

Dictamen n.º: **537/25**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **22.10.25**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 22 de octubre de 2025, 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., (en adelante, “*la reclamante*”), por el error diagnóstico y asistencial que imputa a una asistencia en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre y a las posteriores, prestadas en Atención Primaria, pues considera que retrasaron el adecuado tratamiento de su verdadera dolencia.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Con fecha 31 de octubre de 2023, tuvo entrada en el registro del Servicio Madrileño de Salud una reclamación de responsabilidad patrimonial, formulada por la persona arriba identificada, enfermera de profesión, por determinadas carencias asistenciales que imputa a una asistencia en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre y al posterior seguimiento en Atención Primaria, al considerar que, por haber incurrido en un error de diagnóstico, retrasaron el adecuado tratamiento de su verdadera dolencia.

Relata en su escrito que, el día 10 de mayo de 2021, sufrió una caída casual en su domicilio, desde una escalera doméstica, descendiendo por tres peldaños, desde unos 70 cm de altura hasta el suelo -refiere que esa altura la explicó referenciándola a la de su propia cadera-. Como consecuencia de la caída, recibió un fuerte impacto directo en el lado derecho de las costillas, hombro y cadera, viéndose afectadas de igual manera las manos, al intentar proteger la cabeza.

Acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre, donde considera que no fue atendida debidamente, destacando las siguientes deficiencias:

- No se recogió adecuadamente la altura de la caída, al anotar 50 cm; ni el lado sobre el que cayó realmente, pues se indicó que impactó sobre el costado izquierdo, habiendo caído sobre el lado derecho.

- No se recogió su propia percepción sobre la crepitación al impactar con el suelo, ni la sensación que manifestó sobre la fluctuación de líquido en la región diafragmática, ni el dolor que presentaba a la palpación del esternón -aunque señalara que no era lo suficientemente intenso como para pensar en una fractura del esternón-.

- No se reflejó que había comunicado que tenía la menopausia desde hacía 10 años, siendo ello un factor de riesgo de fracturas, que considera que debería haberse tenido en cuenta.

- No se le exploró la columna cervical, a pesar del mecanismo de la lesión y de presentar lesiones previas en esa misma zona y en la lumbar, que además constaban en su historia clínica.

- No se consideró necesario por parte del Servicio de Urgencias realizarle una electrocardiografía, una ecografía, una TAC, o una analítica de sangre, para valorar posibles pérdidas hemáticas.

- Tampoco se le efectuó una valoración de la región hepática, ni de la zona renal derecha.

Finalmente, destaca que, pese a que sí se le practicó una radiografía de tórax, no se reflejó en el informe, cuestionando la propia técnica empleada para realizarla y su posterior valoración, pues en otro caso debería haber evidenciado al menos dos fracturas costales en el arco anterior de las costillas 5° y 6° derechas y, además, una rectificación cervical postraumática. Sobre la misma añade que, en el mismo acto de entrega del informe de alta solicitó al facultativo que le enseñara la radiografía en cualquiera de los ordenadores disponibles en la sala, a lo cual le manifestó que su radiografía *“ya estaba vista y no tenía nada relevante”*, negándose por tanto el facultativo a mostrarle la prueba, que además no quedó registrada en el informe.

Señala que, tras esa deficiente asistencia, se le dio el alta, con el juicio clínico de contusión torácica, prescribiéndole calmantes, según la intensidad del dolor y otras recomendaciones habituales al alta, además de indicarle que debía asumir que el dolor torácico se podría prolongar desde dos semanas hasta un mes y medio, intensificándose al toser, estornudar, respirar profundamente, al reír, llorar o tumbarse.

Debería también guardar reposo relativo, durante al menos dos semanas, evitar el uso de fajas y vendajes, beber al menos un litro y medio de agua al día y aplicar calor local seco en la zona del traumatismo, con manta eléctrica, paño seco caliente o bolsa de agua caliente, tres veces al día.

Los controles posteriores se sucedieron en el Servicio de Atención Primaria del Centro de Salud de Calesas y tales asistencias también se consideran deficientes, en opinión de la afectada, al consolidar el retraso diagnóstico y la demora del adecuado tratamiento. Además, afirma que le pautaron un tratamiento sin haber estudiado la sintomatología que

presentaba, autorizando sesiones de rehabilitación funcional, que eran contraproducentes para la patología que realmente presentaba.

Refiere a continuación en su reclamación, diversos datos de asistencias privadas, que compatibilizaba con la asistencia pública e iba relatando en Atención Primaria. A saber:

- El 21 de julio de 2021, se le realizó una TAC en la sanidad privada, sin ofrecer más datos al respecto; si bien destacando que el mismo informaba de fracturas costales derechas de la 5 a la 8, que lógicamente no se habían tratado adecuadamente hasta entonces.

- El 24 de marzo de 2022, le repitieron la TAC torácico en la sanidad privada, describiendo una masa bien delimitada en el mediastino anterior, que parecía quística, pudiendo tratarse de un quiste tímico o pleuro-pericárdico.

- El 11 de mayo de 2022, le hicieron una RMN cardíaca en la sanidad privada. Se observó solo el quiste pericárdico.

- El 29 de agosto, se le había realizado una nuevo TAC en la sanidad privada, que denotaba la masa, sugestiva del quiste pericárdico, sin cambios respecto al estudio previo.

- El 6 de julio de 2023, se le realizó una ergometría en la sanidad privada que no resultó concluyente, puesto que, electrocardiográficamente, era dudosa y clínicamente positiva. Se le recomendó hacer una resonancia magnética cardíaca de estrés.

Por todo lo expuesto, reclama una indemnización de 57.071,20 €, más los intereses legales correspondientes, 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, de 23 de septiembre de 2015, cuantificando los 710 días

durante los que mantuvo incapacidad, de los cuales considera 349 días como de perjuicio personal básico y 361 días de perjuicio personal particular moderado. Además, contabiliza 7 puntos por secuelas funcionales y un perjuicio moral, por pérdida de calidad de vida, debido a las secuelas.

SEGUNDO.- Del estudio del expediente resultan los siguientes datos para la emisión del dictamen:

La paciente, de 48 años de edad en el momento de los hechos objeto de reclamación, tenía como antecedentes de interés, ser fumadora de 19 cigarros/día, padecer impronta subligamentosa cervical en C4-C5 y hernia discal L3-L5, además de presentar adenoma hipofisario (prolactinoma) y alergia al látex.

El día 10 de mayo de 2021, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre, tras una caída en su domicilio. La asistencia recibida se documentó de la siguiente forma:

“Mujer de 48 años con antecedente de adenoma hipofisario. Acude por presentar caída de 50 cm, recibiendo impacto sobre costado izquierdo. Aumenta el dolor a la inspiración profunda y con movimientos. No disnea.

Exploración física: FC:72 So2:99 BEG. CyOx3. SatO2 %

Auscultación Pulmonar: murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos sobreañadidos.

No tumefacción. No hematoma. No deformidad. Movimiento simétrico de ambos hemitórax.

Dolor a la palpación de la región anterior/media/posterior de los arcos costales superiores/medios/inferiores del hemitórax

derecho/izquierdo. No crepitación de dichos arcos costales. No dolor a la palpación del esternón. No dolor a la palpación de las articulaciones esternoclaviculares, ni acromioclaviculares.

Juicio clínico: contusión torácica

Recomendaciones al alta:

- Si dolor, Ibuprofeno 400mg/Paracetamol 650mg/Metamizol 575mg 1 comprimido cada 8 horas/Naproxeno 550mg 1 comprimido cada 12 horas durante 15 días. Si continúa con dolor, alternar a las 4 horas con Ibuprofeno 400mg/Paracetamol 650mg/Metamizol 575mg 1 comprimido cada 8 horas/Naproxeno 550mg 1 comprimido cada 12 horas, durante 5 días.

- Es importante que asuma que el dolor torácico se puede prolongar desde dos semanas hasta un mes y medio, intensificándose al toser, estornudar, respirar profundamente, al reír, llorar, tumbarse, etc.

- Deberá guardar reposo relativo durante al menos 2 semanas.

- Evitará el uso de fajas y vendajes.

- Beberá al menos un litro y medio de agua al día.

- Aplicará calor local seco (manta eléctrica, paño seco caliente, bolsa de agua caliente) en la zona del traumatismo tres veces al día.

- Control por el médico de Atención Primaria en el plazo aproximado de 1 semana.

- En caso de fatiga intensa, tos con sangre, palidez, hipotensión y mareos, empeoramiento clínico u otra sintomatología relacionada con este traumatismo, acudirá al servicio de urgencias más cercano, presentando este informe”.

Ese mismo día, el 10 de mayo de 2021, la paciente acudió a consulta de Atención Primaria, para gestionar la baja laboral aportando el informe de Urgencias.

Seguidamente, constan periódicas revisiones en Atención Primaria, así como varias interconsultas con otros profesionales, que fueron arbitradas desde su centro de salud, habiéndose documentado las siguientes:

El día 17 de mayo de 2021, fue revisada, anotándose que persistía dolor con las movilizaciones.

El día 25 de mayo de 2021, se reflejó que mantenía dolor soportable tomando Enantyum, paracetamol y Yurelax.

El día 8 de junio de 2021, se anotó que la paciente refirió que persistía el dolor con la movilización, al coger pesos, al respirar profundo y con la tos, aunque precisando que no presentaba más tos de la habitual, ni otra clínica respiratoria. En la exploración pulmonar se constató murmullo vesicular conservado sin ruidos, saturación de oxígeno del 97 % y se observó dolor a la palpación en la zona submamaria derecha y contractura paravertebral dorsal derecha.

El día 16 de junio de 2021, la paciente acudió a otra revisión en Atención Primaria, anotándose que persistía el dolor con el movimiento, aunque observaba cierta mejoría con la fisioterapia, que finalizaba en una semana.

El día 25 de junio de 2021, fue revisada en Atención Primaria, reflejándose que seguía en tratamiento con el fisioterapeuta, habiendo tenido una sesión el día anterior, por lo que se encontraba muy dolorida.

El día 30 de junio de 2021, fue otra vez revisada en Atención Primaria. Se anotó que seguía en fisioterapia, continuaba con mucho dolor y que había pedido cita con un cirujano ortopédico -COT- privado.

El día 9 de julio de 2021, en consulta de Atención Primaria, se reflejó que seguía en rehabilitación y la había visto el COT, solicitándole una resonancia magnética cervical dorsal y lumbar.

Según refiere en su reclamación, el 21 de julio de 2021 se le realizó una TAC en la sanidad privada, sin ofrecer más datos al respecto, pero indicando que en el mismo se constataron fracturas costales derechas, de la 5 a la 8. Ese dato también fue reflejado en la anotación de la consulta de Atención Primaria, del día 23 de julio de 2021.

El día 16 de agosto de 2021, fue nuevamente revisada en Atención Primaria, constando que asociaba varias protrusiones a nivel cervical, por lo que se le solicitó interconsulta con Rehabilitación.

El 27 de agosto de 2021, acudió a consulta de Rehabilitación. Se reflejó que constaban asistencias previas por cervicalgia y omalgia derecha y que, en el año 2019, fue diagnosticada de cervicoartrosis.

La causa inmediata de la interconsulta, según se reflejó en la misma, fue que había sufrido una caída desde 1 metro, el día 10 de mayo. Aportaba una TAC privado de tórax, con fracturas costales 5-8 derecha y una RMN cervical, con mínima listesis y protrusiones. También que era fumadora, tenía suficiente capacidad pulmonar para hinchar globos y no tenía ningún tratamiento adicional.

Presentaba sintomatología cervical (apofisalgias, dolor en trapecio, movilidad cervical limitada, no irradiación por miembro superior derecho, pero si dolor en hombro con balance articular normal, muscular a 4/5 y maniobras de tendón supraespinoso positivas). Tenía dolor en las costillas, en inserción condral, palpando los callos óseos,

sin insuficiencia respiratoria, ni signos de neumotórax. Movilidad torácica dolorosa pero normal. Le diagnosticaron fracturas costales múltiples y cervicalgia postraumática y le solicitaron una TAC torácico para valorar los callos de fractura.

El día 10 de septiembre de 2021, fue revisada en Atención Primaria, anotándose la asistencia en Rehabilitación y en otra consulta posterior consulta de 29 de septiembre, se indicó que seguía pendiente del escáner y estaba haciendo rehabilitación.

El día 15 de octubre de 2021, fue otra vez revisada en Atención Primaria, reflejándose que persistía el dolor, con impotencia funcional. Le hacían una nueva RM el día 20 de octubre y la verían en Rehabilitación el 12 de noviembre.

El 20 de octubre de 2021, se le realizó la TAC torácico, que fue informado constatando callos de fractura en los márgenes laterales de 5º a 9º arcos costales derechos y una lesión nodular de aspecto quístico de 50 x 35 x 70 mm, en mediastino anterior, sugestiva de quiste tímico *vs.* quiste pericárdico, a controlar evolutivamente.

El 12 de noviembre de 2021, acudió a Atención Primaria, donde se recogió y transcribió el informe de la TAC y se le recetó Enantyum, al persistir el dolor y la limitación de la movilidad, estando la paciente pendiente de comenzar tratamiento de rehabilitación.

El 12 de noviembre de 2021, acudió a consulta de Rehabilitación. Tenía dolor cervical de perfil miofascial, en hemitórax derecho y esternal. Le pautaron tratamiento. En esa consulta, también se analizó la TAC torácica del mes de octubre y fue derivada para valoración a Cirugía Torácica.

El 22 de noviembre de 2021, acudió a consulta de Cirugía de Tórax. La paciente refirió la caída y relató que se había sometido a una TAC en un centro privado, en junio, donde le diagnosticaron varias fracturas costales derechas, de la 5 a la 9, sin describir la lesión mediastínica actual. Refería sintomatología inespecífica, de molestias de carácter mecánico en el tercio inferior del esternón.

Para su comparación con las imágenes de la TAC de octubre, le solicitaron las imágenes de la TAC de junio, del que solo aportaba el informe, al objeto de poder comprobar si ya estaba presente la lesión mediastínica, en el previo estudio. El diagnóstico de sospecha fue que presentaba un quiste mediastínico, de carácter benigno y sin aparente relación con el traumatismo.

Le explicaron a la paciente el diagnóstico y las opciones quirúrgicas del nódulo/quiste, en caso de que aumentase de tamaño o fuera sintomático y la indicación de observación, en ese momento; decantándose la paciente por la opción conservadora.

En cuanto al traumatismo costal, se reflejó que se había producido la consolidación de las fracturas, sin alteraciones pleuroparenquimatosas secundarias.

Le propusieron el control mediante una nueva TAC en 3 meses y la paciente sugirió hacerse una RMN en el ámbito privado. Quedaron pendientes de revisarla en 3 meses, con una de las dos pruebas.

El 17 de diciembre de 2021, acudió a Atención Primaria. Se anotó: *“La ha visto el cirujano torácico, la ha derivado al endocrino y han pedido una nueva TAC. Sigue con las mismas limitaciones, a la espera de valoración por Rehabilitación y de empezar magnetoterapia”.*

Según refirió la paciente en su reclamación, el 11 de enero de 2022, en el hospital privado donde le hicieron la TAC de julio del 2021,

revisaron las imágenes describiendo una imagen de baja densidad en la zona de mediastino anterior, de bordes suaves, bien definidos, que sugería, por su morfología, hiperplasia tímica, sin poder descartar quiste tímico o timoma.

El 20 de enero de 2022, acudió a Atención Primaria, explicando que persistía la tos, sobre todo por las noches y que, en ocasiones, notaba sibilancias asociadas con pirosis. Permanecía en estudio por Cirugía Torácica.

El 16 de febrero de 2022, acudió a consulta de Endocrinología, donde estaba en seguimiento desde 2011, a raíz de un diagnóstico de macroprolactinoma, que estaba resuelto y asintomático hacía años.

Revisado el análisis de control, fue citada con nuevo análisis y RMN de control hipofisario. Pesaba 75 kg y le recomendaron estatinas, por aumento del colesterol, que rechazó.

El 18 de febrero de 2022, acudió a consulta de Medicina Interna derivada desde Atención Primaria, por causa del hallazgo de la TAC torácica, con el hallazgo incidental de lesión quística, que estaba pendiente de filiar.

Se anotó que, la paciente refería astenia, sin síntomas de miastenia, sin afectación ocular, ni de pares craneales y fuerza normal. Ni la clínica ni la exploración impresionaban de miastenia y se reflejó que estaba haciendo más ejercicio, con buena tolerancia, para perder peso. No se consideró necesario el seguimiento.

El 23 de febrero de 2022, acudió a Atención Primaria, por persistir el dolor y la limitación de la movilidad, señalando que había reclamado rehabilitación, pero aún no le habían dado sesiones de magnetoterapia, que Medicina Interna descartaba miastenia, el endocrino había

ampliado estudio por tener tres glándulas afectadas y que estaba pendiente de nueva RMN y de la consulta con el cirujano torácico.

Según refiere la paciente en su reclamación, el 24 de marzo de 2022, le repitieron la TAC torácica en la sanidad privada, describiendo una masa bien delimitada en el mediastino anterior, que parecía quística y podría tratarse de un quiste tímico o pleuropericárdico.

El 28 de marzo de 2022, la paciente tuvo consulta telefónica con Cirugía de Tórax, manifestando que no presentaba cambios clínicos y que le habían realizado una TAC en el ámbito privado, que aún estaba pendiente del informe, por lo que se acordó verla la semana siguiente para comparar las imágenes y decidir el tratamiento.

El 29 de marzo de 2022, acudió a Atención Primaria, sin presentar cambios respecto a la movilidad, estando pendiente de valoración por Cirugía Torácica y de empezar rehabilitación.

El 4 de abril de 2022, tuvo consulta en Cirugía de Tórax. Le solicitaron una RMN torácica.

El 6 de abril de 2022, acudió a consulta de Endocrinología, donde revisaron el análisis solicitado y la citaron nuevamente para otro control. Se le volvió a insistir en las estatinas, por el colesterol mantenido, pero no quería tomarlas.

El 7 de abril de 2022, regresó a Atención Primaria, señalando que había comenzado rehabilitación y el 29 de abril de 2022, refirió encontrarse mejor y se anotó que finalizaba la rehabilitación el día 11 de mayo. Se le planteó el control del INSS de su baja, acordando que, si se encontrara mejor la semana siguiente, prefería compaginar la rehabilitación y reincorporarse al trabajo, para ver la evolución.

El 5 de mayo de 2022, en Atención Primaria, manifestó mejoría clínica, solicitando la reincorporación, mientras seguía en rehabilitación.

El 11 de mayo de 2022, le hicieron una RMN cardiaca en la sanidad privada. Se observó solo el quiste pericárdico.

El día 18 de mayo de 2022, acudió a Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre, explicando que llevaba un año de baja, se había incorporado al trabajo hacía una semana y ese día, al subir las escaleras camino del trabajo comenzó con dolor retroesternal, que se irradiaba a la zona dorsal, con cansancio muscular en las piernas. Mencionó también que durante ese año había tenido molestias torácicas, sobre todo retroesternales bajas, mecánicas, sin disnea ni precisar analgesia.

Avisaron al cardiólogo para hacerle seguimiento, aunque estaba pendiente de revisión en Cirugía Torácica, que aún no había visto la resonancia.

La exploración fue normal, con buen estado general, encontrándose eupneica, con auscultación cardio-pulmonar normal, saturación del 99 %, tensión bien y electrocardiograma normal.

Le diagnosticaron dolor retroesternal.

Ese mismo día, el 18 de mayo de 2022, fue atendida en Atención Primaria solicitando nuevamente la baja.

El 20 de mayo de 2022, acudió a consulta de Rehabilitación. Refirió mejoría parcial del dolor costal, pero indicando que al momento de realizar alguna actividad física, de nuevo presentaba molestias en la parrilla costal y sobrecarga cervical.

En la exploración, se anotó dolor a la palpación esternal, en la zona del xifoides y de la parrilla costal derecha, en los arcos costales bajos, por la cara anterior. Se le volvió a pautar tratamiento de rehabilitación.

El día 26 de mayo de 2022, de nuevo en Atención Primaria, se anotó que habían suspendido la rehabilitación hasta ser valorada por Cirugía Torácica. Se observó auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado y alguna sibilancia aislada.

El 6 de junio de 2022, tenía consulta en Cirugía de Tórax. Se le comentó la posibilidad de la relación de sus síntomas con la lesión mediastínica y le insistieron en la opción quirúrgica para su diagnóstico y tratamiento, que volvió a rechazar; programando revisión en 6 meses, con una nueva TAC.

El día 7 de junio de 2022, acudió a Atención Primaria, aportando copia del informe de Cirugía Torácica, estando pendiente de iniciar fisioterapia.

El día 21 de junio de 2022, en consulta telefónica en Atención Primaria, refirió que presentaba dolor tras la fisioterapia e iba a cambiar de zona de tratamiento.

El 1 de julio de 2022, acudió a consulta de Rehabilitación tras el último ciclo de tratamiento rehabilitador, con clara mejoría a nivel osteomuscular, mínimo dolor en el trapecio derecho, aunque refería sensación de presión retroesternal, que se acentuaba en reposo.

Encontrándose en seguimiento por Cirugía Torácica y Cardiología, se le dio el alta.

El día 23 de agosto de 2022, mantuvo consulta telefónica de seguimiento en Atención Primaria.

El día 26 de septiembre de 2022, acudió a consulta en Atención Primaria y relató que, el 29 de agosto se le había realizado nueva TAC en la sanidad privada, que denotaba la masa, sugestiva de un quiste pericárdico, sin cambios respecto al estudio previo.

Persistía la fatigabilidad que ella relacionaba con el quiste, aunque le habían comentado que no tenía que ver con ese hallazgo. Igualmente, presentaba tos persistente, aunque en la TAC no se observaban lesiones pulmonares, ni bronquiales, que lo justificaran. En la analítica de Urgencias tampoco resultaban datos de anemia, ni de daño cardíaco.

A la vista de todo ello, se cursó interconsulta a Medicina Interna para completar el estudio.

El 31 de octubre de 2022, en consulta telefónica de Atención Primaria, relató que seguía igual y tenía cita en Medicina Interna el día 4 de noviembre.

El 4 de noviembre de 2022, acudió a la consulta de Medicina Interna. Se anotó que: *“la astenia se va incrementando, con sensación de debilidad generalizada, mareo, empieza a temblar la musculatura. Hace pádel, pero con esfuerzo de más de 7 minutos nota opresión centrotorácica, sin disnea, ni taquipnea, tarda en llegar quince minutos al centro de salud y ya se le pasa.*

Lo relaciona con el quiste pericárdico, hallado justo tras la caída.

La auscultación cardio-pulmonar es normal, no edemas, buen estado general, tensión y saturación normales. Está alterado la parathormona y la vitamina D, pero se achaca a la toma de hidroferol unos días antes, aunque le solicitan nuevos análisis de control”.

Le solicitaron prueba de esfuerzo, para valorar los síntomas de presíncope, con el esfuerzo.

El 17 de noviembre de 2022, acudió a consulta de Endocrinología, donde revisaron el análisis solicitado, constatando perfil hipofisario normal y normalidad de la parathormona.

El día 5 de diciembre de 2022, se le realizó una TAC torácica con contraste de control, sin observar cambios en la lesión de aspecto quístico en el mediastino anterior, sugestivos de quiste pericárdico.

El día 16 de diciembre de 2022, en consulta en Atención Primaria, se reflejó que continuaba con astenia, pendiente de prueba de esfuerzo el lunes y se mantenía la incapacidad médica.

El 19 de diciembre de 2022, se le realizó prueba de esfuerzo eléctricamente positiva y clínicamente negativa.

El 9 de enero de 2023, tuvo consulta en Cirugía de Tórax, revisando la TAC de diciembre y anotándose: *“quiste mediastínico sugerente de quiste pericárdico sin cambios respecto al anterior.*

Se había realizado ergometría eléctricamente positiva, que podría justificar con más probabilidad la sintomatología de opresión retroesternal que el quiste pericárdico”.

Le comentaron que no había cambios en el quiste, ni evidencia de correlación de los síntomas con esta lesión, por lo que no se le podía asegurar la mejoría con su exéresis. Quedaron pendientes en verla en 6 meses, con otra TAC, de acuerdo con ella.

El día 16 de enero de 2023, acudió a consulta en Atención Primaria y se anotó que tenía revisión en Medicina Interna el día 2 de febrero, para ver los resultados y que, en Cirugía de Tórax posponían la valoración de la exéresis del quiste para más adelante, anotándose que seguía con mucha fatigabilidad.

El 2 de febrero de 2023, acudió a consulta de Medicina Interna, manifestando que *“sigue con límite de 7 minutos para comenzar con las manos ardiendo, algo retroesternal, flojean las piernas”*.

Refirió además estar más asténica y una importante caída del cabello y hematomas espontáneos.

Además, se anotó que *“por debajo del reborde costal derecho se palpa zona indurada, no claramente masa/nódulo. Le piden ecografía de la zona, que deje de fumar. Sin dolor costal. Refiere estar haciendo más ejercicio, aunque se para a los siete minutos. Pesa 72 kg y mide 1.64 cm.*

Le solicitan también TAC de arterias coronarias, porque la paciente prefiere no hacerse cateterismo y análisis para valorar ferropenia por la caída del cabello”.

El día 3 de febrero, se revisó la analítica, informando a la paciente telefónicamente y constatando una mínima ferropenia, por lo que se le recomendó aumentar la ingesta de hierro con los alimentos.

El 20 de febrero de 2023, acudió a Atención Primaria, reflejando que desde Medicina Interna se habló con Cardiología y le indicaron una TAC de coronarias, que estaba pendiente.

El día 27 de marzo de 2023, comentó en Atención Primaria que el Servicio de Prevención de Riesgos le había rechazado la adaptación de su puesto de trabajo, siendo enfermera de profesión.

El 30 de marzo de 2023, acudió a Fisioterapia de Atención Primaria.

El 12 de abril de 2023, se hizo ecografía de partes blandas, sin hallazgos.

El 19 de abril de 2023, cursó alta en Fisioterapia de Atención Primaria

El día 28 de abril de 2023, se anotó en la consulta de Atención Primaria que, aun no tenía la TAC de coronarias y en la ecografía se le había denotado apófisis xifoides bífida. Además, que el fisioterapeuta particular le había hecho punción seca y se encontraba mejor a nivel muscular, pero había intentado hacer bici y no toleraba el ejercicio más allá de 8 minutos, por disnea y fatigabilidad muscular.

El 14 de junio de 2023, acudió a consulta de Medicina Interna, explicando que estaba mejor, que el médico de familia le remitió al fisioterapeuta de Atención Primaria, por el dolor subcostal derecho y le habían resuelto varias contracturas. Además, había perdido peso (72,4 kg) y ya no se le caía el pelo.

Insistía en la dificultad para realizar la actividad física previa a la caída, *“puede subir tres pisos despacio, se para y luego llega al cuarto. En llano camina sin problemas, pero si aprieta el paso no aguanta más de 10 minutos, no aguanta más de ocho minutos en la bicicleta estática”*.

También explicó que seguía de baja y el INSS le quería dar el alta, pero no podía hacer tareas que requirieran rapidez/urgencia/continuidad de tareas, sin descanso, en la planta en la que trabaja (Traumatología/Cirugía Plástica), por lo que solicitó un informe para un cambio de puesto.

Aun no estaba la TAC coronaria y acordaron verla con el resultado.

El 6 de julio de 2023, se realizó ergometría en la sanidad privada, no resultando concluyente, puesto que electrocardiográficamente era dudosa y clínicamente positiva. Se le recomendó hacer la RMN cardiaca de estrés.

El 8 de noviembre de 2023, acudió a consulta de Medicina Interna, sin cita, porque el día 13 se le acababa la prórroga de la incapacidad laboral transitoria y necesitaba un informe para presentar al INSS.

Se anotó que pesaba 72,5 kg, se encontraba en mejor estado musculo-esquelético, si bien mantenía sensación de ocupación centro-torácica en relación con esfuerzos moderados-graves, sin disnea. Aportó la ergometría de la sanidad privada.

No constan datos sobre asistencias posteriores.

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 día 2 de noviembre de 2023, se notificó a la reclamante, la admisión a trámite de su reclamación, la normativa rectora del procedimiento y el sentido desestimatorio del eventual silencio.

Por su parte, mediante escrito de 21 de diciembre de 2023, la aseguradora del SERMAS acusó recibo de la comunicación de la reclamación interpuesta.

Consta incorporada al expediente, la historia clínica que documenta la asistencia cuestionada, remitida desde el Hospital Universitario 12 de Octubre y, en cuanto a la Atención Primaria, la obtenida de la aplicación Horus, relativa a las asistencias prestadas en el Centro de Salud Las Calesas, de Madrid, junto como un informe resumen, de 28 de diciembre de 2023, recopilando las asistencias relacionadas con esta reclamación, efectuado por su médico de familia (folios 128 y 129).

Igualmente se han emitido los informes de los servicios comprometidos en la asistencia cuestionada, constando de esa forma, un informe de la Coordinación de Urgencias, del Hospital Universitario 12 de Octubre, de 11 de noviembre de 2023 y otro de 16 de noviembre de 2023, suscrito por el responsable del Servicio de Radiodiagnóstico del mismo hospital.

El informe del Servicio de Urgencias hospitalario (folio 125), refiere de forma muy breve que, la única asistencia en Urgencias de la paciente se produjo el día 18 de mayo de 2022 y el motivo de la consulta fue “*aparición de opresión retroesternal al subir escaleras*”, explicando que, tras la valoración clínica inicial, se solicitaron pruebas complementarias: hemograma, bioquímica con perfil cardiaco, coagulación y electrocardiograma.

Finalmente establece que, dada la normalidad, tanto de la exploración física, como de las pruebas complementarias realizadas, fue dada de alta a domicilio, indicando seguimiento en Atención Primaria y por los especialistas habituales y considerando la asistencia en Urgencias enteramente correcta.

Por parte del Servicio de Radiodiagnóstico, el informe emitido (folios 125 y 126), indica que, desde ese servicio, se practicaron todas las pruebas de imagen (TC y radiografías) que se solicitaron por los médicos peticionarios, en tiempo y manera, relatándolas. Estas fueron:

- Rx de tórax y parrilla costal el 10 de mayo de 2021. Solicitado desde Urgencias.

- TC de tórax sin contraste el 20 de octubre de 2021. Solicitado por Rehabilitación por “*fracturas costales múltiples*”.

- TC de tórax con contraste el 5 de diciembre de 2022. Solicitado por Cirugía Torácica, por: *“quiste mediastínico de reciente diagnóstico casual. Control evolutivo”*.

Añade que, las radiografías realizadas en la Urgencia fueron valoradas por los facultativos peticionarios, siendo esa la práctica habitual, ya que se emite informe radiológico adicional de esas exploraciones, únicamente a instancias de dicho médico peticionario, en caso de duda.

En la exploración del TC de 20 de octubre de 2021 se detectó el quiste mediastínico como hallazgo casual y sin relación aparente con el episodio traumático objeto de la reclamación y habitualmente sin significado patológico y las fracturas costales. No había otra patología significativa.

En el TC de diciembre de 2022, los hallazgos fueron superponibles al previo.

Por lo expuesto, concluye que, *“se trata de fracturas costales no visualizadas claramente por el médico de Urgencias, sin otros hallazgos significativos (como neumotórax, derrame pleural, ni contusión parenquimatosa). Dichas fracturas sí se visualizaron en TC, realizados meses después.*

El TC es una prueba mucho más sensible para la detección de este tipo de fracturas, si bien su indicación en un trauma torácico agudo es únicamente ante sospecha de patología grave.

Por otra parte, el diagnóstico del quiste mediastínico es un hallazgo casual sin relación con el traumatismo y sin importancia patológica, indicándose únicamente seguimiento evolutivo para comprobar estabilidad, como así fue”.

También consta el informe de la Inspección Sanitaria, de 30 de octubre de 2024 (folios 141 al 163), que analizando la asistencia cuestionada concluye que, la dispensada por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre, el día 10 de mayo de 2021, así como la prestada por Atención Primaria y por los diferentes especialistas que le trataron en el hospital con posterioridad, fue adecuada y conforme a la *lex artis*.

El 13 de enero de 2025, se notificó el trámite de audiencia a la reclamante, efectuando alegaciones finales el día 30 de enero de 2025 (folios 168 al 184), reiterando sus peticiones y precisando que, a pesar de lo indicado en el informe de la coordinadora de Urgencias, la primera atención cuestionada fue la de las Urgencias Generales-Área de Traumatología de Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, del 10 de mayo de 2021 –no una asistencia del 18 de mayo de 2022, que es la que refiere el informe de su responsable- y que, a la misma atribuye un error diagnóstico, por no haber detectado las diversas fracturas costales que presentaba. Además, también considera inadecuada la asistencia en Atención Primaria, pues en su opinión, determinó la perpetuación de dicho error diagnóstico en el tiempo, a causa de una inadecuada Atención Primaria, en el Centro de Salud Las Calesas.

Por todo ello, reitera su reclamación, *“por sus complicaciones y secuelas, desde la fecha del hecho causante hasta la actualidad”* (sic).

Además, destaca una errónea valoración de la radiografía del 10 de mayo de 2021 y manifiesta que la falta del tratamiento de las fracturas costales, guarda relación con la lesión mediastínica más tarde detectada, negando que la misma tuviera origen congénito, puesto que de otra forma se visualizaría en la radiografía simple efectuada el día del traumatismo.

Añade que, ningún otro estudio radiológico previo efectuado por facultativos del Servicio Madrileño de Salud a esta paciente, constató

como antecedente clínico el quiste de mediastino y afirma que, el referido quiste no estaba presente con anterioridad a la caída.

Sin más trámites, se emitió una primera una propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, de fecha 17 de marzo de 2025, suscrita por la viceconsejera de Sanidad.

La consejera de Sanidad formuló preceptiva consulta a la Comisión Jurídica Asesora, dando lugar a la emisión del primer dictamen 260/2025, de 13 de mayo, en el que se acordó la retroacción del procedimiento, para que se completara adecuadamente el informe preceptivo emitido por el responsable del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre, puesto que en el mismo se omitía toda referencia a la asistencia del 10 de mayo de 2021, que es a la que la reclamante vincula el error de diagnóstico inicial, argumentando que la falta de tratamiento de las fracturas costales guarda relación con la posterior aparición de un quiste mediastínico.

Tras completarse ese informe, debería revisarse el informe de la Inspección Sanitaria, conceder un trámite de audiencia a la reclamante y formular una nueva propuesta de resolución.

CUARTO.- Según resulta de la documentación remitida, tras la recepción del primer dictamen, se ha emitido un informe complementario por parte del coordinador del Servicio de Urgencias, de fecha 2 de junio de 2025 (folios 164 y 165). En el mismo se relata la asistencia dispensada a la paciente en las Urgencias, el día 10 de mayo de 2021, en la forma recogida en la anotación clínica anteriormente referida, si bien corrigiendo que el golpe fue en el costado derecho. En cuanto a las pruebas diagnósticas realizadas, se indica que, tras la anamnesis, el médico responsable realizó una exploración física exhaustiva, denotando que la paciente presentaba unas constantes vitales normales, una saturación de oxígeno normal y dolor a la

palpación en los arcos costales derechos, sin hematoma ni crepitación, siendo la auscultación pulmonar normal.

Añade que, posteriormente se le realizó un estudio radiológico (radiografía de tórax en proyección posteroanterior y parrilla costal derecha), en la que no se objetivó clara imagen de fractura, ni otros signos de complicación (derrame pleural, neumotórax o contusión parenquimatosa), por lo que se procedió al alta con tratamiento, medidas de fisioterapia respiratoria y explicación de los signos de alarma que debían motivar una nueva consulta al Servicio de Urgencias.

Además, el informe explica cuáles son las limitaciones inherentes a una radiografía simple, indicando: *“las fracturas costales, especialmente si son no desplazadas o afectan costillas posteriores, pueden pasar desapercibidas en una radiografía simple debido a la superposición de estructuras anatómicas, su baja resolución en zonas periféricas y el ángulo del rayo incidente y la posición del paciente”*.

Por tanto señala que, estudios como la tomografía computarizada (TC) tienen mayor sensibilidad para detectar fracturas costales pequeñas o no desplazadas, pero su indicación se circunscribe a la existencia de un trauma grave con complicaciones y *“... en este sentido, en la asistencia analizada, se descartó la presencia de complicaciones como neumotórax, derrame pleural o contusión parenquimatosa”* y finalmente añade que, en cualquier caso: *“... la práctica clínica habitual ante un traumatismo sin datos de gravedad es la observación y repetir el estudio (o realizar una Tomografía computarizada) si existe mala evolución clínica, de acuerdo a las medidas a observar que constan en la historia de la paciente”*.

Como conclusión valorativa de la asistencia, el informe complementario señala que, la no identificación inicial de fracturas costales en la radiografía de tórax realizada el día 10 de mayo de 2021 se encuentra dentro de los márgenes de variabilidad diagnóstica

aceptados en la práctica médica y que, dicha omisión no implica negligencia, sino que se relaciona con las limitaciones propias del método empleado. Así pues, establece que la actuación médica se ajustó a los estándares de atención vigentes, utilizando los medios diagnósticos apropiados, dado al cuadro clínico que presentaba la paciente en ese momento.

Seguidamente se emitió un informe ampliatorio por parte de la Inspección Médica, de fecha 13 de junio de 2025, que considera que, a la vista del nuevo informe del coordinador de Urgencias, la ausencia de la mención de la asistencia del 10 de mayo de 2021 en el primer informe es atribuible a un simple olvido, destacando las explicaciones efectuadas sobre la frecuencia de que las fracturas costales no sean visibles en una radiografía inicial y que ello no determina una atención negligente.

Por lo indicado, concluye que, no se ha acreditado ninguna negligencia en las asistencias realizadas a la reclamante, recalcando que el no visualizar las fracturas costales entra dentro de lo posible, según lo apuntado y establece que, tanto asistencias prestadas por el Servicio de Urgencias, como las siguientes de Atención Primaria se adecuaron, a la *lex artis ad hoc* y que el posterior quiste pericárdico que se detectó de manera causal, no tiene ninguna relación causal con el traumatismo sufrido, siendo un hallazgo casual posterior (folios 166 y 167).

Se concedió un nuevo trámite de audiencia a la reclamante, con acuse de recibo del 17 de junio de 2025, sin que consten efectuadas nuevas alegaciones finales.

Finalmente, el 13 de agosto de 2025, se emitió una nueva propuesta de resolución, con sentido desestimatorio de la reclamación.

QUINTO.- El 27 de agosto de 2025, tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid nueva solicitud

de dictamen en relación con la presente reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió su estudio, a la letrada vocal Dña. Carmen Cabañas Poveda, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberada y aprobada, por unanimidad, en el Pleno de la Comisión en su sesión 22 de octubre de 2025.

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 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 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se regula en la LPAC.

En cuanto a la legitimación activa, corresponde a la reclamante, al tratarse de la paciente afectada por el daño por el que reclama, ex. artículo 4 de la LPAC y 32 de la LRJSP.

Respecto a la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, también concurre en este caso, puesto que las asistencias cuestionadas

se prestaron en el Hospital Universitario 12 de Octubre y en el Centro de Salud Las Calesas, de Madrid, integrados ambos en el SERMAS.

En lo relativo al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, que se contará, en caso de daños de carácter físico o psíquico, desde que el hecho aconteció o desde la curación o determinación del alcance de las secuelas (artículo 67.1 de la LPAC).

En el presente caso, la reclamación se interpuso el día 31 octubre de 2023, cuestionando una asistencia del día 10 de mayo de 2021 y las subsiguientes de Atención Primaria que, en opinión de la reclamante, al incurrir en el retraso diagnóstico de diversas fracturas costales, determinaron la producción de su actual patología, más grave. De otra parte, constan asistencias por la patología de la paciente hasta el mes de noviembre de 2023, de forma que, a la vista del planteamiento de la reclamante que relaciona la aparición del quiste pericárdico con la falta de detección y tratamiento temprano de las fracturas costales y atendiendo a un criterio *pro actione* y restrictivo de la prescripción, reconocido tanto por la jurisprudencia (Sentencia del Tribunal Supremo de 29 de abril de 20103 (Rec. 400/2012) como por la doctrina de esta Comisión, así por todos el dictamen 557/21, de 2 de noviembre, cabe tener por interpuesta en plazo la reclamación.

En cuanto al procedimiento, una vez completado, tras la retroacción inicial, podemos afirmar que documenta el conjunto de las asistencias controvertidas y que se ha emitido el informe del servicio cuestionado, analizando todas las cuestiones en que se centra la reclamación.

También ha emitido informe la Inspección Sanitaria y, tras la incorporación de los anteriores informes, se ha dado nuevamente audiencia a la reclamante quien, aunque formuló unas primeras

alegaciones finales, no lo ha hecho tras la retroacción del procedimiento. Por último, se ha elaborado la correspondiente propuesta de resolución, desestimatoria de la reclamación, que ha sido remitida, junto con el resto del expediente, a la Comisión Jurídica Asesora para la emisión del preceptivo dictamen.

Por tanto, debe concluirse que la instrucción del procedimiento ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución Española, a cuyo tenor: *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. 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 Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de mayo de 2016 (recurso 2396/2014) recoge lo siguiente a propósito de las características del sistema de responsabilidad patrimonial:

“(...) el art. 139 de la LRJAP y PAC, establece, en sintonía con el art. 106.2 de la CE , un sistema de responsabilidad patrimonial : a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o

negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral”.

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

La responsabilidad de la Administración 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, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

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 18 de septiembre de 2017 (recurso 787/2015), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, *“en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria 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, que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, 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. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha lex artis respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado”.

CUARTA.- En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que, por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, «*el hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea antijurídico, es decir: “que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar”, debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la lex artis ad hoc*».

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

Al respecto, la Sentencia del Tribunal Supremo de 16 de marzo de 2016 (recurso de casación 2228/2014) destaca que *“la asistencia sanitaria es una obligación de medios y no de resultados, 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”*.

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

Además, lo que procede es un empleo de medios ordinarios y diligencia para cerciorarse de los diagnósticos que se sospechen, sin que se exija la realización de todas las pruebas diagnósticas que pudieran llevarse a cabo, sino las adecuadas a los síntomas que presente el paciente, para su correcto tratamiento inmediato, derivación o seguimiento. En este punto cabe traer a colocación lo expresado en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 28 de abril de 2017 (recurso 133/2014) cuando señala que *“los servicios médicos*

sanitarios públicos actúan y proponen medios diagnósticos a la vista de los síntomas que los pacientes refieren, pues no es admisible que quien entra en el Servicio de Urgencias o en otras dependencias agoten sin más indicios todas las múltiples pruebas diagnósticas y múltiples patologías sin que los síntomas que se tengan exijan su realización”.

QUINTA.- Corresponde a continuación analizar si en el supuesto analizado concurren los presupuestos de la responsabilidad pretendida.

En cuanto al daño, resulta acreditado que la reclamante padece un quiste pericárdico, planteándose si se encuentra relacionado causalmente con la falta de detección de las fracturas costales por las que acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario 12 de Octubre, el día 10 de mayo de 2021, como pretende la afectada.

En cuanto a la cuestión de la imputación del daño al servicio público y, por tanto, de la eventual infracción de la *lex artis*, debemos partir de la regla general de que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de junio de 2017 (recurso 909/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Es, por tanto, la reclamante quien ha de probar mediante medios idóneos que la asistencia prestada no fue conforme a la *lex artis*, entendiendo por medios probatorios idóneos según la Sentencia de 15 de noviembre de 2018 del Tribunal Superior de Madrid (recurso: 462/2017) “*los informes periciales e informes técnicos incorporados a los autos y al expediente administrativo, pues se está ante una cuestión eminentemente técnica y en los cuales necesariamente debe apoyarse el tribunal a la hora de resolver las cuestiones planteadas*”.

Pues bien, en este caso la interesada no ha incorporado al procedimiento ningún tipo de acreditación técnico médica que sustente que la primera atención que le fue dispensada fuera incorrecta o inadecuada, ni de que guarde relación con la posterior aparición de un quiste pericárdico, sin que sirvan a este propósito sus afirmaciones personales, contenidas en el escrito de reclamación y en sus alegaciones posteriores, que plantean que concurrió mala praxis, por la simple circunstancia de que las fracturas costales no se le detectaran en esa primera asistencia, recibida tras una caída.

Frente a lo indicado, se nos ha explicado sobradamente tanto por el responsable de la coordinación de Urgencias del hospital, como por la Inspección Médica que, concurrían ciertas limitaciones para su detección a través de una prueba radiológica en este caso y que, tal situación no determina que la asistencia incurriera en mala praxis.

De mayor interés resulta analizar la eventual relación de tales fracturas y el quiste pericárdico que más tarde le fue detectado a la paciente, planteando la reclamante que la falta del tratamiento temprano de las fracturas habría influido en la aparición del referido quiste, por la simple circunstancia de la sucesión temporal de ambas dolencias y la relativa proximidad anatómica de ambas.

Como hemos indicado en dictámenes como el 227/17, de 1 de junio o el 14/19, de 7 de enero, tal argumentación ha de rechazarse por cuanto incurre en la falacia lógica *post hoc ergo propter hoc*.

En su sentencia de 26 de noviembre de 2015 (recurso 776/2013) el Tribunal Superior de Justicia de Madrid afirma que: *“Si es verdad que una causa precede a un efecto, no siempre lo es que un hecho anterior sea la causa de otro posterior. Se conoce tal modo de argumentar como falacia post hoc ergo propter hoc. Aparte de esa relación temporal necesitaríamos un medio de prueba que nos dijera y nos convenciera de*

que la mejoría del recurrente se produjo precisamente por el abandono de la medicación y no por cualesquiera otras circunstancias”.

Así pues y frente a lo indicado, la Inspección Médica explica en su informe que, el quiste pericárdico es una lesión muy infrecuente, con un curso clínico en la mayoría de los casos benigno, que se detecta de forma casual en la radiografía de tórax y que puede confundirse con un proceso neoplasia pulmonar.

Se produce por una alteración en la embriogénesis de la cavidad celómica o mesotélica, en la mayoría de los casos, aunque también puede ser adquirido, de etiología infecciosa, inflamatoria o traumática, tras pericarditis por enfermedades autoinmunitarias, tuberculosis equinococosis, posterior a cirugía cardíaca, hemodiálisis crónica y que también puede haber quistes malignos (tiroides, linfoma, timoma, teratoma y seminoma).

Indica además que, en la mayoría de ocasiones, el quiste pericárdico suele ser un hallazgo casual en una radiografía de tórax o una ecocardiografía practicada por otro motivo, como de hecho ocurrió en este caso, en el que, el día 20 de octubre de 2021, se realizó TAC torácica a esta paciente, denotando los callos de fractura en los márgenes laterales de 5º a 9º de los arcos costales derechos y una lesión nodular de aspecto quístico de 50 por 35 por 70 mm en mediastino anterior, sugestiva de quiste tímico *vs.* quiste pericárdico, a controlar evolutivamente.

Finalmente, explica la Inspección Sanitaria que, aunque en ocasiones los quistes tímicos/pericárdicos se han descrito tras traumatismos, en este caso, su aparición no tiene relación con que no se hubieran visto las fracturas en la radiografía inicial y mantiene que, la actuación y seguimiento del caso por parte de los diversos especialistas del Hospital 12 de Octubre se llevó a cabo de manera adecuada y diligente, resultando documentado que se realizaron a esta paciente

todas las pruebas y controles necesarios y que se le planteó incluso la cirugía, aunque se informó a la paciente de que los síntomas que refería no tenían nada que ver con la lesión encontrada casualmente, considerando la asistencia sanitaria prestada enteramente acorde a la *lex artis ad hoc*.

En este sentido, cabe recordar el especial valor que esta Comisión Jurídica Asesora atribuye a la opinión de la Inspección Sanitaria, pues, tal y como recuerda el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, así su Sentencia de 24 de mayo de 2022 (recurso 786/2020), *“sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen también un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del Médico Inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”*.

De acuerdo con todo ello, debemos concluir, 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.

Por todo lo expuesto la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación presentada, al no haberse acreditado la existencia de mala praxis en la atención dispensada a la

paciente en el Hospital Universitario 12 de Octubre ni por parte de los servicios de Atención Primaria.

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 22 de octubre de 2025

El Presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 537/25

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid