia, informes médicos del HUFJD, así como dictamen pericial, de fecha 11 de mayo de 2023, elaborado por médico especialista en Cirugía General y Digestiva y en Cirugía Torácica *“con el fin de evaluar el diagnóstico y tratamiento al que fue sometida la paciente”*.

SEGUNDO.- Admitida la reclamación el 31 de mayo de 2023, el instructor solicitó en esa misma fecha al HUFJD la historia clínica y el informe preceptivo del servicio o servicios afectados, solicitando que aclararan en su informe, si la atención fue o no prestada a través del

concierto con esa consejería, y si los facultativos intervinientes en dicha atención pertenecen a la Administración Sanitaria Madrileña, pidiéndoles, por último, que dieran traslado de lo comunicado a su Compañía de Seguros.

A este requerimiento, desde el HUFJD se contesta el 14 de junio de 2023, señalando que la atención dispensada a la paciente fue en virtud del concierto suscrito con la Comunidad de Madrid, siendo los facultativos personal de la plantilla de la Fundación Jiménez Díaz- UTE, así como que ésta tiene suscrita póliza de responsabilidad civil y que ha comunicado a su aseguradora esta reclamación. Así mismo acompañan informe del Servicio de Cirugía Torácica y la historia clínica de la paciente (folios 137 a 1100), de la que se extraen los siguientes hechos relevantes:

La paciente, nacida en octubre de 1960, contaba con antecedentes de episodios de hematuria con diagnóstico de enfermedad mieloproliferativa crónica y trombocitemia esencial Jak2+ (hemorrágica).

Con fecha 28 de diciembre de 2021 acude al Servicio de Urgencias del HUFJD traída por el SUMMA por un episodio de pérdida de conciencia con pérdida del tono postural de segundos de duración con relajación de esfínteres en un autobús de camino al trabajo, refiriendo que *“mientras que se encontraba sentada en el autobús ha notado visión borrosa con sensación de calor y náuseas”*. En el traslado en ambulancia, presentó dos episodios de vómitos con hipotensión transitoria de 90/50 mmHg. Así mismo, refiere tos con expectoración y congestión en los días previos, y en la noche anterior sensación distérmica acompañada de parestesias e hipoestesia en hemicuipo derecho.

Se realiza a la paciente exploración física y neurológica y se le practican pruebas complementarias, en concreto:

-Electrocardiograma, del que resulta *“Rítmico a 64 lpm, PR normal (201), QRS estrecho sin alteraciones agudas de la repolarización”*.

-Analítica, incluido SARS-CoV-2 (PCR), que resulta *“positivo”*.

-Radiografía de tórax, de la que se concluye *“Opacidad nodular sospechosa en LSD de 25mm, se sugiere realización de TC de tórax programado C15 para caracterizar lesión”*.

-TC craneal sin contraste intravenoso, del que no resultan *“alteraciones intracraneales agudas”*.

Así mismo, se solicita valoración por el Servicio de Neurología, siendo el juicio diagnóstico, una vez realizada esta valoración, el siguiente:

“Episodio paroxístico de alteración del nivel de conciencia de perfil vasovagal en el contexto de deterioro del estado general a filiar.

Infección por SARS-COV2

Lesión nódulo superior derecho pendiente de filiar”.

Con fecha 17 de enero de 2022 acude a consultas externas del Servicio de Neumología en la que confirman por TAC *“la presencia de nódulo de 31mm en LSD y un nódulo en LM (lóbulo medio), además de adenopatía hiliar ipsilateral de 10mm”* siendo el diagnóstico *“neoplasia maligna tráquea, bronquios y pulmón”*.

Con fecha 26 de enero de 2022 se realiza broncoscopia y lavado bronquial con toma de muestra, llevándose a cabo también parte del estudio biopsia, y pet-TC entre otros.

En consulta en el Servicio de Oncología del HUFJD de fecha 8 de febrero de 2022 con resultados de PPCC, se confirma diagnóstico de *“Adenocarcinoma de pulmón E IIB con afectación T2N1 confirmada por Anatomía Patológica”*, planteándose posibles tratamientos a la paciente, la cual, en consulta en el Servicio de Oncología el 4 de marzo de 2022 declina la posibilidad de participación en ensayo clínico iniciándose el tratamiento quimioterápico con carboplatino + permetrexed en 4 ciclos.

En fecha 2 de junio de 2022 se realiza nuevo PET-TC tras ciclos de quimioterapia, siendo la conclusión del estudio la de *“mejoría morfometabólica de la masa pulmonar parahiliar derecha descrita en estudios previos, así como también, de la adenopatía hiliar ipsilateral, sugerente de respuesta parcial al tratamiento. Captación focal de FDG en adenopatía laterocervical izquierda milimétrica, no presente en el previo, inespecífica. Persiste captación significativa de FDG en la lesión esclerosa, localizada en la porción superior del acetábulo derecho. Anterior a dicha lesión se identifica otra área de esclerosis focal milimétrica con tenue hipermetabolismo (SUVmax 2,1), de nueva aparición, a valorar exploración complementaria”*.

El 9 de junio de 2022, en consulta en el Servicio de Cirugía Torácica, se informa a la paciente del planteamiento de la cirugía, haciéndose constar que se le explica a la misma el procedimiento y que firma consentimiento, constando documentos de consentimiento informados firmados de fechas 9 y 10 de junio en relación con la intervención y la anestesia, respectivamente.

Es en fecha 21 de junio de 2022 cuando la paciente ingresa para cirugía programada, realizándose ese mismo día un cambio de programación quirúrgica en el que constaba inicialmente cirugía robótica modificándola a cirugía torácica (toracotomía) por técnica abierta.

Durante la intervención, se accede a la cavidad torácica mediante toracotomía posterolateral con hallazgo de múltiples nodulaciones pulmonares que se biopsia de manera intraoperatoria en LM y LID. Según informe, se disecciona vena de LSD. *“Durante la disección de la arteria recurrential se describe avulsión parcial de la base de implantación con desgarro de 1-2 mm que se comprime e intenta suturar. Se produce también desgarro en la arteria interlobar que también se comprime y obliga a clampaje de la arteria proximal, siendo suturada. Debido a las complicaciones hemorrágicas, se activa protocolo de hemorragia masiva con politransfusión (7CH+ 4plaq+ 6PFC+ 2 gr tranexamico+ 4.5 gr fibrinogeno + 6 amp de ClCa), recuperación de sangre e infusor rápido. Durante dicho episodio, hipotensión extrema precisando bolos de adrenalina sin llegar a presentar PCR (parada cardiorespiratoria). Se realiza linfadenectomía de cadenas ganglionares descritas (Linfadenectomía 2r-4r, 7, 9, 11r), y se realiza revisión de hemostasia sin indicar incidencias en informe quirúrgico, además se indica que se sellan las líneas de sutura (con floseal) en arteria pulmonar y cadenas ganglionares 4r y 7, se colocan drenajes en posición anteroapical y posterobasal y se cierra por planos. Sale a REA (unidad de reanimación quirúrgica) intubada”.*

El 22 de junio de 2022 se intenta extubación sin éxito por UCI quirúrgica, momento en el que el personal sanitario objetiva cuadro brusco de sangrado por drenaje, con taquicardia e hipotensión arterial, no respondiendo a drogas vasoactivas. Secundariamente la paciente sufre pérdida de consciencia con desaparición de pulso, iniciando maniobras de reanimación y avisándose al Servicio de Cirugía Torácica para toracotomía de emergencia con intención de control de sangrado.

Previo a la apertura del lecho quirúrgico, la paciente sufre un cambio eléctrico en electrocardiograma a fibrilación ventricular. Se realiza toracotomía exploratoria, se clampa hilio pulmonar con control

de la hemorragia y se localiza el corazón corroborando fibrilación ventricular e intentando la desfibrilación sin éxito.

Se continúan maniobras avanzadas de reanimación junto con equipo de Cirugía Cardíaca mientras se intenta localizar foco sangrante. Finalmente, la paciente fallece tras aproximadamente 70 minutos de maniobras de reanimación conjunta, anotándose en el evolutivo médico, que tras cese de maniobras se realiza nueva exploración de lecho quirúrgico, observando desgarró de vena ácigos en posible relación con la intervención quirúrgica.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del procedimiento de responsabilidad patrimonial de acuerdo con la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

El 9 de junio de 2023, el Servicio de Cirugía Torácica del HUFJD emite informe en el que, después de relatar los hechos, señala que por error se programó informáticamente una intervención robótica, si bien el mismo día de la intervención, al advertir el error de selección de la prestación y antes de proceder a la intervención, se modificó la prestación para adecuarlo a la intervención que se había acordado realizar. Añade que, en el documento de consentimiento que firma la paciente, en ningún momento se especifica que la intervención vaya a ser robótica. Narra también lo acontecido durante la intervención quirúrgica de 21 de junio de 2022 y el shock hemorrágico posterior, concluyendo que *“toda nuestra actuación desde el primer contacto con la paciente en consultas externas hasta su desenlace fue acorde a lex artis”*.

La Inspección Médica solicita el 10 de abril de 2024 *“el documento de consentimiento informado firmado por médico y paciente para la cirugía de resección de parte/totalidad de pulmón, que fue realizada*

finalmente en fecha 21/06/2022 y que es el principal motivo de reclamación”, que le fue remitido el 22 de mayo de 2024.

Con fecha 19 de agosto de 2024, la Inspección Sanitaria emite su informe en el que después de hacer constar los hechos acaecidos, realiza una serie de consideraciones médicas en relación con (i) el cáncer de pulmón y el adenocarcinoma; (ii) linfadenectomía; (iii) toracotomía; (iv) sangrado de grandes vasos en cirugía torácica y; (v) nuevas técnicas quirúrgicas en cirugía torácica, así como un juicio crítico respecto de lo situación producida concluyendo que *“en base a lo anteriormente expuesto a juicio de esta inspección no se objetiva mala praxis en el diagnóstico y seguimiento de la patología oncológica de la paciente; así mismo se ajusta a práctica médica habitual el seguimiento y tratamiento de la paciente una vez estadiado el adenocarcinoma y la pauta de tratamiento quirúrgico, ya fuera con cirugía mínimamente invasiva, robótica o abierta, teniendo todas ellas posibilidad de complicaciones hemorrágicas descritas. Ante las complicaciones acaecidas, se ajusta a lex artis el manejo y tratamiento de las mismas, con activación de protocolos y retoracotomía de urgencia aunque el final se desarrollase fatídico”. Añadiendo que “En relación a la revisión de la cavidad torácica que no evidenció sangrado activo, en el contexto de cirugía abierta con bajo gasto cardiaco e hipotensión extrema, esta inspección concluye que no se ajusta a práctica médica, no habiendo dado datos de la revisión en protocolo quirúrgico y no habiendo descrito todas las eventualidades en el mismo como por ejemplo la lesión en la vena ácigos”.*

El 20 de agosto de 2024, lo reclamantes, a través de sus representantes, ponen de manifiesto que con fecha 7 de agosto de 2024 se había producido el fallecimiento de una de las reclamantes (la madre de la paciente), solicitando el resto de interesados (los hermanos), la subrogación en la posición de su madre, en su condición de herederos

universales de la misma, y que se incrementara proporcionalmente la indemnización de cada uno en la cuantía que le correspondería a su madre, acreditando, tras requerimiento al efecto, su condición mediante la aportación del testamento de la finada y certificado de actos de última voluntad.

Con fecha 8 de noviembre de 2024, los reclamantes solicitan copia del informe de la Inspección. Una vez remitido éste, los reclamantes solicitan la subsanación de dos errores materiales en dicho informe, que, una vez comunicados, fueron debidamente subsanados procediéndose a su corrección.

El 6 de mayo de 2025, los reclamantes solicitan que se les conceda el trámite de audiencia a fin de evitar la demora del procedimiento.

El 24 de junio de 2025, el HUFJD aporta al procedimiento un informe sobre valoración de daños emitido por su entidad aseguradora en el que se señala que *“este informe no analiza la praxis médica, únicamente se realiza al objeto de valorar las consecuencias que, el posible error ha podido provocar. Utilizamos para la valoración, el baremo médico de la Ley 35/2015, fecha de tarificación correspondiente al año 2022 fecha del fallecimiento, y para el cálculo del quantum”*, fijando este último en 45.460,09 euros que se corresponden con el 37% del total del quantum por fallecimiento en razón de las consideraciones a las que nos referiremos posteriormente en este dictamen.

Posteriormente, con fecha 9 de julio de 2025 se da trámite de audiencia al HUFJD, que presenta sus alegaciones el 31 de julio de 2025, en las que se hace referencia a un informe emitido por el jefe del Departamento de Cirugía Torácica del HUFJD y a otro emitido por un médico especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo y en Cirugía Torácica que no constaban en el expediente y que dieron lugar, como posteriormente se señalará, a que desde esta Comisión se

solicitará, de conformidad con los artículos 14.1.g) y 19.2 del ROFCJA, la incorporación de estos informes al expediente.

Con fecha 7 de agosto de 2025 se lleva a efecto el trámite de audiencia a los reclamantes, lo cuales el 25 de agosto, presentan sus alegaciones en las que después de manifestar su conformidad parcial con las conclusiones del informe de Inspección que reconoce mala praxis intraoperatoria y alegar de nuevo la modificación unilateral del procedimiento de intervención a la paciente, manifiestan que indemnización debe abarcar la totalidad del daño causado, sin reducción alguna, toda vez que fallecimiento no fue la consecuencia inexorable del cáncer, sino el resultado directo de una hemorragia no diagnosticada, atribuible a una actuación médica negligente.

Posteriormente, con fecha 2 de septiembre de 2025, los representantes de los reclamantes aportan escritura de aceptación de la herencia de su madre fallecida, a fin de acreditar su condición de herederos.

El 17 de septiembre de 2025, la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud emite propuesta de resolución en la que se propone estimar parcialmente la reclamación, por importe total de cuarenta y cinco mil cuatrocientos sesenta euros con nueve céntimos (45.460,09 €), pendiente de actualizar a la fecha en que se ponga fin al procedimiento.

Solicitado dictamen a esta Comisión con fecha 24 de octubre de 2025, ésta, el día 25 de noviembre de 2025 solicitó la incorporación al expediente de los dos documentos a los que, como ya hemos señalado, se hacía referencia en el escrito de alegaciones que presentó el HUFJD el 31 de julio de 2025.

De acuerdo con esta solicitud, el 13 de enero de 2026 se recibe en esta Comisión un nuevo índice de documentos que integran el expediente administrativo en el que se ha incorporado la siguiente documentación:

- Un informe médico pericial, de fecha 9 de octubre de 2024, elaborado por un doctor en Medicina y Cirugía, especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo y en Cirugía Torácica, con registro de entrada de fecha 10 de octubre de 2024.

- Un informe del gerente del HUFJD, de fecha 30 de septiembre de 2024 al que se acompaña un informe del Servicio de Cirugía Torácica del referido Hospital de 26 de septiembre de 2024, constando registro de entrada de fecha 2 de octubre de 2024.

- Nuevo trámite de audiencia a los reclamantes con fecha 28 de noviembre de 2025, que presentan sus alegaciones el 16 de diciembre de 2025 señalando que el informe pericial de 9 de octubre de 2024 al que acabamos de referirnos, no desvirtúa las conclusiones de la Inspección Sanitaria ni el informe pericial que acompañaban a su reclamación, oponiéndose al *quantum* indemnizatorio fijado por la entidad aseguradora del SERMAS y ratificándose en su posición respecto del cambio de abordaje en la cirugía del 21 de junio de 2022.

- Nueva propuesta de resolución de 22 de diciembre de 2025, que coincide en cuanto a su propuesta final con la de 17 de septiembre de 2025, que ya hemos referido en este dictamen.

CUARTO.- El 24 de octubre de 2025, tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora, la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial indicada. Esta solicitud fue completada, a petición de esta Comisión, con fecha 13 de enero de 2026.

El presente expediente (571/25) correspondió –por reparto de asuntos- al letrado vocal D. Ángel Chamorro Pérez, que formuló la propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en la sesión del día citado en el encabezamiento del dictamen.

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 (ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, la cual debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

Los reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de 19/28 Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), en

cuanto sufren el daño moral que provoca el fallecimiento de su respectiva hija y hermana. Acreditan su relación de parentesco con la paciente mediante fotocopia del libro de familia. Actúan debidamente representados por un abogado. En este punto conviene advertir que durante la tramitación del procedimiento ha tenido lugar el fallecimiento de uno de los reclamantes, en concreto, la madre de la paciente, solicitando el resto de los reclamantes (hermanos de la paciente) la subrogación en la posición de su madre, en su condición de herederos universales de la misma, y que se incremente proporcionalmente la indemnización de cada uno en la cuantía que le correspondería a su madre, acreditando esta circunstancia en forma adecuada.

Se cumple la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en el HUFJD, centro de gestión privada concertado con la Comunidad de Madrid. A este respecto esta Comisión viene reconociendo en numerosos dictámenes (323/20 de 28 de julio, 222/17 de 1 de junio, 72/18 de 15 de febrero y 219/18 de 17 de mayo), la legitimación de la Comunidad de Madrid en los supuestos en los que la asistencia sanitaria se presta en centros concertados, 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) o la más reciente, de 16 de octubre de 2023 (rec. 50/2022).

Por lo que se refiere al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 de la LPAC *“el derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”*.

En este caso, en que se reclama por el fallecimiento de una persona el *dies a quo* viene dado por la fecha en que tal fallecimiento se produjo, en este caso, el 22 de junio de 2022, por lo que presentada la reclamación el día 29 de mayo de 2023, la reclamación ha sido formulada dentro del plazo legalmente previsto.

Por lo que se refiere al procedimiento seguido, se observa que en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC, se ha emitido informe por el Servicio Médico del hospital que intervino en la asistencia prestada a la reclamante hasta en dos ocasiones. De igual modo, consta incorporada la historia clínica de la asistencia prestada y se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria, con el resultado ya expuesto, constando también informe médico pericial recibido en esta Comisión el 13 de enero de 2026

Se ha conferido trámite de audiencia, hasta en dos ocasiones, a los reclamantes conforme al artículo 82 de la LPAC, y finalmente, se redactó la propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

En definitiva, 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, 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 (por todas, las

Sentencias del Tribunal Supremo de 5 de noviembre de 2012 y de 29 de julio de 2013), 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”*.

También es doctrina jurisprudencial consolidada la que entiende que esa responsabilidad patrimonial es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, aunque es imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, dado que no es posible constituir a la Administración en aseguradora

universal (Sentencias del Tribunal Supremo de 21 de julio y 14 de noviembre de 2011).

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 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 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."

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 (SS del TS 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.- 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. En este caso, ya hemos adelantado la existencia del daño moral de los reclamantes por el solo hecho del fallecimiento de su familiar, *“daño moral cuya existencia no necesita prueba alguna y ha de presumirse como cierto”* y que jurisprudencia consolidada ha admitido como supuesto de lesión indemnizable, aunque de difícil valoración económica.

Concretado el daño en los términos anteriormente expuestos, vamos a analizar los reproches de los interesados, 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), cuando señala que *“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, los reclamantes aducen que la paciente falleció como consecuencia de una mala praxis en la actuación del HUFJD, que concretan en dos aspectos fundamentales.

El primero de ellos se refiere al cambio por parte de los facultativos de Cirugía Torácica del HUFJD de la forma de realizar la intervención programada. Según señalan en su reclamación estaba previsto que la intervención fuera realizada mediante una cirugía robótica con Da

Vincci, pero el mismo día de la intervención los facultativos de Cirugía Torácica del HUFJD, de manera absolutamente unilateral, acordaron que se realizara una lobectomía abierta, con mayor riesgo para la paciente que la primera, añadiendo los reclamantes que este cambio vino motivado exclusivamente porque la forma inicialmente programada iba a ser ejecutada por el Doctor (...), cirujano torácico experto en robótica, y no pudo ser así porque este facultativo estaba de vacaciones ese día.

En segundo lugar, consideran los reclamantes que durante la cirugía hubo complicaciones graves y otras actuaciones negligentes en el abordaje de dichas incidencias quirúrgicas por parte de los cirujanos torácicos. En particular señalan el hecho de que durante el procedimiento quirúrgico no consta que se revisara la cavidad torácica, lo que supuso finalmente que la paciente falleciera de un desgarro de la vena ácigos que pasó desapercibido durante la primera intervención quirúrgica.

Analizaremos a continuación cada uno de estos reproches por separado teniendo en cuenta los diferentes informes que constan en el expediente a los que ya hemos hecho referencia en este dictamen y que no coinciden en cuanto a sus conclusiones últimas.

A estos efectos y con carácter previo a este análisis, debemos advertir que, como ya hemos señalado en numerosas ocasiones (por todas, Dictamen 1/25, de 9 de enero), ante la concurrencia de informes periciales de sentido diverso e incluso contradictorio en sus conclusiones, la valoración conjunta de la prueba pericial ha de hacerse, según las reglas de la sana crítica, con análisis de la coherencia interna, argumentación y lógica de las conclusiones a que cada uno de ellos llega. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de febrero de 2016 (rec. 1002/2013) manifiesta que *“las pruebas periciales no acreditan*

irrefutablemente un hecho, sino que expresan el juicio o convicción del perito con arreglo a los antecedentes que se le han facilitado (...)” y “no existen reglas generales preestablecidas para valorarlas, salvo la vinculación a las reglas de la sana crítica en el marco de la valoración conjunta de los medios probatorios traídos al proceso (...).”

En este mismo sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 17 de febrero de 2022 (rec. núm. 77/2019) señala que, *“en estos casos es procedente un análisis crítico de los mismos, dándose preponderancia a aquellos informes valorativos de la praxis médica que, describiendo correctamente los hechos, los datos y fuentes de la información, están revestidos de mayor imparcialidad, objetividad e independencia y cuyas afirmaciones o conclusiones vengan dotadas de una mayor explicación racional y coherencia interna, asumiendo parámetros de calidad asentados por la comunidad científica, con referencia a protocolos que sean de aplicación al caso y estadísticas médicas relacionadas con el mismo. También se acostumbra a dar preferencia a aquellos dictámenes emitidos por facultativos especialistas en la materia, o bien con mayor experiencia práctica en la misma. Y en determinados asuntos, a aquéllos elaborados por funcionarios públicos u organismos oficiales en el ejercicio de su cargo y a los emitidos por sociedades científicas que gozan de prestigio en la materia sobre la que versa el dictamen”*.

Señalado lo anterior, en relación con el cambio de la cirugía robótica a una cirugía abierta, los reclamantes señalan que en el documento de consentimiento informado que se aporta por el centro hospitalario, la paciente *“solo firmó a través de una tablet la última hoja 3 de 3, habiendo introducido a posteriori las otras dos hojas no firmadas por la paciente”*, añadiendo que *“en cualquier caso, dicho documento no recoge si la técnica será de cirugía abierta o robótica”*, y señalando, por último, que el único motivo del cambio de cirugía fue que el cirujano

torácico experto en robótica que iba a encargarse de la intervención se encontraba de vacaciones ese día de la intervención.

Frente a estos reproches resultan del expediente las siguientes consideraciones.

En primer lugar, debemos tener en cuenta que, como ya hemos señalado, con fecha 10 de abril de 2024 la Inspección Sanitaria solicitó documento de consentimiento informado referido por los reclamantes y una vez remitido éste, no se hace objeción alguna al mismo por parte de esta Inspección Sanitaria.

Por otro lado, en el informe del Servicio de Cirugía Torácica del HUFJD de 9 de junio de 2023 se señala que *“en el caso de la paciente se programa para realizar una lobectomía superior derecha por toracotomía el día 21 de junio de 2022 en el quirófano que no tiene robot. Sin embargo, por error, cuando programo la intervención debí clicar en el programa informático que iba a ser una intervención robótica, aunque tanto en el Comité de Tumores como la información facilitada a la paciente y a su amiga era de cirugía abierta, como así se había acordado realizar. De hecho el consentimiento que firma la paciente en ningún momento especifica que la intervención vaya a ser robótica. El mismo día de la intervención, al advertir el error de selección de la prestación, antes de proceder a la intervención, mientras se revisó el expediente administrativo, se modificó la prestación para adecuarlo a la intervención que se había acordado realizar. Así se desprende del certificado emitido por la Dirección de Sistemas con la modificación realizada en la aplicación informática antes de la intervención”*. Añade este informe que *“en la FJD en la actualidad los pacientes con tumores centrales tras tratamiento de inducción en la proximidad de la arteria pulmonar, realizamos procedimientos abiertos para intentar garantizar la seguridad en el acceso a la arteria pulmonar principal en el caso de accidentes vasculares, más probables en este tipo de situaciones. Ese es el motivo*

por el que en la actualidad no indicamos Cirugía Robótica en este tipo de tumores.

En todo caso, el consentimiento informado que firmó la paciente permite realizar la intervención de forma abierta, como así se acordó y se realizó y en el supuesto de que, durante la intervención, por motivos clínicos, se considere más oportuno continuar la cirugía por otra vía, aunque no fuera este caso (desde el principio hasta el final la cirugía siempre se realizó por vía abierta), de hecho cuando se produjo la hemorragia, la paciente ya estaba abierta. Hacer notar que la hemorragia es el riesgo más alto en este tipo de intervenciones y estaba previsto en el Consentimiento Informado que firmó la paciente”.

En particular y en relación con el hecho de que la intervención iba a ser realizada por el Dr. (...), experto en cirugía torácica robótica, este informe señala que la paciente nunca fue vista en consulta por dicho doctor, el cual en ningún momento tuvo contacto previo a la intervención con la paciente, lo cual es constatado así por el propio doctor y por la historia clínica.

Este informe es ratificado por el posterior del mismo Servicio de fecha 26 de septiembre de 2024, que añade que “*en este caso no se planteó otra vía de abordaje, pues la abierta parecía la más segura dadas las características del caso. De haber sido indicada otra vía mínimamente invasiva como la toracoscópica o la robótica además del Dr. (...), otros cirujanos con experiencia robótica y toracoscópica pudieran haber hecho la intervención o se hubiese podido postponer a otro día, pero la decisión se basó en lo que los cirujanos consideramos en esos momentos más seguro para la paciente”.*

Por último, debemos indicar que el informe de la Inspección Sanitaria de 19 de agosto de 2024 en relación con esta cuestión señala que “*... desde el departamento de sistemas, se corrobora que el propio*

día 21 de junio de 2022 se realiza un cambio de programación quirúrgica en el que constaba inicialmente cirugía robótica modificándola a cirugía torácica (toracotomía) por técnica abierta (...) y pese a que hay determinados beneficios con la cirugía pulmonar mínimamente invasiva (tanto VATS como robótica), tanto éste tipo de cirugía como la cirugía abierta de toracotomía, están aceptadas para el abordaje del cáncer de pulmón, por lo que no iría en contra de lex artis, elegir una técnica u otra. Así mismo, se ve que aunque fue cambiada la cirugía tipificada inicialmente en los registros electrónicos, en la historia clínica consultada no se detalla en momento alguno que la cirugía deba ser robótica, así como tampoco se detalla en el propio documento de consentimiento informado firmado”, añadiendo en sus conclusiones que “así mismo se ajusta a práctica médica habitual...la pauta de tratamiento quirúrgico, ya fuera con cirugía mínimamente invasiva, robótica o abierta, teniendo todas ellas posibilidad de complicaciones hemorrágicas descritas”.

Por tanto, de la valoración conjunta de los informes citados, y en particular de lo señalado por la Inspección Sanitaria que, por un lado, no realiza objeciones al documento de consentimiento informado firmado por la paciente y, por otro, refiere que “*están aceptadas para el abordaje del cáncer de pulmón, por lo que no iría en contra de lex artis, elegir una técnica u otra (cirugía robótica o abierta)*”, podemos concluir que no resultan acreditados los reproches formulados por los reclamantes en cuanto al cambio de la cirugía programada, no siendo la actuación del HUFJD en relación con esta cuestión contraria a la *lex artis ad hoc*.

En este sentido debemos recordar el especial valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a la opinión de la Inspección Sanitaria, tal y como recuerda la Sentencia del mismo Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 24 de febrero de 2025 (recurso 258/2023) según la cual: “*se ha tener en consideración el informe de la Inspección Sanitaria que, sin ser propiamente una prueba pericial,*

constituye un notable elemento de juicio cuya fuerza de convicción proviene de la circunstancia de que los médicos inspectores informan con criterios de profesionalidad e imparcialidad respecto del caso y de las partes (...)”.

El segundo de los reproches tiene que ver, como ya hemos señalado, con el hecho de que los reclamantes consideran que durante la cirugía hubo complicaciones graves y otras actuaciones negligentes en el abordaje de dichas incidencias quirúrgicas por parte de los cirujanos torácicos, las cuales concretan en el hecho de que durante el procedimiento quirúrgico del día 21 de junio no consta que se revisara la cavidad torácica, lo que supuso finalmente que la paciente falleciera de un desgarro de la vena ácigos que pasó desapercibido durante esta primera intervención quirúrgica.

En este sentido, nos encontramos en el expediente con informes periciales de sentido diverso en sus conclusiones, lo que nos lleva a analizar cada uno de ellos, para después concluir de la forma que estimamos más conformes con las reglas de la sana crítica.

En concreto, resultan del expediente las siguientes consideraciones sobre esta cuestión.

El informe pericial que acompaña la reclamación, elaborado por un médico especialista en Cirugía General y Digestiva y en Cirugía Torácica, señala que *«durante la intervención se produce una importante complicación vascular con desestabilización hemodinámica de la paciente, ante la magnitud del sangrado se recurrió a solicitar ayuda de los cirujanos cardiacos que procedieron a reparación de la arteria lesionada, activándose el protocolo de hemorragia masiva. Durante ese tiempo la paciente presentó hipotensión extrema por lo que fue necesario inyectar i/v bolos de adrenalina, aunque no llego a presentar PCR. En la documentación examinada no consta que se revisara la cavidad torácica,*

por si pudiera haber existido una lesión dentro de la cavidad torácica durante las maniobras de clampaje urgente del hilio para cortar la hemorragia.” (...)

La vena ácigos como hemos señalado más arriba es un importante vaso venoso extrapulmonar a la que vierten su sangre las venas intercostales derechas y desemboca en la vena cava superior. Al ser un sistema de baja presión es muy posible que durante la hipotensión severa que presentó la paciente durante la primera cirugía se colapsara. Al no revisar la cavidad antes del cierre quedó sin reparar la lesión. En las horas siguientes produjo un hemitórax masivo que se puso de manifiesto con la tos y contracción de los pulmones con la irritación traqueal durante la extubación». Añadiendo que “(i) de haberse revisado la cavidad torácica una vez concluida la primera cirugía se hubiese diagnosticado la iatrogenia y se hubiera procedido a su resolución bien mediante sutura o mediante ligadura y; (ii) de acuerdo con la documentación examinada se puede concluir en que en la primera cirugía se produjo una lesión iatrogénica de la vena ácigos que no fue ni reconocida ni tratada antes del cierre del hemitórax derecho y que su consecuencia llevo al exitus de la paciente. No siendo por lo tanto esta actuación acorde con la lex artis”.

Esta valoración es contradicha por el informe del Servicio de Cirugía Torácica del HUFJD de 9 de junio de 2023, que señala que completada la lobectomía «se hace revisión de la hemostasia en toda la cavidad torácica, confirmado la ausencia de sangrado, actuando conforme la lex artis en nuestra especialidad que aplicamos a todos los pacientes intervenidos en nuestro Servicio. Es de suma importancia la revisión cuidadosa de todas las estructuras vasculares e hiliares, incluida la vena ácigos, que se comprobó que estaba en buen estado y siempre se revisa en todos los casos para evitar problemas hemorrágicos en los postoperatorios de la cirugía torácica de forma sistemática. Este proceso, en el caso que nos ocupa, se completó con la administración de

un agente hemostático “Floreal”, en las zonas de vaciamiento ganglionar y en la arteria pulmonar. Dicha revisión de la hemostasia queda acreditada en el documento nº 15 que aporta el demandante».

Este informe es completado por el posterior del mismo Servicio de fecha 26 de septiembre de 2024, en el que señala a estos efectos que «en la primera intervención del día 21 de junio, consta en el formulario quirúrgico, literalmente, “Revisión de hemostasia. Floreal en 4r, 7, y arteria pulmonar”. Aunque esta afirmación no supone una completa expresión del gesto quirúrgico que siempre se realiza tras una intervención como la que nos ocupa, y que incluye rutinariamente revisión de la hemostasia y pérdidas aéreas, inspección del resto de la cavidad para descartar cuerpos extraños u otras incidencias y recuento del material quirúrgico, así como comprobación de otros aspectos como la correcta colocación de los lóbulos pulmonares, entre otros, creemos relevante considerar que incide en el punto más crítico analizado, al tratarse de la parte de la revisión del campo quirúrgico que descarta la lesión vascular de las estructuras torácicas. En este caso se comprobó en numerosas ocasiones, la ausencia de sangrado de la arteria pulmonar y de las estructuras hiliares. La vena ácigos está en contacto directo con la arteria pulmonar y la revisión de la hemostasia hilar pulmonar implica necesariamente la inspección de la vena ácigos y vena cava superior. En el momento del cierre del paciente la noche del 21 de junio, se comprobó la ausencia de sangrado activo de la arteria pulmonar y la ausencia de lesión de la vena cava superior y vena ácigos. Una lesión significativa de las venas cava o ácigos implican un sangrado muy relevante que no puede ser pasado por alto. El hecho de no incorporar el formulario datos sobre la ausencia de cuerpos extraños como compresas u otro material, posicionamiento del pulmón u otras relacionadas con la revisión rutinaria del campo quirúrgico que siempre se realiza, si bien resulta más ortodoxo incluirlos, pensamos que no guarda relación con que pasase inadvertida una hipotética lesión de las venas ácigos y cava, que fueron

inspeccionadas y se encontraban indemnes a los ojos de los cirujanos y que se reflejan en dicho formulario en las palabras “revisión de hemostasia”».

En este mismo sentido el informe de 9 de octubre de 2024, elaborado por un médico especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo y en Cirugía Torácica, señala al efecto que *“la revisión del campo quirúrgico, antes de terminar el procedimiento es un tiempo quirúrgico más que todo cirujano conoce y realiza sistemáticamente. Como indican Jiagen y col., en el estudio observacional citado anteriormente, un examen minucioso y una hemostasia completa en la cirugía son clave para reducir el riesgo de esta complicación no deseada. En este caso se indica en el protocolo quirúrgico los puntos sangrantes, la manera de solucionarlos y la revisión”.*

Añade este informe que *«en las intervenciones de cirugía torácica, la revisión antes del cierre, incluye la vía aérea, los grandes vasos, situación de los drenajes y posibles cuerpos extraños. Como hemos visto en el apartado anterior, se realizó revisión previa al cierre. Un hipotético desgarró de la vena ázigos, no solo se hubiera visto, la paciente no hubiera remontado hemodinámicamente hasta el día siguiente, hubiera tenido una parada precozmente por hipovolemia (...) La paciente pasó bien la noche con mejoría de la situación hemodinámica, teniendo un episodio brusco de hemorragia en el momento de la extubación con parada cardíaca. Ante este evento, “se realiza toracotomía de emergencia para control de sangrado, clamando el hilio pulmonar para control de la hemorragia, estando ya la paciente en fibrilación ventricular”.*

Una vez que cesa las maniobras de resucitación, se realiza nueva exploración del lecho quirúrgico encontrándose desgarró de vena ázigos. ¿Qué ocurrió entonces? ¿Por qué se desgarró la vena ázigos? En las maniobras de reanimación, cuando se campló el hilio pulmonar. Anatómicamente el cayado la vena ázigos rodea el hilio pulmonar, por lo

que por contigüidad es posible la lesión. Se lesionó en ese momento, no durante la primera intervención, ya que, por otra parte, no es cierto que los ganglios locales se encuentran en el recorrido de la vena ázigos, se encuentran junto a los bronquios y a los vasos pulmonares. Según mi criterio, sangró en un segundo tiempo la arteria recurrential o interlobar, que previamente había sangrado en la primera intervención. Tanto en la primera intervención como en la urgente, se aplicaron los actos terapéuticos oportunos».

Por último, del informe de la Inspección Sanitaria de 19 de agosto de 2024 resulta que “(...) ante estos hechos, si bien es cierto, que, según bibliografía comentada, no se puede atribuir a mala praxis el hecho de que se hayan generado complicaciones hemorrágicas en relación con sección de vasos torácicos ya que en múltiples referencias, se pone de manifiesto esta posibilidad, sí que parece no acorde a práctica médica habitual el hecho de que, ante dichas complicaciones hemorrágicas graves, no se hiciera una revisión de cavidad torácica más exhaustiva, no explicitada en hoja de quirófano ni informe, y sin describir también el desgarró de la vena ázigos encontrado en la retoracotomía. En ocasiones, la hipotensión y bajo gasto cardiaco que genera, puede impedir que salga sangre de determinados vasos, no viendo en ocasiones sangrado activo evidente en la revisión, pero dado este hecho se debe revisar dicha cavidad con más ahínco si cabe. La vena ázigos, parece comprensible que se lesionara en la realización de la linfadenectomía de las cadenas descritas por su cercanía”.

Pues bien, de lo señalado podemos concluir en primer lugar que, tal y como señala el informe pericial aportado por los reclamantes, no resulta acreditado que se revisara la cavidad torácica en la intervención de 21 de junio. Así resulta, por un lado, de los informes del Servicio de Cirugía Torácica del HUFJD en los que se señala que si bien lo más ortodoxo es incorporar el formulario datos sobre la ausencia de cuerpos

extraños como compresas u otro material, posicionamiento del pulmón u otras relacionadas con la revisión rutinaria del campo quirúrgico que siempre se realiza, en este caso concreto esta circunstancia queda reflejada en dicho formulario exclusivamente en haberse realizado la “*revisión de hemostasia*” y, por otro, del informe de la Inspección Sanitaria que advierte que teniendo en cuenta las graves complicaciones hemorrágicas sufridas en la intervención del 21 de junio, parece no acorde a práctica médica habitual el hecho de que no se hiciera una revisión de cavidad torácica más exhaustiva, “*no explicitada en hoja de quirófano ni informe*”, y sin describir también el desgarro de la vena ácigos encontrado en la retoracotomía.

Por otro lado, y respecto al desgarro de vena ácigos que llevó al fallecimiento de la paciente el día 22 de junio, el informe de 9 de octubre de 2024, elaborado por médico especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo y en Cirugía Torácica, refiere que este desgarro tuvo lugar durante las maniobras de reanimación de ese mismo 22 de junio, cuando se campló el hilio pulmonar, señalando al efecto que anatómicamente el cayado la vena ácigos rodea el hilio pulmonar, por lo que por contigüidad es posible la lesión.

Frente a esta consideración, debemos advertir que, (i) en el evolutivo médico aparece reflejado que tras cese de las maniobras llevadas a cabo el día 22 de junio, se realiza nueva exploración de lecho quirúrgico, observando desgarro de vena ácigos en posible relación con la intervención quirúrgica; (ii) la Inspección Sanitaria señala a estos efectos que la vena ácigos, parece comprensible que se lesionara en la realización de la linfadenectomía de las cadenas descritas por su cercanía añadiendo que, en ocasiones, la hipotensión y bajo gasto cardíaco que genera, puede impedir que salga sangre de determinados vasos, no viendo en ocasiones sangrado activo evidente en la revisión de la intervención del 21 de junio, lo que además, en relación con lo señalado anteriormente, habría obligado a hacer una revisión de la

cavidad torácica “*con más ahínco si cabe*” y; (iii) en términos similares a la Inspección Sanitaria se manifiesta respecto a esta cuestión el informe pericial médico aportado por los reclamantes.

Por tanto, de acuerdo con lo señalado, y teniendo en cuenta el ya referido especial valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a la opinión de la Inspección Sanitaria, podemos concluir que la actuación del HUFJD en relación con esta cuestión es contraria a la *lex artis ad hoc*.

QUINTA.- Acreditada la antijuridicidad del daño y la relación de causalidad entre el mismo y el funcionamiento de los servicios públicos según lo dicho en la consideración anterior, procede pronunciarse sobre la concreta valoración de los daños que hemos considerado indemnizables, según el momento en que se produjeron, de conformidad con el artículo 91.2 de la LPAC.

A estos efectos los reclamantes solicitan una indemnización total de 111.895,01 euros desglosada en los conceptos que se refieren en el antecedente de derecho primero de este dictamen.

Por otro lado, el informe de valoración del daño emitido a instancias de la aseguradora del Servicio Madrileño de Salud, cuantifica esta indemnización en 122.865,11 euros en total (55.289,31 para la madre de la paciente fallecida y 16.893,95 para cada uno de los cuatro hermanos de la fallecida) y ello de acuerdo con la calculadora del programa UNESPA/TIREA. Sin embargo, y teniendo en cuenta que según la Sociedad Americana Contra el Cáncer, la tasa de supervivencia a los 5 años del adenocarcinoma pulmonar (no microcítico), depende del estadiaje en el momento del diagnóstico y que en el caso que nos ocupa en el momento de este diagnóstico la paciente se encontraba, según el PET-TAC, en un estadio regional, las posibilidades de supervivencia a los 5 años hubieran sido del 37% (según tabla de dicha Sociedad

Americana Contra el Cáncer referida personas diagnosticadas entre 2012 y 2018), por lo que la cantidad a indemnizar sería de 45.460,09 euros (correspondiendo 20.457,04 euros a la madre y 6.250,76 euros a cada uno de los hermanos), que se corresponden con el 37% de la cantidad total por fallecimiento.

En este sentido, debemos tener en cuenta que el informe de la Inspección señala que un *“análisis del Danish Lung Cancer Registry observó cómo la supervivencia en estadios precoces rondaba el 80% el primer año tras tratamiento quirúrgico. Estos resultados indican que la supervivencia de los estadios I y II sigue siendo baja. La mitad de los sujetos diagnosticados fallecen a los 57 meses del diagnóstico (menos de 5 años de supervivencia mediana)”*.

Por tanto, teniendo en cuenta que de la historia clínica de la paciente resulta que el Servicio de Oncología del HUFJD clasificó la enfermedad en estadio IIB, la tasa de supervivencia a los 5 años que señala la Sociedad Americana Contra el Cáncer con cifras basadas en personas diagnosticadas con cáncer de pulmón no microcítico entre 2015 y 2021 (más actualizada que la que se utiliza en el informe de valoración del daño emitido a instancias de la aseguradora del Servicio Madrileño de Salud que viene referida a personas diagnosticadas entre 2012 y 2018) es de un 40%.

Por tanto, según lo señalado, cabe reconocer la indemnización total de 49.146,04 euros (22.115,72 euros para la madre de la paciente fallecida y 6.757,58 euros para cada uno de los cuatro hermanos de la fallecida), que se corresponde con el 40% de la indemnización por fallecimiento.

Por todo lo expuesto, la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la presente reclamación reconociendo una indemnización total de 49.146,04 euros, a razón de 22.115,72 euros para la madre de la paciente fallecida y de 6.757,58 euros para cada uno de los cuatro hermanos de la fallecida, cantidades que deberán ser actualizadas a la fecha en que se ponga fin al procedimiento.

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 28 de enero de 2026

El Presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 48/26

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid