

Dictamen n.º: **245/24**  
Consulta: **Consejera de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **09.05.24**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 9 de mayo de 2024, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña. ....., por los daños sufridos que atribuye al retraso de diagnóstico de una apendicitis en el Hospital Universitario 12 de Octubre.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por escrito presentado el 4 de octubre de 2022, el representante de la persona citada en el encabezamiento, formula reclamación de responsabilidad patrimonial frente al Servicio Madrileño de Salud.

El escrito detalla que la reclamante acudió al Hospital Universitario 12 de Octubre (en adelante, el hospital) a las 21.59 horas del día 17 de abril de 2022, por presentar dolor en fosa ilíaca derecha; y que tras la exploración y una analítica de orina y sangre, se contacta con el Servicio de Radiología en el que indican que debido a la carga asistencial, no podrán realizar la ecografía hasta la mañana siguiente.

Continúa el relato fáctico diciendo que a las 9.05 horas del día 18 de abril, se realiza la ECO abdominal con signos de apendicitis aguda y perforada. Finalmente, fue trasladada al Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo para la intervención quirúrgica.

La reclamación reprocha que la mala praxis reside “*en el tiempo transcurrido hasta las 15.37 horas del día 18 de abril, momento de la intervención quirúrgica, cuando el diagnóstico estaba ya determinado a las 2.00 horas de ese día*”. Y finaliza diciendo que, a causa de ello, la reclamante tuvo un postoperatorio más prolongado -cuatro días- cuando lo normal en una mujer joven, es un alta de uno o dos días. Y que, a su vez, ello le impidió incorporarse a sus actividades habituales.

Por lo expuesto, reprocha que no se le hiciera antes una ecografía y solicita una indemnización de 26.095,60 euros.

El escrito se acompaña con copia del poder notarial otorgado, del DNI de la reclamante y copias del DNI y carnet profesional del representante.

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

1.- La reclamante, nacida en 1988, con el antecedente de un parto eutócico el 8 de abril de ese año, acude a Urgencias del hospital a las 21.59 horas del 17 de abril de 2022 (folios 22 y ss. del expediente) por dolor abdominal de 24 horas de evolución. Refiere “*dolor en la fosa iliaca derecha y náuseas tras el parto el día 8*”, por lo que pasa a valoración por Ginecología de guardia a las 22.11 horas.

La paciente refiere que ya casi no sangra vaginalmente y hoy ha comenzado de nuevo con sangrado similar a menstruación. No ha sufrido diarrea ni vómitos, y sí una sensación nauseosa con hiporexia. Está afebril. Se encargan analíticas. La exploración física: “*genitales externos*

*de aspecto normal, loquios normales escasos, no dolor a la movilización cervical”. Se realiza una ecografía transvaginal que objetiva “útero regular en anteversión con endometrio de aspecto hipoecoico de 8 mm, compatible con restos hemáticos. Ovarios normales. No líquido libre”.*

El abdomen está blando, aunque con defensa a la palpación profunda por dolor marcado en el hipogastrio. Blumberg dudoso y Murphy negativo.

Los resultados de la analítica son (...) por lo que se reevalúa a la paciente a las 2 de la madrugada ya del día 18. Persiste el dolor a pesar de la analgesia. Se administra buscapina y se solicita ecografía abdominal *“puesto que se ha descartado el origen ginecológico del dolor. Se contacta en repetidas ocasiones con Radiología, quienes informan de que debido a la carga asistencial no podrán realizar hasta la mañana del día siguiente”.*

A las 8 horas se evalúa a la paciente que indica que el dolor ha remitido parcialmente con la buscapina, pero que persiste. Se administra Enantyum 50 mg. Consta anotado *“contacto de nuevo con Radiología; me indican que le realizarán la prueba a lo largo de la mañana”.*

A las 9 horas, la paciente está tranquila y con mejoría del dolor. Es trasladada al Servicio de Radiología para la realización de la ecografía abdominopélvica solicitada. A las 10:30 horas se contacta telefónicamente y Radiología informa que la ecografía es sugestiva de apendicitis: *“signos de apendicitis aguda probablemente gangrenosa por la discontinuidad de la capa submucosa y probablemente perforada debido al líquido ecogénico periapendicular. Sin signos de colecistitis”.* Se comenta el caso con Urgencias de Cirugía General y se traslada a la paciente a dicho servicio, donde se le hace test por COVID, con resultado negativo.

Ya en el Servicio de Cirugía General y Digestiva (folios 27 y ss.) la exploración física “*abdomen blando depresible, doloroso a la palpación profunda de forma difusa predominando en fosa iliaca derecha y epigastrio. Blumberg positivo. Roving negativo*” y se decide intervenir.

La paciente firma los documentos de consentimiento informado tanto para la anestesia como para la cirugía de urgencias (folios 33 a 36). Sube a quirófano a las 15 horas y según el protocolo quirúrgico, la intervención empieza a las 15.37 horas: apendicectomía laparoscópica bajo anestesia general. “*Apéndice gangrenoso. Abundante cantidad de líquido purulento en los cuatro cuadrantes (...)*”. La intervención transcurre sin incidencias, se envía el apéndice cecal al Servicio de Anatomía Patológica.

A las 17:55 horas la paciente pasa a la Unidad de Reanimación y allí tiene una buena recuperación, por lo que se le da de alta en dicha unidad a las 19.31 horas y pasa a planta de hospitalización.

En los días posteriores, control por el Servicio de Cirugía General, y se le da el alta hospitalaria a domicilio el día 22 de abril a las 9:28 horas, con las recomendaciones de dieta, evitar esfuerzos físicos excesivos y coger peso, que acuda a la retirada de grapas a su centro de salud, se pauta medicación y control por médico de cabecera (folio 32).

La paciente acude a consulta de revisión el 24 de mayo de 2022, y se le da de alta definitiva (folio 47).

**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).

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la reclamante en el hospital. En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo

81 de la LPAC, se han emitido informes por el jefe del Servicio de Servicio de Obstetricia y Ginecología y por el del Cirugía General y Digestiva en los que se refieren con detalle la asistencia sanitaria dispensada a la reclamante y se da respuesta a lo aducido en la reclamación.

En particular que a las 2:00 horas del 18 de abril, la paciente estaba en observación con tratamiento para el dolor, y tras la llegada de los resultados de la analítica urgente, con alteraciones en el hemograma y bioquímica sugestivas de un posible proceso infeccioso, se vuelve a evaluar la situación clínica y se solicitan pruebas complementarias para descartar patología no ginecológica. Las causas del retraso en la realización de esta prueba son ajenas al Servicio de Ginecología y Obstetricia. No obstante, la paciente se mantuvo en observación, administrándosele analgesia y no existían signos de alarma. A las 8 horas, con el inicio del turno de mañana se contacta de nuevo con el servicio de Radiología para confirmar que la paciente sigue esperando la realización de la ecografía abdomino-pélvica que se nos había informado sería realizada por la mañana. Desde dicho servicio se corrobora esta información y la paciente es trasladada a las 9:05 horas, cuando se informa de la disponibilidad para su realización.

En cuanto al tiempo de hospitalización tras la cirugía de apendicitis, se informa que está marcado por los hallazgos intraoperatorios y no por el diagnóstico. Cada paciente requiere un tiempo y unos cuidados postoperatorios. La paciente cumplió un ciclo de antibiótico intravenoso de 4 días y posteriormente, completó en domicilio un ciclo oral. Una vez que se comprobó la evolución adecuada fue dada de alta hospitalaria.

El 2 de octubre de 2023, emitió informe la Inspección Sanitaria, que tras analizar la historia clínica, los informes emitidos en el procedimiento, así como, realizar las consideraciones médicas oportunas sobre la apendicitis, pone de manifiesto que no se aprecia negligencia ni

en la asistencia en Urgencias, ni por el Servicio de Cirugía General y Digestiva.

Dice que se valoró la evolución clínica de la paciente, en previsión de la aparición de nuevos síntomas que pudieran indicar un agravamiento hasta llegar a un diagnóstico de certeza de apendicitis complicada, a partir del cual, la paciente fue intervenida de urgencia sin complicaciones, realizando un seguimiento tanto por el personal médico como el de Enfermería, hasta la mejoría que permitió su alta.

Y concluye que la asistencia prestada fue acorde a la *lex artis*.

Tras la incorporación al procedimiento de los informes evacuados, se confirió trámite de audiencia al abogado de la reclamante, y pese a constar aceptada el 15 de noviembre de 2023, la notificación telemática, no se efectuaron alegaciones.

Por último, se formuló la propuesta de resolución el 11 de marzo de 2024 en la que se acordó desestimar la reclamación al considerar que la asistencia sanitaria prestada fue correcta y ajustada a la *lex artis*.

**CUARTO.-** El día 20 de marzo de 2024, tuvo entrada en esta Comisión Jurídica Asesora la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

El presente expediente (181/24) ha correspondido a la letrada vocal Dña. Silvia Pérez Blanco, que formuló y firmó la propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en la sesión referida en el encabezamiento de este 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 € y a solicitud de la consejera de Sanidad, órgano legitimado para ello, según 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.

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de la interesada, se regula en la LPAC.

La reclamante ostenta legitimación activa para promoverlo, al haber recibido la atención sanitaria objeto de reproche, conforme a lo dispuesto en el artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP). Se ha acreditado debidamente la representación otorgada.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid ya que el Hospital Universitario 12 de Octubre forma parte de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

El plazo para el ejercicio del derecho a reclamar es de un año, contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (*ex* artículo 67.1 de la LPAC). En el caso sujeto a examen, se reclama por un retraso en la realización de una ecografía abdomino-pélvica para el diagnóstico de apendicitis, que tuvo lugar el día 18 de abril de 2022. La paciente fue dada de alta hospitalaria el 22 de abril de 2022, por lo que ésta es la

fecha del *dies a quo*. En consecuencia, la reclamación interpuesta el 4 de octubre de ese mismo año, está formulada en plazo.

En cuanto al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC se ha emitido informe por los servicios implicados y se ha incorporado al expediente la historia clínica. También se ha emitido el informe de la Inspección Sanitaria con el resultado expuesto. Asimismo, se ha conferido trámite de audiencia a la reclamante, conforme al artículo 82 de la LPAC, y se ha redactado la propuesta de resolución, remitida junto con el resto del expediente para su dictamen preceptivo.

**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. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial frente a la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere los 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, la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso 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.-** Como se ha visto en los antecedentes de hecho, la reclamante denuncia que hubo un retraso en la realización de la ecografía abdominal encargada por el Servicio de Ginecología y, como consecuencia de ello, de la intervención de apendicitis.

El daño que se alega es genérico, pues aduce que, por todo ello, tuvo un postoperatorio *“más prolongado”* de 4 días con retraso en el alta y que esto influyó después en la realización de sus actividades habituales, que dice no se recuperaron hasta los 20 días.

Lo primero que ha de advertirse es que los daños no han sido acreditados, dado que, según lo referido en los aspectos personales de la historia clínica, la paciente no realiza actividad laboral alguna. Además, no concreta qué aspectos de su vida pudieron alterarse. En todo caso, como hemos visto en el antecedente de hecho segundo del dictamen, en la consulta de revisión -al mes de la intervención- se le dio el alta definitiva.

Así las cosas, procede analizar los reproches hacia la actuación de los facultativos del hospital, partiendo de lo que constituye regla general, esto es, que la carga de la prueba en los procedimientos de responsabilidad patrimonial corresponde –como regla general- a quien reclama conforme establece el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, sin perjuicio de que se pueda modular dicha carga en virtud del principio de facilidad probatoria. En este sentido se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2020 (recurso 829/2017) o la de 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo, señalando 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 el caso examinado, no se ha aportado ningún informe pericial, ni se menciona criterio médico alguno que permita establecer que el retraso de unas horas en la realización de la ecografía tuvo consecuencias en la salud de la reclamante, ni que el alta hospitalaria tras una operación de apendicitis tuviera que ser de dos días como alega –sin más- el escrito inicial; por lo que hemos de acudir al material probatorio existente en el expediente administrativo.

Lo primero que ha de advertirse es que -en contra de lo aducido- a las 2 de la madrugada no se había establecido todavía el diagnóstico de apendicitis. En efecto, lo que consta en la historia clínica es que tras los resultados de la analítica se revalúa a la paciente a esa hora, en la que como persiste el dolor abdominal se le pauta Enantyum y se solicita ecografía abdominal *“puesto que se ha descartado el origen ginecológico del dolor”*. Recordemos que la paciente había dado a luz en ese mismo mes, por lo que, al acudir a Urgencias por dolor abdominal, se le atendió en dicho servicio, en el que tras las pruebas oportunas (incluyendo una

ecografía transvaginal), lo que se descarta es que la patología tenga origen ginecológico, pero no se establece un diagnóstico de apendicitis.

En este sentido, el informe del servicio afectado es muy claro: *“en ese momento (02.00 horas) el diagnóstico no estaba establecido, siendo la apendicitis una de las posibilidades. La situación de la paciente era estable y sin existir signos de alarma; se solicitó una ecografía abdomino-pélvica para confirmar o descartar el diagnóstico”*.

Se indica que la paciente estuvo en todo momento controlada, con la medicación adecuada para el dolor y esta actuación se reputa correcta también en el informe de la Inspección, por lo que hemos de estar a estos criterios médicos.

Por lo demás, el retraso de unas horas para la efectiva realización de la ecografía, en esa madrugada del día 18 de abril, está debidamente justificado y como veremos, no tuvo consecuencias en la salud de la paciente.

En efecto, no hay una justificación *a posteriori* del retraso, sino que en la propia historia clínica está anotado en su momento, que por la *“elevada carga asistencial en el Servicio de Radiología”* hasta la mañana siguiente no podrá realizarse la ecografía. En adición a ello, la actitud del servicio peticionario de la prueba no solo no es pasiva sino que se realiza un seguimiento, revaluando a la paciente (que a las 8 horas *“está tranquila”*) y volviendo a contactar telefónicamente con Radiología, que ya concreta que en esa mañana se realizará la prueba; para la que solo una hora después (9.05 horas) se traslada a la paciente y se efectúa la ecografía, siendo informada además, con celeridad, pues a las 10:30 horas *“Radiología informa que la ecografía es sugestiva de apendicitis”*.

Este órgano consultivo entiende que la situación de carga asistencial está debidamente acreditada, la explicación dada es razonable y la

actuación posterior de los servicios implicados es acorde con *la lex artis*: decidiendo la intervención urgente y firmándose los documentos de consentimiento informado pertinentes, algo que no sucedería si hubiera urgencia vital, en que no habría tiempo para esto último.

Es de recordar que -como hemos señalado reiteradamente en nuestros dictámenes- la asistencia sanitaria es una obligación de medios y no de resultados, como ha venido estableciendo el Tribunal Supremo, v.gr Sentencia de 16 de marzo de 2016 (recurso de casación 2228/2014) *“... de modo que no puede apreciarse responsabilidad cuando se han empleado las técnicas y los instrumentos de que se dispone. Y es precisamente lo acaecido en este caso, en el que se han ido poniendo los medios adecuados, realizando pruebas diagnósticas, acordes con lo que sugerían, desde el punto de vista médico, las diferentes dolencias del recurrente”*.

Además, esta obligación de medios, que se ha cumplido en el caso que nos ocupa, debe entenderse ceñida al momento y circunstancias en que se efectúa la asistencia, es decir, a los síntomas que presenta la paciente y a las probabilidades, en función de los mismos, de que padezca una determinada patología.

Al respecto de la fase del diagnóstico, es doctrina reiterada de este órgano consultivo v.gr. dictámenes 171/19, de 22 de abril; 87/20, de 27 de febrero o, más recientemente, 211/24, de 25 abril, que el diagnóstico clínico es un proceso sumamente complejo, que se realiza en función de los síntomas que presenta cada paciente y de la manifestación de los mismos, que permiten al facultativo decidir la realización de pruebas diagnósticas que, a su vez, perfilan el diagnóstico final. Así, las sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 26 de abril de 2018 (recurso 75/2017) de 31 de enero de 2019 (recurso 815/2016) o la de 13 de enero de 2022 (recurso 640/2018):

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

Resta por analizar si este retraso tuvo o no consecuencias posteriores en la hospitalización de la reclamante, para lo que hemos de acudir al criterio de la Inspección, que literalmente informa:

*“... existió un retraso en la realización de la ecografía abdominal por el Servicio de Radiología debido a la elevada carga asistencial, pero no se puede establecer esta demora como causa directa del diagnóstico de una apendicitis aguda complicada, ni han derivado de dicho retraso secuelas que impidiesen la correcta recuperación médica de la paciente o alargasen la estancia hospitalaria y recuperación posterior más allá de los tiempos*

*habituales*”, lo que en conclusión, supone una adecuada asistencia sanitaria a la paciente.

Pronunciamiento éste que debe completarse con lo señalado en la Sentencia de 28 de septiembre de 2023, del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (procedimiento ordinario 797/2021), al referirse a la denominada prohibición de regreso: *«es necesario recordar que las condiciones del diagnóstico han de ser valoradas conforme a las circunstancias del momento en que se había de hacer ese diagnóstico y no conforme a la información que en el momento de la sentencia y tras el curso causal, generalmente fatídico o perjudicial se ha desarrollado, pues ello sería crear o valorar condiciones y circunstancias inexistentes o una realidad que nos sería tal.*

*Así, la doctrina jurisprudencial de la “prohibición de regreso” que impide sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, sólo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente, ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias concurrentes en el momento en que tuvieron lugar; en definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada valorando si conforme a los síntomas del paciente se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido, pues, que a partir del diagnóstico final se considere las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban».*

Sobre la base de lo expuesto, procede reiterar, de acuerdo con el relevante criterio de la Inspección Sanitaria y lo constatado en la historia clínica, la corrección de la asistencia dispensada a la reclamante.

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

## **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la reclamación al no haberse acreditado la existencia de mala *praxis* en la atención dispensada a la 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 9 de mayo de 2024

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 245/24

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid