Alvaro Sardinero García
Abogado
C/ Francisco Silvela, 19 Entpta. F
28028 - MADRID
Tel. y Fax: 91 308 37 60

GENERALITAT VALENCIANA
Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

EXP. RP. 3/20
SGA/SRP/AM/CAC/TP/IG/MA

RESOLUCIÓN

HECHOS

PRIMERO.- Con fecha de 3/1/2020 tuvo entrada en el Registro Electrónico de la Administración General del Estado, con destino en la misma fecha en el registro del órgano competente para su tramitación en la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública (CSUySP), reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por D.ª M así como por D.ª M en la que expusieron las siguientes alegaciones:

"PREVIA.- Don de 75 años de edad, ingresó en los meses de diciembre de 2018 y enero de 2019 con un cuadro de tos, vómitos, mal estar general y un hematoma importante en el costal izquierdo. Durante el primer ingreso, que tuvo lugar el 15 de diciembre de 2018, recibió el alta hospitalaria sin que se llevara a cabo la realización de prueba alguna que revelara el origen de su padecimiento, asegurando que el hematoma de debía a un derrame en partes blandas, diagnosticando al paciente de manera errónea una infección respiratoria. Durante el segundo ingreso, el 21 de diciembre, el paciente sufrió un desvanecimiento por lo que fue derivado a UCI, donde se llevó a cabo un TAC que confirmó el diagnóstico de hernia diafragmática con estómago y colón intratorácico. El paciente fue intervenido de urgencia y en extrema gravedad pero ya fue tarde, Don se encontraba en unas condiciones muy desfavorables para superar la intervención y la enfermedad ya estaba muy avanzada, por lo que falleció dos días más tarde.

PRIMERA.- Quienes suscriben son esposa e hijos de Don , de 75 años de edad, beneficiario de la acción protectora de la Seguridad Social y fallecido el 23 de enero de 2019. Aportamos copia de Libro de Familia para acreditar la relación de parentesco. (DOC. Nº 1).

SEGUNDA.- Con fecha 15 de diciembre de 2018, Don ingresó en el Servicio de Urgencias del Hospital con un cuadro de resfriado, tos persistente, dolor lumbar izquierdo y dolor abdominal, vómitos, MEG y fiebre. Como DOC. Nº 2 aportamos copia del Informe de Urgencias.

TERCERA.- Ante la persistencia de febrícula y accesos de tos, el paciente fue trasladado a planta. El día 16 de diciembre ya presentaba, además de dolor lumbar izquierdo y resto de clínica mencionada, hematoma en región lumbar izquierda. En la noche del 16 al 17 (del sábado al domingo) surgió una tumoración en costado izquierdo e hipocondrio izquierdo muy dolorosa al tacto. El hematoma en región lumbar izquierda alcanzaba zona glútea. Así consta en el Informe de Alta de Hospitalización aportado como DOC. Nº 3.

La analítica del día 18 de diciembre de 2018 ya alertaba de una elevación alannante de la enzima CK, sugestiva de daño muscular: CK total de 1746.

Al día siguiente la citada Enzima también ofrecía datos altísimos: CK total: 1113. Así consta en el Informe aportado como DOC. Nº 3.

CSV:KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G URL de validació:http://www.tramita.gva.es/csv-front/index.faces?cadena=KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G

Tras la realización de una Ecografía de pared abdominal izquierda y RX de parrilla costal izquierda se determinó que no se observaban trazos de fractura costal y que los hallazgos eran sugestivos de edematización de partes blandas, por lo que con fecha 20 de diciembre de 2018 el Sr. recibió el alta hospitalaria con el diagnóstico de Infección Respiratoria e infravalorando tanto la aparición del hematoma y tumoración junto con el resto de sintomatología.

Como DOC. Nº 4 aportamos copia de los Informes emitidos por el Servicio de Radiología. En la Ecografía de partes plantas se hizo constar:

"todos estos hallazgos son sugestivos de edematización de partes blandas, probablemente con pequeño componente de sufusión asociada, aunque sin colecciones drenales".

El Hospital cometió un error en la interpretación y emisión del Informe de RX de Tórax de fecha 19 de diciembre de 2018 asegurando que no se observaban trazos de fractura costal. Dicho Informe fue rectificado con fecha 31 de enero de 2019, cuando el paciente ya había fallecido. Así consta en el DOC. Nº 5:

"Se rectifica informe: Presencia de fracturas en arcos costales 4º 5º 6º izquierdos. Hernia en pared abdominal p en diafragma, esta última conteniendo un tramo de colon".

El grave error diagnóstico y la infravaloración del cuadro y de los datos analíticos tendría unas consecuencias terribles.

Don trasladó en muchas ocasiones que el dolor agudo que sufría iba en aumento. A los familiares del paciente se les informó, restándole importancia, que el hematoma que presentaba en el lado costal izquierdo se debía a una pequeña rotura de venitas capilares y de grasa. Los familiares solicitaron la realización de un TAC pero su petición resultó desestimada.

El paciente sufría un hematoma en pared abdominal y así se hizo constar en el Informe de Alta, pero sin determinar ni realizar prueba alguna que revelara el origen de su padecimiento, se procedió a dar el alta hospitalaria con una prueba radiológica interpretada de manera clamorosamente errónea.

CUARTO.- Con fecha 18 de enero de 2019 el paciente acudió de nuevo al Servicio de Urgencias derivado desde su Centro de Atención Primaria por presentar dolor abdominal, vómitos e intolerancia oral. Aportamos, como DOC. Nº 6, Informe de Urgencias de 18 de enero de 2019.

Durante todo ese tiempo el Sr. Arcediano había continuado con el mismo cuadro, mal estar general y pérdida de peso importante, Además, el hematoma costal y la tumoración no habían desaparecido.

Como consecuencia de la apariencia de gravedad del cuadro y del deterioro del estado general, el Servicio de Urgencias solicitó la realización de un TAC abdominal.

Sin embargo, el Servicio de Radiología, no satisfechos aún con el grave error en la interpretación de las radiografías costales en las que habían incurrido, desestimó la realización del TAC abdominal, tal y como consta en el Informe de 19 de enero de 2019 que aportamos como DOC. Nº 7.

Como DOC. Nº 8 aportamos copia de los Informes de Radiología de los días 18 y 19 de enero donde constan los datos referidos.

"Medicina de Urgencias: (...) Solicito TAC abdominal

Consulta de Radiología de Abdomen: Se revisa la petición clínica p datos analíticos del paciente en el momento actual que no justifican la realización de TC de

CSV:KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G URL de validació:https://www.tramita.gva.es/csv-front/index.faces?cadena=KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G

forma urgente. Para estudio de síndrome constitucional se citará al paciente de forma preferente o bien se realizará durante el ingreso si se considera oportuno la hospitalización. En caso de nueva sintomatología que justifique realización de exploración de urgencia. rogamos se pongan en contacto con Servicio de Radiología '

Es decir, el hospital desestimó una vez más la realización de TC urgente considerando que el paciente no presentaba un cuadro grave y que no era oportuna su realización.

Ante la presencia de vómitos persistentes, eventración izquierda y síndrome constitucional, el Servicio de Urgencias decidió derivar al paciente al Servicio de Medicina Digestiva para estudio.

QUINTA.-. Durante su ingreso en el Servicio de Medicina Digestiva desde el 19 de diciembre, el paciente continuó con dolor abdominal que no cedía pese a la analgesia. Presentó incremento del trabajo respiratorio con deterioro del estado general y desaturación.

En la mañana del 21 de enero el paciente se encontraba taquipneico, mal perfundido, con roncus crepitantes hasta campos superiores en hemitórax derecho y abolición del sonido en hemitórax izquierdo.

Así consta en el Informe de Alta de Hospitalización aportado como DOC. Nº 9. Sufrió una pérdida de consciencia, su hija , que se encontraba con él en la habitación, no consiguió despertarle.

Don fue derivado inmediatamente a la UCI donde se pautó la realización de diferentes pruebas de imagen que aportamos como DOC. Nº IO.

Finalmente y ante el cuadro de extrema gravedad que presentaba el Sr. , se decidió llevar a cabo el TC abdominopélvico con contraste intravenoso el 21 de enero de 2019 que confirmó la presencia de hernia diafragmática estómago intratorácico. El estómago estaba completamente distendido con gran nivel hidroaéreo por lo que consideraron que debía tener algún componente de volvulación.

Además se concluyó que el paciente sufría una hernia lumbar superior conteniendo asas intestinales y signos de obstrucción. Así consta en el DOC. Nº 10.

Los facultativos decidieron realizar una endoscopia bajo sedación que confirmó la gran cantidad de contenido líquido de aspecto marronáceo claro que fue aspirado (1200 cc aproximadamente). El procedimiento confirmó el diagnóstico de Isquemia gástrica, vólvulo gástrico y Hernia de Hiato. Aportamos como DOC. Nº 11 copia del Informe del resultado de la Endoscopia.

SEXTA.- En la tarde el 21 de enero de 2018 y con el diagnóstico de hernia diafragmática traumática se decidió intervenir al paciente de manera urgente para el cierre de la brecha diafragmática. Se colocó una malla y se dejó un catéter de drenaje pleural (1 drenaje en hemitorax izdo 20 Fr). Como DOC. Nº 12 se aporta copia del Informe Quirúrgico.

SÉPTIMA.- Pero Don se encontraba en unas condiciones muy desfavorables para superar la intervención y la enfermedad ya estaba muy avanzada, por lo que falleció dos días más tarde

Como DOC. Nº 13 aportamos copia del Informe de Autopsia que revela como causa inmediata de la muerte: Síndrome de disfunción multiorgánica, y como Causa fundamental de la muerte: Síndrome de disfunción multiorgánica,

Como DOC. Nº 14 aportamos las fotografías que muestran las características que presentaba el hematoma,

CSV:KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G URL de validació:https://www.tramita.gva.es/csv-front/index.faces?cadena=KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G

Estamos ante un cúmulo de graves errores que permitieron la evolución del cuadro y el debilitamiento progresivo del paciente: Se confundieron los resultados de las pruebas de imagen. Se omitió la realización de un TC de abdomen cuando más se requería. Hicieron caso omiso al cuadro que presentaba el paciente y consideraron, por error, que se trataba de un cuadro de infección respiratoria. Desatendieron los resultados de la CK. Le dieron el alta indebidamente.

De haber correlacionado los síntomas y con los datos que tenían a su alcance habrían diagnosticado hernia diafragmática desencadenado, muy posiblemente, por la tos repetitiva que produce fracturas costales y daño colateral al diafragma produciendo su ruptura, evitando el deterioro del paciente, el agravamiento de la hernia y sus implicaciones abdominales hasta ser incapaz de superar la intervención. El diagnóstico se debería haber realizado el mismo día 19 de diciembre a través de un Tac-Torácicoabdominal, con posterior intervención quirúrgica en unas condiciones en ese momento favorables.

Todos los peritos consultados afirman que la tomografía computarizada (TAC), es actualmente la exploración idónea y el principal método diagnóstico de las hernias diafragmáticas severas, sin embargo el equipo médico se negó en rotundo a llevar a cabo dicha prueba, como así consta en los Informes aportados como DOC. Nº 7."

SEGUNDO.- Del relato de los hechos formulado por los reclamantes se desprende que, para éstos, es imputable a la Administración la deficiente asistencia sanitaria recibida por D. , -esposo y padre de los interesados-, que derivó en su fallecimiento. El daño generado por dicho fallecimiento ha sido cuantificado, al efecto de obtener una indemnización, en un total de 162.810 € según el desglose efectuado en la reclamación.

Además, con el fin de fundamentar sus pretensiones, basadas en la mala praxis alegada, los reclamantes aportaron diversa documentación clínica obrante en la historia clínica referida al proceso asistencial puesto en entredicho, un informe de autopsia de fecha 3/6/2019 elaborado por el médico forense D. , así como una copia del libro de familia acreditativo de la legitimación para reclamar.

TERCERO.-.- Mediante escrito registrado de salida el 29/1/2020 se notificó a los reclamantes la iniciación del procedimiento administrativo, con todas las determinaciones legales previstas en las Leyes 39 y 40/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, y de Régimen Jurídico del Sector Público, respectivamente, y así, se indica el plazo de resolución del procedimiento, los efectos jurídicos del silencio administrativo, el trámite de prueba, advertencia sobre procedimiento judicial penal o civil en curso, la subsanación de defectos y otras obligaciones del reclamante.

CUARTO.- El responsable de la tramitación de este expediente ha sido el Servicio de Responsabilidad Patrimonial, órgano con dependencia de la Secretaría General Administrativa, cuya regulación venía contemplada en el artículo 17.2.2. a) del precedente Decreto 93/2018 de 13 de julio. En la fecha de la redacción de la propuesta de resolución, la citada regulación viene prevista en el artículo 26.2.a, de

CSV:KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G URL de validació:https://www.tramita.gva.es/csv-front/index.face?cadena=KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G

la Orden 3/2022, de 22 de abril, de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se desarrolla el Decreto 185/2020, de 16 de noviembre, del Consell, de aprobación del actual Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria.

Si bien, para los actos de instrucción médico-sanitaria, dicha competencia corresponde al Servicio de Inspección Médica en la forma reglamentariamente prevista (art. 23.2.1.c) del antedicho Decreto 93/2018, no obstante a la fecha de la redacción de la presente propuesta o resolución, esa competencia viene prevista en el artículo 20.1.c, de la citada Orden 3/2022.

QUINTO.- Sin perjuicio de la ampliación del plazo máximo para la resolución del procedimiento acordada por la persona titular de la Subsecretaría y notificada mediante escrito registrado de salida el 4/12/2020, y que se sustenta en las razones que en el mismo se indican, fundadas en el elevado número de reclamaciones en la materia que impiden el cumplimiento del plazo inicial (art. 23 Ley 39/15), hay que tener en cuenta que al presente expediente le resulta de aplicación lo dispuesto en la disposición adicional tercera del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declaró el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el covid-19, por la que se interrumpieron los plazos de tramitación de los procedimientos durante el tiempo de vigencia del referido estado de alarma y sus prórrogas, disposición derogada posteriormente con efectos de 1 de junio de 2020 por el Real Decreto 537/2020, de 22 de mayo.

SÉXTO.- Durante la instrucción de la reclamación se ha incorporado al expediente la siguiente documentación clínica e informes:

- Historia clínica obrante en el Hospital
- Informe de funcionamiento del servicio de medicina digestiva del Hospital
- Informe de funcionamiento del servicio de medicina intensiva del Hospital
- Informe de funcionamiento del servicio de radiodiagnóstico del Hospital
- Informe pericial de orientación emitido por el Dr. médico especialista en radiodiagnóstico.
- Informe pericial de orientación emitido por los especialistas en medicina interna Dr.
- Informe del Servicio de Inspección de Servicios Sanitarios.
- Informe de la Comisión de Valoración del Daño Corporal de la CSUySP (CVDC).

SÉPTIMO.- Puesto de manifiesto el expediente a los reclamantes en el trámite de audiencia para su examen, formulación de alegaciones y presentación de documentación, se realizaron alegaciones en los términos expuestos en su escrito, cuya fecha de registro es de 7/11/2022, y que en síntesis vienen a reafirmar las pretensiones iniciales citando los diferentes informes obrantes en el expediente, así como el aportado junto a las alegaciones, esto es, un informe médico pericial elaborado por el Dr. , que en gran medida viene a coincidir

CSV:KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G URL de validació:http:..www.tramita.gva.es/csv-front/inde..faces?cadena=KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G

en su juicio tanto con el informe del Servicio de Inspección de Servicios Sanitarios, como con el informe de la CVDC.

OCTAVO.- La presente reclamación no resulta imputable a compañía aseguradora ya que, en el periodo considerado, la administración no dispuso el aseguramiento de su responsabilidad patrimonial, por la que responde directamente, limitando la traslación del riesgo asegurado a la responsabilidad civil de su personal y la subsidiaria de la Administración resultantes en su caso de un procedimiento penal.

NOVENO.- Con fecha 25 de enero de 2023, el Servicio de Responsabilidad Patrimonial emitió propuesta de resolución estimatoria de la reclamación y a su vez el Pleno del Consell Jurídic Consultiu de la Comunidad Valenciana, en su sesión de fecha 29-3-23 emitió su dictamen, con las razones que en cada caso pueden verse.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero.- Competencia

La persona titular de la Subsecretaría es competente para la resolución del presente expediente, de conformidad con la delegación de la persona titular de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, según Resoluciones de 21/12/2021, 03/10/2014 y 20/4/2015 (DOGV 9245, 7381 y 7522).

Segundo.- Procedimiento

Se han seguido en la tramitación del expediente las normas contenidas en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. En concreto, para los actos de instrucción, se han observado las normas contenidas en el capítulo IV del título IV de dicha norma.

Asimismo, resulta aplicable el capítulo IV de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, relativo a la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

En la notificación de inicio del expediente a los reclamantes, se comunicó que la instrucción por la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública de los expedientes de responsabilidad patrimonial viene realizándose con adecuación al criterio doctrinal que entiende que, en cuanto a la prueba, el hecho de que la Ley prevea un período del procedimiento destinado a la actividad probatoria no supone que únicamente puede llevarse a cabo ésta dentro del mismo. El principio de preclusión no rige en el procedimiento administrativo de igual forma que en el proceso civil, ya que es posible la aportación de pruebas en cualquier momento, al igual que las alegaciones, según el art. 76 de la Ley 39/15 (LPACAP). Por tanto, el hecho de que la Ley prevea un período del procedimiento destinado a la proposición y práctica de prueba no supone que la actividad probatoria haya de llevarse a cabo

CSV:KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G URL de validació:https://www.tramita.gva.es/csv-front/index.faces?cadena=KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G

en exclusiva dentro del mismo, sino más bien que dicha actividad se produzca de modo razonado y con finitud.

Por lo que se refiere a la documentación aportada por los reclamantes tanto la adjuntada a la reclamación, como a las alegaciones, ésta ha sido tomada en consideración. Por lo demás, se han traído al expediente, en definitiva, la historia clínica y los informes de funcionamiento preceptivos, cuya incorporación resulta de la previsión legal sobre trámite de los procedimientos de responsabilidad patrimonial, y que son en todo caso el punto de partida para la valoración de la asistencia sanitaria prestada.

A su vez, procede tener en cuenta la Ley 10/1994, de 19 de diciembre, reguladora del Consell Jurídic Consultiu, modificada por Ley 11/2018, de 21 de mayo, de modo que sólo resulta preceptivo el dictamen de dicho órgano en los expedientes de cuantía superior a 30.000.-€, debiéndose atender en los de cuantía indeterminada, cuando no la haya fijado el interesado, a la estimación del instructor. En el presente supuesto, tal como ha quedado reflejado en el hecho segundo, la cuantía reclamada es superior a dichos 30.000.-€, de forma que procede la emisión de dictamen con carácter preceptivo.

Tercero.- Legitimación activa

Por lo que respecta a la legitimación activa de los reclamantes, la misma queda fundamentada por ser éstos la cónyuge viuda y los hijos del paciente fallecido, cuya incorrecta atención sanitaria es objeto de la reclamación. La relación de parentesco ha sido acreditada con una copia del libro de familia.

Cuarto.- Legitimación pasiva

En cuanto a la legitimación pasiva de la Generalitat, deviene al haberse prestado el servicio público o la actividad administrativa objeto de la reclamación por la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.

Quinto.- Análisis de la prescripción

Con carácter previo al análisis del contenido de la reclamación, se hace necesario examinar si la misma ha sido presentada en tiempo y forma. Para ello,

El plazo para la interposición de la acción se encuentra previsto el artículo 67.1 de la Ley 39/15, LPAC-AP-, que dispone "*el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse 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 el presente supuesto se reclama por la asistencia sanitaria prestada al paciente D.- . -esposo y padre de los interesados–, quien falleció en fecha 23/1/2019 según se desprende de la documentación obrante. Es

CSV:KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G URL de validació:https://www.tramita.gva.es/csv-front/index.faces?cadena=KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G

por tanto esa fecha la que ha de constituir el *dies a quo* para reclamar. Dado que la reclamación tuvo entrada en el Registro Electrónico de la Administración General del Estado en fecha 3/1/2020 , con destino en el registro del órgano competente para su tramitación en la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública (CSUySP) en la misma fecha, ha de colegirse que la solicitud indemnizatoria se presentó dentro del plazo del año legalmente previsto en el citado artículo 67.1 de la Ley 39/15.

Sexto.- Régimen jurídico, jurisprudencia aplicable y reproducción de informes que fundamentan la resolución

El artículo 106.2 de la Constitución Española y los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, al igual que los arts. 139 y siguientes de la precedente Ley 30/92, de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, establecen que los particulares tienen derecho a ser indemnizados por los Administraciones Públicas correspondientes de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, y que sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar, de acuerdo con la Ley.

Por su parte, la jurisprudencia del Tribunal Supremo ha establecido en numerosas sentencias los requisitos de la responsabilidad patrimonial extracontractual de la Administración, constituyendo así un cuerpo de doctrina legal cuyo resumen se puede hacer como sigue:

1º) Realidad de un resultado dañoso, incluyéndose en el daño el lucro cesante.

2º) La antijuridicidad del daño o lesión. La calificación de este concepto viene dada tanto por ser contraria a derecho la conducta del autor como, principalmente, porque la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, cuestión necesitada de ser precisada en cada caso concreto, a cuyo respecto nuestra doctrina jurisprudencial declara que la *Lex Artis* actúa como el módulo rector que permite determinar la antijuridicidad del daño en el sentido antedicho de que el interesado no tenga obligación de soportarlo.

3º) Imputabilidad de la actividad dañosa a la Administración, requisito especialmente contemplado en la jurisprudencia, que al examinar la posición de la Administración respecto a la producción del daño, se refieren a la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece.

4º) El nexo causal directo, inmediato y exclusivo entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, debiendo tenerse en cuenta que el daño debe ser consecuencia exclusiva del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa, siendo esta exclusividad esencial para apreciar

CSV:KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G URL de validació:https://www.tramita.gva.es/csv-front/index.faces?cadena=KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G

la relación o nexo causal directo o inmediato entre lesión patrimonial y el funcionamiento, no procediendo la indemnización si han intervenido otras causas o interferencias extrañas como pueda ser la fuerza mayor.

Además, es importante constatar que las reclamaciones sanitarias tienen todas ellas en común el que recaen sobre un elemento trascendental cual es la salud de las personas. Ahora bien, dicho derecho o bien jurídico, de carácter fundamental, comporta a su vez unos condicionamientos esenciales debido a la inexorable falibilidad del ser humano, que supone la imposibilidad de asegurar o reponer el adecuado estado de salud de las personas en cualesquiera tipos de circunstancias.

En el anterior sentido, con relación a la actividad sanitaria, la doctrina ha venido a evidenciar la necesidad de diferenciar aquéllos supuestos en que la lesión fuera imputable a las actuaciones de los servicios sanitarios, de aquellos otros en los que tal resultado se debe a la evolución natural de la enfermedad, o al curso normal de su detección, y al hecho de la imposibilidad de garantizar la salud en todos los casos. Es por ello que para evaluar los parámetros a los que han de ajustarse las actuaciones médicas haya que acudirse, adicionalmente, a la denominada "lex artis ad hoc".

Al respecto, conviene recordar cómo, con carácter general, es reiterado el criterio doctrinal y jurisprudencial de que el hecho de que la responsabilidad de la Administración haya sido calificada de objetiva no quiere decir que este instituto jurídico se transforme en una obligación universal de resarcimiento a cargo de la Administración Pública de todo perjuicio sufrido por los particulares por la utilización de un servicio público.

Pues bien, el criterio básico utilizado por la jurisprudencia contenciosa administrativa para apreciar la existencia o no de responsabilidad patrimonial es el ya denominado de la "Lex Artis" o "lex artis ad hoc", en relación con cada caso, y ello ante la inexistencia de criterios normativos que puedan servir para determinar cuándo el funcionamiento de los servicios sanitarios ha sido correcto. La existencia de este criterio se basa, en definitiva, en el principio básico sustentado por la jurisprudencia en el sentido de que la obligación del profesional de la medicina es de medios y no de resultados, es decir, la obligación es de prestar la debida asistencia médica y no la de garantizar en todo caso la curación del enfermo. Este criterio es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad, exigiendo que no sólo exista el elemento de la lesión sino también la infracción de la Lex Artis. Así el Tribunal Supremo, en su Sentencia de fecha 9 de marzo de 1998 utiliza el criterio de la Lex Artis y entiende que surge la responsabilidad *"cuando no se realizan las funciones que las técnicas de la salud aconsejan y emplean como usuales, en aplicación de la deontología médica y del sentido común humanitario".*

En la Sentencia de la Sala contencioso-administrativa del Tribunal Supremo de fecha 10/5/2005 (rec.6595/2001), siendo ponente D. Francisco González Navarro, se ha definido la *lex artis* en los siguientes términos:

CSV:KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G URL de validació:https://www.tramita.gva.es/csv-front/index.faces?cadena=KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G

«Que se entiende por "lex artis ad hoc" como aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina - ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos --estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida» [....]

[....] Esta apreciación de si hubo un uso correcto de la técnica, con vistas a tener o no por establecido no sólo la existencia del nexo causal, sino también antijuridicidad es muy delicada, pues la medicina, no suele presentar un único método, por más que la protocolización de los actos médicos invita a ajustarse a unas pautas seriadas de diagnóstico y tratamiento terapéutico, lo que no excluye que puedan existir -y así ocurre frecuentemente- otros métodos que, pese a no ser de uso generalizado, pueden ser igualmente utilizados, si en el caso concreto se considera que pueden ser más eficaces. Y no está de más añadir que, no sólo en el ámbito de la medicina, sino en otros muchos campos del saber humano, es precisamente el saber discrepante el que abre nuevos caminos a la ciencia y a su aplicación.

En definitiva, como señala la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana en múltiples sentencias como la de fecha 15 de diciembre de 2014 (rec. 677/2011), reproduciendo la jurisprudencia del Tribunal Supremo sobre la *lex artis ad hoc*:

Conforme establece una reiterada jurisprudencia (SSTS de 16/julio/2.012, cas. 1383/2011, o 25/septiembre/2007, cas. 2052/2003, por todas) la viabilidad de la responsabilidad patrimonial de la administración exige la antijuridicidad del resultado o lesión siempre que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido. Y en el ámbito de la responsabilidad vinculada a 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 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 (SSTS 19/ septiembre/2012, rec. 8/2010, o 17/julio/2012, rec. 6870/2010).

Así, en SSTS de 10/julio/2012 (cas. 4073/2010), 24/mayo/2011 (cas. 2192/2010), 25/febrero/2009 (cas. 9484/2004), 20/junio y 11/julio/2007 , y frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todos las dolencias, se recuerda el criterio que sostiene este Tribunal de que la responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, mas en ningún caso garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; pero de ello en modo alguno puede deducirse la existencia de una responsabilidad de toda actuación médica,

CSV:KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G URL de validació:https://www.tramita.gva.es/csv-front/index.faces?cadena=KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G

siempre que ésta se haya acomodado a la lex artis, y de la que resultaría la obligación de la Administración de obtener un resultado curativo, ya que la responsabilidad de la Administración en el servicio sanitario no se deriva tanto del resultado como de la prestación de los medios razonablemente exigibles. Por ello, el carácter objetivo de la responsabilidad de las Administraciones Públicas, no supone que esté basada en la simple producción del daño, sino que, además, éste debe ser antijurídico, en el sentido que no se debe tener obligación de soportar, por haber podido ser evitado con la aplicación de las técnicas sanitarias conocidas por el estado de la ciencia y razonablemente disponibles en dicho momento. Y ello conduce a que solamente cabe considerar antijurídica en la asistencia sanitaria la lesión en que se haya producido una auténtica infracción de lex artis.

En consecuencia, concluyen dichas sentencias, es la antijuridicidad del resultado o lesión -consecuencia de una infracción de la lex artis- lo relevante para la declaración de responsabilidad patrimonial imputable a la Administración por lo que resulta necesaria la acreditación de su acaecimiento.

[...]

Conforme a reiterada jurisprudencia sobradamente conocida, sustentada ya en su inicio en la inevitable limitación de la ciencia médica para detectar, conocer con precisión y sanar todos los procesos patológicos que puedan afectar al ser humano, y, también, en la actualidad, en la previsión normativa del art. 141.1 de la Ley 30/1992 , en el que se dispone que "no serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos", la imputación de responsabilidad patrimonial a la Administración por los daños originados en o por las actuaciones del Sistema Sanitario, exige la apreciación de que la lesión resarcible fue debida a la no observancia de la llamada "lex artis". O lo que es igual, que tales actuaciones no se ajustaron a las que según el estado de los conocimientos o de la técnica eran las científicamente correctas, en general o en una situación concreta. Hay ahí, por tanto, o no deja de haber, la constatación de la inidoneidad del sistema objetivo de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario, sino atendiendo al parámetro de la "lex artis ad hoc".

Debiéndose acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. Así, si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido. La ciencia médica es limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados, y para ello el artículo 141.1 de la Ley 30/1992 , anteriormente citado preveyó la fórmula de exoneración de responsabilidad en esos supuestos.

Por su parte, el artículo 88.6 de la Ley 39/2015 (LPAC-AP) establece que los informes o dictámenes servirán de motivación a la resolución cuando se incorporen al texto de la misma. Al efecto, para llevar a cabo la instrucción del expediente se solicitaron los informes que se han descrito en el apartado de los hechos, los cuales

CSV:KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G URL de validació:https://www.tramita.gva.es/csv-front/index.faces?cadena=KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G

se incorporan a continuación, de forma parcial o total, según la significación de su contenido, así como primordialmente el Informe de la Inspección Médica y, en su caso, el de la CVDC, dadas las competencias asignadas a dichos funcionarios a fin de velar y comprobar que la asistencia sanitaria se efectúa con las exigencias de calidad previstas en la cartera de servicios del sistema nacional de salud, todo ello al efecto de motivar la decisión sobre el asunto:

- **Informe de funcionamiento del servicio de medicina digestiva del Hospital**.

"Paciente de 75 años que ingresó en el Servicio de Medicina Digestiva, remitido desde el Servicio de Urgencias, el día 18 de Enero de 2019. El paciente no refería antecedentes médicos de interés. El motivo de ingreso fué la presencia de vómitos postprandiales desde que fué dado de alta de la Unidad Médica de Costa Estancia 3 semanas antes del ingreso. Los vómitos habian empeorado en los últimos días acompañándose de dolor abdominal intermitente en epigastrio, pirosis y pérdida de peso. No refería ninguna otra sintomatología digestiva.

En la exploración física en el momento del ingreso, el paciente se encontraba consciente, orientado, hidratado, afebril y hemodinámicamente estable. En la exploración destacaba disminución del murmullo vesicular en la base del hemitórax izquierdo en la auscultación respiratoria y presencia de una masa blanda no dolorosa en flanco izquierdo en la palpación abdominal.

La analítica era normal, incluyendo bioquímica, gasometría venosa, coagulación y hemograma. En la Rx simple de abdomen presentaba aireación intestinal inespecífica.

Al objeto de clarificar el diagnóstico del paciente se solicitaron las siguientes exploraciones complementarias: analítica, Rx de tórax, endoscopia digestiva alta y TC abdominal.

El paciente, durante el día 20 de Enero, requirió ajuste de la medicación analgésica y siguió con vómitos presentado un empeoramiento de su estado general al instaurarse un cuadro de edema agudo de pulmón en la mañana del día 21 de Enero motivo por el que fue trasladado al Servicio de Medicina Intensiva. En la Rx de tórax solicitada por el Servicio de Medicina Intensiva, se objetivó la presencia de imagen en hemitórax izquierdo compatible con hernia diafragmática por lo que se decidió practicar con carácter urgente una TC tóraco-abdómino-pélvica en la que se confirmó la presencia de hernia diafragmática observándose prácticamente el estómago totalmente intratorácico y colon; el estómago estaba completamente distendido con gran nivel hidroaéreo todo ello sugestivo de presentar algún componente de volvulación. Asimismo, la TC objetivó la presencia de hernia lumbar superior conteniendo asas intestinales y signos de obstrucción.

Ante el hallazgo de posible volvulación gástrica se practicó, por parte del Servicio de Medicina Digestiva, con carácter urgente una endoscopia digestiva alta en la que se evidenció cavidad gástrica con gran cantidad de contenido líquido de aspecto marronáceo claro, que se aspiró casi en su totalidad (unos 1200 cc aspirados), con probable vólvulo gástrico y mucosa de fundus y cuerpo (excepto en su curvatura menor) de aspecto isquémico, con colocación violácea de forma difusa. Resto de la exploración (antro y duodeno) sin lesiones. En retirada de observó que se había

CSV:KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G URL de validació:https://www.tramita.gva.es/csv-front/index.faces?cadena=KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G

devolvulado el estómago y la presencia de una hernia de hiato de 5 cm de longitud sin lesiones en su interior.

Ante todos estos hallazgos el paciente pasó, desde el Servicio de Medicina Intensiva, a cargo del servicio de Cirugía".

- **Informe de funcionamiento del servicio de medicina intensiva del Hospital**

"El día de su ingreso en UCI (21.01.20) el paciente presenta incremento del trabajo respiratorio con deterioro del estado general y desaturación por lo que se nos avisa. Destaca paciente taquipneico, mal perfundido, roncus crepitantes hasta campos superiores en hemitórax derecho y abolición del sonido en hemitórax izquierdo.

Se interroga por bultoma, familia cuenta que lo tiene desde el ingreso en noviembre que debutó con un hematoma que ocupaba toda la zona lumbar y flanco izquierdo. Desde entonces, resolución del hematoma pero persistencia de la colección. En ecografías lo describen como edema de partes blandas.

A su ingreso en UCI se procede a estabilización inicial con VMNI y habiendo revisado la progresión radiológica, ante sospecha de hernia diafragmática se decide realización de TC toracoabdomino-pelvico.

En el estudio se objetiva : " presencia de hernia diafragmática observándose prácticamente el estómago totalmente intratorácico y colon. El estómago está completamente distendido con gran nivel hidroaéreo por lo que debe tener algún componente de volvulación. Hernia lumbar superior conteniendo asas intestinales y signos de obstrucción"

Se comenta el caso con Cirugía que recomienda tratamiento endoscópico de la hernia diafragmática y si no fuese fructífero se programará cirugía reparadora con la menor dilación posible.

Ante aumento de RFA con leucocitosis, neutrofilia y elevación de PCR se asocia tratamiento ATB con ceftriaxona y metronidazol.

Se realiza EDA, sedación asistida por intensivista. Estómago muestra gran cantidad de contenido líquido de aspecto marronáceo claro, que se aspira. Se observa probable vólvulo gástrico y mucosa o de fundus y cuerpo (excepto su curvatura menor) de aspecto isquémico. Antro y píloro en dos ocasiones, con mucosa normal. Finalmente se accede a duodeno. En retirada de observa que se ha devolvulado el estómago y una hernia de hiato de 5 cm de longitud sin lesiones en su interior.

Tras evaluación quirúrgica, dado que el paciente presenta necrosis gástrica parcial debida a vólvulo gástrico por hernia diafragmática que incluye estómago, bazo parcialmente y colon transverso con ángulo esplénico, con inestabilidad hemodinámica se indica cirugía urgente. En intervención se evidencia hernia diafragmática lateral izquierda independiente del hiato, con defecto de unos 15 cm de diámetro. Separación de 10 cm entre las dos últimas costillas y el resto, secundario probablemente a traumatismo costal cerrado antiguo. Contiene el fundus y cuerpo gástrico, ángulo esplénico y epiplon que presenta signos de sufrimiento reversible, no isquemia crítica.

Tras intervención pasa a UCI. A su llegada tendencia hipotensiva que requiere ascenso de drogas vasoactivas iniciadas en quirófano y sobrecarga de fluidos. Se mantiene cobertura antibiótica con meropenem.

CSV:KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G URL de validació:https://www.tramit.gva.es/csv-front/index.faces?cadena=KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G

Desde ingreso situación de fracaso hemodinámico refractario con requerimiento de altas dosis de Noradrenalina hasta 0.8 mcg/kg/min para 75 kg para TAM 80 mmHg, suplementos vitamínicos y corticoides a dosis de shock. Taquicardia sunusal con episodios de fibrilación auricular que inicialmente se controlan con amiodarona. Monitorización hemodinámica con PICCO destaca bajo gasto cardiaco con Índice de de 1.78•, RVSI 3641; ELWI 5; GEF 12; CPI 0.3; VV6 24; PVPI 1.5. se intensifica fluidoterapia. Mala tolerancia a la dobutamina añadida para mejoría de gasto cardiaco con marcada taquicardia y episodios repetidos de fibrilación auricular sin mejora de función cardiaca por lo que se retira.

Se mantiene sedo.analgesiado y conectado a VMecánica con tendencia a acidosis metabólica e intercambio en límites. Drenaje pleural abierto y bajo sello y productivo. Mantiene inicialmente diuresis escasa con respuesta a furosemida y parámetros de función renal en límites.

Empeoramiento progresivo, labilidad hemodinámica con 1C < 1 ,5 1/min e hipotensión progresiva si tolerar siquiera la movilizaciones. Si respuesta a asociar inotropos. No se objetivan signos de isquemia aguda a nivel electrocardiográfico, con elevación de enzimas de daño cardíaco (Trplus 1023 ; CK 525). Imposibilidad de traslado del paciente para realización de técnicas de imagen abdominal por posible evolución de necrosis gástrica.

Inestabilización más importante se incrementa resucitación con fluidos y se incrementa noradrenalina hasta dosis máximas asociando terlipresina. Sin embardo hipotensión refractaria y bradicardia progresiva, finalmente PCR , con actividad eléctrica por monitor. Se inician maniobras de RCP, con administración de adrenalina x2, bicarbonato 1 molar y compresiones torácicas recuperando circulación efectiva.

A los pocos minutos de nuevo hipotensión arterial, se retira terlipresina por escasa respuesta y se inicia perfusión continua de adrenalina sin respuesta tampoco. 1C por PiCCO indetectable. Ventila ambos hemitórax y se repite RX sin hallazgos nuevos, ni signos de neumotórax.

Pese a soporte incremental, situación de shock refractario. Finalmente PCR por asistolia, siendo EXITUS a las 14:20h del día 23 de enero de 2020, en situación de fracaso multiorgánico.

Se cursó parte judicial.

Quedamos a su disposición para cualquier aclaración que pueda surgir".

- **Informe de funcionamiento del servicio de radiodiagnóstico del Hospital**

"Como respuesta a la reclamación de Responsabilidad Patrimonial sobre la asistencia sanitaria de D. ; s/ reg. 003/2020, repaso la historia radiológica del paciente y posteriormente respondo individualmente a cada una de las alegaciones presentadas por el interesado:

1. *La primera exploración radiológica realizada al paciente en el episodio de Diciembre de 2018 fue una radiografía de Tórax el 15 de ese mes, con justificación clínica de varón de 75 años con tos y expectoración desde hace una semana y fiebre. Esta placa fue informada como normal (ausencia de consolidaciones del espacio aéreo).*

CSV:KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G URL de validació:https://www.tramita.gva.es/csv-front/index.faces?cadena=KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G

2. *Los días 16 y 18 de diciembre se realizan dos ecografías, cuya justificación clínica era en la primera ecografía, paciente con dolor intenso en flanco izquierdo objetivándose hematoma cutáneo superficial de decúbito en región lumbar no doloroso, y en la segunda ecografía: Hematoma de pared abdominal que ha aumentado de tamaño con respecto al previo y con masa a tensión sobre hipocondrio izquierdo. El informe de ambas ecografías es que se observan hallazgos sugestivos de edematización de partes blandas sin observar colecciones drenables.*
3. *El día 19 de diciembre se pide una Rx parrilla costal para descartar lesión en arcos costales. Esta placa se informa ese día de "no se observan trazos de fractura costales". Este informe es modificado el día 31 de enero de 2019, tras ver los hallazgos del Tac que se realizó el 21 de enero de 2021.*
4. *El día 19 enero hay una petición de TAC abdominal cuya justificación clínica es "varón de 75 años que acude por intolerancia oral desde hace una semana (únicamente tolerado ocasionalmente) con eventración en región de hipocondrio izquierdo (previamente se trataba de un hematoma de pared). Presenta deterioro de función renal. Deterioro del estado general desde el alta en diciembre con pérdida de peso importante no cuantificada". El médico de guardia de radiología deniega la exploración ya que considera que en base a la información clínica aportada en la petición no está justificada su realización de forma urgente. La respuesta exacta es "revisada la petición clínica y los datos analíticos del paciente en ese momento (creatinina 1.24 mg, PCR normal, hemoglobina y hematocrito normal, no leucocitosis) no se justifica la realización de un TAC de forma urgente. Para estudio de síndrome constitucional se citará al paciente de forma preferente o bien se realizará durante el ingreso si se considera oportuna la hospitalización". Además en ese informe se añade que "en caso de nueva sintomatología que justifique la realización de una exploración de urgencia se ruega ponerse en contacto con el servicio de radiología".*
5. *El 21 de enero a las 9:11 de la mañana se realiza una placa de tórax pedida por la Unidad de Cuidados Intensivos por vómitos persistentes, donde se diagnostica de hernia diafragmática izquierda con estómago herniado y múltiples fracturas costales izquierdas. Se asocia herniación de colon transverso y ángulo esplénico.*
6. *Una hora después de la placa de tórax, a las 10 a. m. se realiza TAC abdominopélvico para confirmar el diagnóstico de hernia diafragmática izquierda, observándose en la hernia el estómago en localización intratorácica con gran nivel hidroaéreo que sugiere volvulación.*

Respuesta a las alegaciones:

1. Revisando la radiografía de Tórax del 15 de diciembre de 2018 el diafragma izquierdo está en su posición normal, es decir en ese momento no existía ningún signo que pudiera sugerir la presencia de una hernia diafragmática.

3. Revisada la radiografía de Tórax del 19 de diciembre no se observa ninguna imagen de fractura costal, por lo que coincido -con el informe inicial de la placa. Al revisarla se observa leve elevación diafragmática izquierda que por haberse realizado tumbado podría ser normal o en el contexto del cuadro respiratorio del paciente podría haberse relacionado con un pequeño derrame pleural. Sin ningún antecedente traumático y con una placa de tórax normal un mes antes, difícilmente podía pensarse en una hernia diafragmática. La rectificación del informe el 31 de enero de 2019, se

CSV:KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G URL de validació:https://www.tramita.gva.es/csv-front/inde...face.?cadena=KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G

hace con toda seguridad tras ver el Tac toracoabdominal del 21 de enero, donde se observan varios callos de fracturas costales antiguas y la herniación del estómago y del colon.

4. El diagnóstico de rotura diafragmática puede sugerirse en la radiografía de Tórax, tal como ocurrió en este paciente; Sin embargo, estamos de acuerdo con los peritos que la prueba diagnóstica a realizar en un paciente con sospecha clínica o radiológica de hernia diafragmática es un TAC abdominopélvico, o más exactamente un TAC toracoabominal, que ayuda a valorar el defecto diafragmático, analizar el contenido herniario y evaluar la presencia de complicaciones asociadas. Sin embargo, este diagnóstico es difícil de sospechar ya que no existía antecedente traumático, y por tanto no se aportó en ningún momento en la petición del TAC que se denegó. Tampoco en la historia clínica consta ningún antecedente traumático. Un cuadro de vómitos de repetición no justifica la realización de un TAC a no ser que se sospeche obstrucción intestinal, que en ningún momento se informa que tiene el paciente. Además, después de revisar la historia del paciente, el radiólogo de guardia abre la posibilidad de realizar un TAC urgente si aparecen otros síntomas que lo justifiquen.

Las hernias diafragmáticas pueden permanecer ocultas durante años tras un traumatismo (pueden retrasarse por días o años, de 1 día a 48 años), generalmente asintomáticas o con síntomas vagos como dispepsia. El 15 de diciembre de 2018 no existía ninguna hernia, ya que la placa de tórax era rigurosamente normal. La herniación puede ser promovida por un gradiente de presión pleuroperitoneal aumentado secundario a una elevación transitoria de la presión peritoneal, que puede ocurrir en la maniobra de Valsalva, el embarazo o por accesos de tos, accesos que en este paciente posiblemente fueron la causa que la hernia se desarrollara en el periodo entre los dos ingresos. La volvulación gástrica dentro de la hernia diafragmática se produjo posteriormente durante el segundo ingreso.

El TAC mostró también una hernia lumbar con asas intestinales normales, no dilatadas, por tanto sin signos de obstrucción.

Como conclusión, los datos clínicos aportados en la petición del TAC abdominal no justificaban la realización de un TAC urgente, indicando en la respuesta del radiólogo de guardia que "en caso de nueva sintomatología que justifique la realización de una exploración de urgencia se ruega ponerse en contacto con el servicio de radiología". Desgraciadamente no constaban antecedentes traumáticos en la historia del paciente que hicieran sospechar clínica ni radiológicamente una hernia diafragmática. Este diagnóstico se sospecha o hay que descartarlo tras un traumatismo reciente, pero cuando pasa desapercibido como en este caso, puede permanecer sin diagnosticar muchos años, estando el paciente casi asintomático. Los accesos de tos del paciente motivaron que la hernia se agrandara, herniándose el contenido abdominal, con volvulación posterior del estómago durante el segundo ingreso.

- **Informe pericial de orientación emitido por el Dr. , médico especialista en radiodiagnóstico**

1) <u>Informe acerca de diferentes pruebas radiológicas desde diciembre de 2015:</u>

<u>Rx de tórax de fecha 8-12-2015</u>: Estudio radiológico sin alteraciones significativas.

CSV:KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G URL de validació:https://www.tramita.gvm.es/csv-front/index.faces?cadena=KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G

Rx de tórax de fecha 15-12-2018: Estudio radiológico sin alteraciones significativas. Ecografías de fechas 16-12-2018 y 18-12-2018: No se observa colección definida, visualizándose presencia de líquido de distribución laminar en relación con edema en tejido celular subcutáneo, no drenable. No se observan otros hallazgos.

Rx parrilla costal 19-12-2018: Sin evidencia de fracturas costales. Se observa un pequeño borramiento parcial del hemidiafragma izquierdo y elevación del mismo; dicho hallazgo es inespecífico, y dada la clínica que presentaba el paciente en ese momento, según se refiere en la documentación clínica, puede ser atribuible como causas más probables a afectación parenquimatosa en el seno de un proceso infeccioso respiratorio, atelectasia por dolor o decúbito, pequeño derrame pleural...pero es imposible plantear una sospecha de rotura diafragmática con hernia incipiente, dado el desconocimiento de traumatismo torácico previo, la baja frecuencia de las mismas y la normalidad de la Rx de 4 días antes. A pesar de la existencia de fracturas costales en la TC del 21-01-2019, no se observan dichas fracturas en la Rx del día 19-12-2018.

Rx abdomen 18-01-2019: No valorable la región del hemidiafragma izquierdo y base pulmonar izquierda, al estar fuera del campo de visión de la Rx practicada. Asas intestinales no dilatadas, sin signos de proceso obstructivo abdominal.

Petición de TC el 19-01-2019:

Clínica: Varón de 75 años, intolerancia oral, eventración en hipocondrio izquierdo, pérdida de peso, deterioro del estado general desde diciembre y deterioro de la función renal.

La petición de TC urgente es denegada, en base a la información clínica referida. Se señala que se puede solicitar con carácter programado preferente o durante ingreso hospitalario, salvo que existan otras circunstancias clínicas añadidas que puedan modificar dicho manejo e indicar una TC urgente.

Existen indicaciones con carácter genérico en las que no hay duda que se debe practicar una TC urgente (por ejemplo, traumatismo severo, proceso infeccioso o sepsis de probable origen abdominal, patología vascular aguda en paciente hemodinámicamente estable o proceso oclusivo intestinal especialmente si existen datos clínicos de severidad), al igual que en otros casos la exploración no tiene un carácter urgente (por ejemplo, la búsqueda de neoplasia oculta o un dolor abdominal inespecífico a estudio, sin datos de gravedad). En la práctica médica habitual, las indicaciones también vienen condicionadas por la valoración clínica individual de cada paciente. Con la información clínica reseñada, no existían datos de un proceso obstructivo agudo, traumático, infeccioso o similar, cuya gravedad aparente justificara la práctica de una TC urgente, pudiendo ser practicada de forma preferente o durante el ingreso hospitalario, quedando abierta la posibilidad de modificar esta decisión si las condiciones clínicas del paciente sufriesen un cambio que justificara entonces la urgencia de la TC. Rx tórax portátil 21-01-2019: Hernia diafragmática, con herniación de estómago y parte del colon. Indicación de TC toracoabdominal como técnica de elección para estudio de la hernia diafragmática.

TC toracoabdominal de fecha 21-01-2019 (urgente): Hernia diafragmática izquierda, con estómago intratorácico probablemente volvulado y colon parcialmente herniado.

Hernia de pared abdominal izquierda con asas herniadas no obstruidas. Fracturas costales izquierdas".

2) Informe pericial acorde a todo lo referido en el punto 1:

CSV:KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G URL de validació:https://www.tramita.gva.es/csv-front/index.faces?cadena=KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G

Las exploraciones radiológicas desde diciembre del año 2015 hasta el 15-12-2018 son normales, no existiendo dato alguno que indique una posible hernia diafragmática.

La Rx de parrilla costal de fecha 19-12-2018 no muestra fracturas costales y los leves hallazgos patológicos presentes, inespecíficos y pudiendo ser justificados con absoluta lógica por un proceso infeccioso respiratorio (el paciente presentaba clínica de infección respiratoria), no pueden ser atribuidos a una posible hernia diafragmática, ya que ni existen antecedentes documentados de traumatismo, ni se observan fracturas costales, ni se observa en ese momento hernia como tal, ni la patología herniaria diafragmática es un diagnóstico habitual como para plantearlo en ausencia de cualquier otro dato que lo apoye, como sucede en este caso.

Las ecografías practicadas con 2 días de intervalo entre ellas (16 y 18-12-2018), no muestran un hematoma de pared drenable o creciente, que pudiera por ejemplo hacer sospechar el diagnóstico de sangrado agudo progresivo, que pudiera apoyar la práctica de una TC en ese momento. Tampoco se objetiva un proceso herniario.

La denegación de la práctica de la TC urgente solicitada con fecha 19-01-2019, puede considerarse adecuada en virtud de la clínica que presentaba el paciente, habiéndose reseñado, además, la posibilidad de practicar el estudio con carácter urgente si hubiera cambios clínicos que así lo aconsejasen.

La hernia aparece sin ninguna duda en la Rx portátil de fecha 21-01-2019. Con inmediatez se procede a la práctica de una TC toracoabdominal, prueba de elección para el diagnóstico de la patología que nos ocupa. Dicha TC confirma el diagnóstico referido en la Rx, aporta datos más precisos que puede ayudar al manejo clínico y quirúrgico del caso y muestra fracturas costales.

De acuerdo a lo expuesto, no era posible diagnosticar una hernia diafragmática como la que presentó el paciente, antes del momento en el que realmente se hizo el diagnóstico. Aunque la TC toracoabdominal es la prueba de elección en el diagnóstico de las hernias diafragmáticas, la denegación de dicho estudio en el momento en que se hizo, la considero adecuadamente justificada.

- **Informe pericial de orientación emitido por los especialistas en medicina interna**

"IV.- ANÁLISIS DE LA PRÁCTICA MÉDICA

Se trata de un enfermo de 75 años con múltiples enfermedades asociadas (dislipemia, hipertensión arterial, asma bronquial, fibrilación auricular paroxística, hernia de hiato, cáncer de próstata, rectitis rádica) que ingresa por una infección respiratoria y durante el ingreso, con importantes accesos de tos, presenta un extenso hematoma en costado y flanco izquierdo con abultamiento de la zona. Una radiografía de parrilla costal no muestra alteraciones y dos ecografías muestran edema y mínimo hematoma, no drenable. Es dado de alta y un mes después acude a urgencias por dolor abdominal, vómitos, pirosis y abultamiento en flanco izquierdo. La radiografía de tórax es normal e ingresa para estudio. Tres días después presenta repentinamente intensa dificultad respiratoria. La radiografía de tórax es compatible con hernia diafragmática con estómago y colon en la hernia, lo que se confirma con TAC. Se hace devolvulación gástrica endoscópica y el estómago muestra signos de isquemia por lo

CSV:KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G URL de validació:https://www.tramita.gva.es/csv-front/index.faces?cadena=KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G

que es intervenido de urgencia, encontrando la hernia diafragmática que contiene fundus y cuerpo gástrico, ángulo esplénico y epiplón. La mucosa gástrica presenta signos de sufrimiento reversible, no isquemia crítica. Se coloca una malla de cierre. En el postoperatorio presenta shock refractario, con elevación de enzimas miocárdica (troponina y CK) y fallece dos días después. Después de la intervención quirúrgica se interrogó a la familia que refería un traumatismo toracoabdominal en agosto que no precisó atención médica ni produjo síntomas significativos. El enfermo presentó hernias múltiples diafragmática, lumbar, de Spiegel e hiatal que no habían dado ninguna manifestación (salvo la hiatal) hasta el ingreso en 15 de diciembre de 2018.

No es posible asegurar cual era el tipo de hernia diafragmática de este paciente, pero es probable que fuese una hernia diafragmática traumática. Otra posibilidad es que fuese una hernia congénita tipo Bochdalek o de Morgani. Cualquiera de ellas empeoró con los accesos de tos intensa que el paciente tuvo durante el ingreso por infección respiratoria. Lo que es seguro es que estos episodios de tos dieron lugar a la aparición de un hematoma de costado y flanco izquierdo. Ante la sospecha de fracturas costales se realizó una radiografía de parrilla costal y dos ecografías que no mostraron fractura costal ni hernia diafragmática y tampoco existía un hematoma subcutáneo que se pudiese drenar. Ante la ausencia de fractura costal, de hematoma grande y de datos de hernia diafragmática se decidió, correctamente, el alta del paciente para seguimiento en consulta externa.

En la reclamación se indica que no se hizo ninguna exploración encaminada a diagnosticar la hernia diafragmática, lo cual no es cierto ya que se hizo una radiografía de parrilla costal y dos ecografías. También se habla de que hubo un error diagnóstico al diagnosticar una infección respiratoria. No es así, el enfermo tenía una infección respiratoria no condensante y era la causante de los accesos de tos que presentaba y que condujeron a la aparición del hematoma y lesión muscular de costado.

Hay que tener en cuenta que el enfermo presentó durante ese ingreso accesos intensos de tos. Una de las complicaciones de la tos son las hernias abdominales o diafragmáticas, así como la rotura muscular. El hecho de que el paciente tuviese una CK elevada durante ese ingreso no cambiaba nada el planteamiento que se había hecho, es decir que tenía un hematoma de pared con lesión muscular por la tos. Tanto la radiografía de parrilla costal como la ecografía no mostraban otra alteración de la presencia de un pequeño hematoma de pared con edematización. En este sentido sorprende la rectificación que se hizo del informe radiológico de parrilla costal izquierda, que inicialmente no mostraba fracturas costales ni hernia diafragmática y así fue también interpretado a posteriori por el jefe de Servicio de Radiología en su informe. Sin embargo, la médico que interpretó inicialmente la radiografía hace un anexo al informe ocho días después de que el enfermo falleciese. Es evidente que este informe lo hizo, con una información sesgada por los hallazgos de la TAC que mostraban callos de fracturas costales, hernia diafragmática pon estómago y colon en su interior y hernia abdominal lumbar. En las radiografías previas, de 15 y 19 de diciembre no se observaba esta herniación de contenido abdominal. Todo indica que el enfermo tenía la hernia diafragmática sin complicaciones que estas complicaciones aparecieron después de que el enfermo ingresara para estudio.

Al aparecer la complicación, se realiza nueva radiografía de tórax que ahora si muestra la herniación de estómago y colon y a continuación una TAC que confirma los

CSV:KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G URL de validació:https://www.tramita.gva.es/csv-front/index.faces?cadena=KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G

hallazgos. Se realizó una devolvulación endoscópica del vólvulo gástrico y se encontraron signos de isquemia pero ni irreversible. Lo mismo se encontró en la hernia de colon y epiplón que mostraban isquemia no crítica, reversible. Por tanto, no se puede afirmar, como se hace en la reclamación, que cuando fue intervenido ya era tarde. No era tarde ya que la isquemia era reversible, no había necrosis y por supuesto no existía perforación gástrica ni intestinal. La evolución posterior fue desfavorable y ello debió estar determinado por la patología previa del paciente que tenía factores de riesgo de cardiopatía isquémica, presentó varios episodios de fibrilación auricular y en la UCI se comprobó la aparición de una marcada elevación de troponina lo que sugiere un infarto agudo de miocardio como evento final.

El día 18 de enero el radiólogo consideró que no era necesario hacer una TAC urgente en este enfermo. Las indicaciones de TAC abdominal urgente, generalmente aceptadas son sospecha de:

1. *Diverticulitis aguda: técnica diagnóstica de elección*
2. *Apendicitis aguda: en pacientes con US no concluyente y de inicio en paciente obeso o con sospecha de complicación tipo perforación u absceso.*
3. *Isquemia mesentérica aguda*
4. *establece el diagnóstico en casos evolucionados*
5. *Obstrucción intestinal: valora causas y actitud a seguir*
6. *Perforación intestinal: detecta perforación encubierta o no demostrada.*
7. *Enfermedad inflamatoria intestinal: detecta complicaciones.*
8. *Sepsis: identifica abscesos viscerales o en cavidad abdominopélvica.*
9. *Pancreatitis aguda: establece el pronóstico y las complicaciones.*
10. *Patología nefrourológica: de elección en el estudio del retroperitoneo*
11. *Aneurisma de aorta abdominal: diagnóstica la presencia y posible rotura.*
12. *Traumatismo abdominal: El TC es el estándar de referencia para el traumatismo abdominal permitiendo una evaluación perfecta de toda la cavidad abdominopélvica.*

En este enfermo no se sospecha la existencia de ninguna de estas afecciones y el traumatismo abdominal era desconocido por lo tao no era necesario en ese momento hacer una TAC urgente. Cuando dos días después aparecieron nuevos datos que sugerían una obstrucción intestinal se realizó una TAC urgente.

En el supuesto de que la hernia diafragmática se hubiese diagnosticado antes, la actuación hubiese sido muy parecida ya que no está bien determinado cuando deben ser intervenidas, Si aparecen complicaciones no hay duda que debe ser intervenida, pero, en ausencia de complicaciones son está claro si el paciente debe ser intervenido. Este paciente no presentó complicaciones hasta el final ya que aunque acudió por vómitos, no tenía obstrucción intestinal en ese momento y por tanta los vómitos no eran debido a una complicación.

V.- CONCLUSIONES GENERALES

1. *Se trata de un enfermo de 75 años con importante comorbilidad que ingresa por una infección respiratoria y durante el ingreso presenta intensos accesos de tos apareciendo un hematoma en pared costal y zona glútea, sin que la radiografía de parrilla costal muestre fracturas y en la ecografía no se observa hematoma drenable. 2. Es dado de alta y un mes después acude de nuevo a urgencias por*

CSV:KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G URL de validació:https://www.tramita.gva.es/csv-front/index.face?cadena=KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G

vómitos sin encontrar alteraciones significativas en las exploraciones realizadas y el paciente ingresa en Digestivo

2. *Dos días después presenta intensa insuficiencia respiratoria pro una hernia diafragmática con vólvulo de estómago que es devolvulado endoscópicamente y hernia de colon y epiplón que son intervenidas.*
3. *Durante el ingreso por infección respiratoria la actuación fue correcta y se hicieron las exploraciones necesarias para conseguir una valoración adecuada del hematoma. No era necesario hacer una TAC en esta situación.*
4. *La radiografía de parrilla costal fue informada como normal y sin embargo 42 días después, ocho días después de que falleciese el enfermo, se hizo un anexo de informe en que se indica que en la radiografía se observan fracturas costales y hernia diafragmática y pared costal conteniendo un tramo de colon. En el informe que hace el jefe de Servicio de Radiología indica que esta radiografía es normal. Es seguro que el anexo se hizo de una forma sesgada, influenciado por el conocimiento de los hallazgos de la TAC que se le había realizado.*
5. *Cuando el paciente volvió a urgencia por vómitos no existía ninguna indicación para realizar una TAC urgente*
6. *Cuando paciente empeoró dos días después, con nuevos datos, se hizo una TAC urgente que diagnosticó un vólvulo de estómago, que no existía antes, y una herniación de colon y epiplón en una hernia diafragmática,*
7. *El vólvulo gástrico fue devolvulado endoscópicamente y el paciente fue posteriormente intervenido sin encontrar isquemia crítica de estómago o colon y por tanto tenía una isquemia reversible. Esto indica que la intervención se realizó dentro de un periodo de tiempo adecuado pues evitó la necrosis y perforación de estos órganos.*

1. *9, La mala evolución posterior estuvo determinada la patología previa del paciente que tenía múltiples factores de riesgo de cardiopatía isquémica, fibrilación auricular y finalmente presenta una marcadísima elevación de troponina, sugestiva de infarto agudo de miocardio.*
2. *10. En el supuesto de que la hernia diafragmática se hubiese diagnosticado antes, la actuación hubiese sido muy parecida*

VI.- CONCLUSIÓN FINAL

Creemos que la actuación seguida con este paciente es correcta y acorde a lex artis ad hoc".

- **Informe del Servicio de Inspección de Servicios Sanitarios**

"JUICIO CRITICO:

El diafragma es una estructura músculo-aponeurótica delgada y aplanada que separa la cavidad torácica de la abdominal. Las hernias diafragmáticas se clasifican en congénitas y adquiridas por traumatismos. La disposición anatómica que tiene el diafragma hace que presente unas zonas debilitadas que pueden ocasionar su rotura cuando es sometido a hiperpresiones. La fisiopatología no está claramente definida. Existe una cierta predisposición anatómica ya que, como se ha indicado anteriormente, el diafragma es un músculo delgado con una zona rígida tendinosa central.

CSV:KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G URL de validació:https://www.tramita.gva.es/csv-front/index.face.?cadena=KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G

El mecanismo de producción de las hernias se basa en dos factores: un agente traumático de alta energía que incide sobre la región tóraco-abdominal y la resistencia a la rotura que ofrecen los órganos y tejidos de esos territorios. La fuerza ejercida por el agente causal se transmite a través de las vísceras abdominales e impacta y se descarga sobre el diafragma provocando su rotura. El mecanismo lesional más habitual es una hiperpresión abdominal brusca e intensa producida por una compresión mantenida o una desaceleración. El paciente contiene la respiración, contrae los músculos de la pared abdominal y provoca un aumento de la presión en la cavidad abdominal que se descarga sobre la cara inferior del diafragma. La menor presión existente en la cavidad torácica facilita que se produzca la rotura diafragmática y, con el transcurso del tiempo, ese gradiente diferencial de presiones facilitará que las vísceras abdominales se desplacen al tórax.

Los signos y síntomas de una hernia diafragmática pueden ser tanto abdominales como respiratorios y son variados: dolor abdominal, distensión abdominal, náuseas, vómitos, disnea, etc. En el 90% de los casos se produce en el hemidiafragma izquierdo posiblemente por el efecto amortiguador que el hígado realiza en el hemidiafragma derecho

Las tasas de morbilidad y mortalidad de la hernia diafragmática traumática dependen de la severidad de las lesiones asociadas y la demora en su diagnóstico. Los órganos que se encuentran con mayor riesgo de sufrir complicaciones dentro de la hernia son el colon, estómago, bazo, epiplón mayor e intestinos. El estómago es el órgano que más frecuentemente sufre herniación hacia el tórax. Aun así, el vólvulo gástrico intratorácico asociado a necrosis gástrica es una de las complicaciones menos frecuentes de las hernias diafragmáticas de presentación tardía (7% de todos los casos). La causa de la necrosis del estómago es el vólvulo gástrico agudo. La necrosis y gangrena del estómago se deben al estrangulamiento del estómago dentro de la hernia, constituyendo una complicación severa con una mortalidad que alcanza al 33% de los casos. La hernia diafragmática de presentación tardía se presenta con complicaciones en alrededor del 80% de los casos.

Estos pacientes relatan una historia previa de dolores ocasionales en el hemitórax izquierdo, asociados a disnea, tos y cuadros intermitentes de dispepsia y, ocasionalmente, obstrucción intestinal.

El estudio radiológico en estos casos habitualmente confirma el diagnóstico. La radiografía anteroposterior de tórax simple de pie permite rápidamente sospechar el diagnóstico de una hernia diafragmática complicada, el cual se confirma con una TC de tórax y abdomen. La radiografía de tórax sigue siendo una prueba diagnóstica fundamental, con un rendimiento diagnóstico del 74%. Los signos radiológicos más significativos son: pseudoelevación diafragmática, borramiento del diafragma, pinzamiento del seno costofrénico, hemoneumotórax, atelectasia pulmonar basal y desplazamiento mediastínico. La presencia de imágenes hidroaéreas intratorácicas o de una sonda nasogástrica intratorácica se pueden considerar como patognomónicas.

La Tomografía Axial Computerizada, actualmente se considera que es la exploración idónea y el principal método diagnóstico de las hernias diafragmáticas traumáticas. Presenta una sensibilidad del 16 al 61 % y una especificidad del 76 al 99 %. Los signos radiológicos más sugestivos de la presencia de una hernia diafragmática traumática en la TAC son: herniación intratorácica del contenido abdominal, estenosis circunferencial de la víscera herniada o signo del collar, signo de la víscera caída, signo

CSV:KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G URL de validació:https www.tramita.gva.es/csv-front/index.faces?cadena=KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G

del diafragma colgante, discontinuidad, ausencia o elevación diafragmática, engrosamiento del diafragma y evidencia de sangrado activo a la altura del diafragma al introducir contraste radiológico intravenoso.

La evolución de una hernia diafragmática, se divide en tres fases: 1) aguda: abarca las primeras dos semanas desde el trauma y puede manifestarse distrés respiratorio agudo; 2) crónica o latente: el gradiente de presión entre las regiones intraperitoneales e intrapleurales favorece la herniación de vísceras abdominales hacia el tórax; se manifiesta con síntomas abdominales o respiratorios inespecíficos que suelen pasar desapercibidos; 3) catastrófica: se asocia con obstrucción, estrangulación y perforación de los órganos herniados.

En este caso se trata de un varón de 75 años que acude al hospital por mal estado general, fiebre, tos, expectoración, náuseas, vómito y dolor en hipocondrio y lumbar izquierdo, fue ingresado y dado de alta el 20/12/2018 con un hematoma y tumoración de pared abdominal que apareció durante el ingreso. Se le realizó una radiografía de tórax, una de parrilla costal izquierda y dos ecografías, aunque ninguna de estas pruebas reveló el origen del hematoma y de la tumoración que se achacaron a la tos persistente. Las ecografías indican hematoma abdominal, algo que ya era evidente por los signos externos. La Rx tórax es normal y en la de parrilla costal, que es de mala calidad, se observa elevación y borramiento del hemidiafragma izquierdo. Ni en ese momento ni en consultas posteriores realizadas en el curso del expediente con radiólogos expertos, se observa nada más, tampoco las fracturas, ni la hernia de pared abdominal tal y como se registra en la historia con posterioridad al fallecimiento. Aún siendo de mala calidad, había dos evidencias innegables: la primera el gran hematoma y la tumoración; y la segunda la aparición de una elevación y borramiento del hemidiafragma izquierdo en la segunda Rx, cuando no aparecían estos signos en la anterior. Ante esta situación, se debería haber profundizado en el estudio, bien repitiendo la Rx con una mejor proyección para compararla con la del ingreso y también para valorar mejor las cúpulas diafragmáticas, o bien solicitando alguna otra prueba de imagen más adecuada.

En relación con un posible error en el diagnóstico, cabe recordar que el paciente al ingreso tenía sintomatología respiratoria y abdominal, pero la exploración del abdomen era normal y la auscultación inespecífica. El paciente estaba diagnosticado de asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, por lo que, ante los síntomas presentes (tos y expectoración desde hace más de una semana), la auscultación (sibilancias, roncus) y la fiebre (38º) el diagnóstico de infección respiratoria lo consideramos adecuado. Apoyando este diagnóstico se encuentra el hecho de que el tratamiento antibiótico produjera inicialmente una mejoría, como registra el neumólogo en fecha 10/12/2018. Todo ello avala la posibilidad que se tratase de una recaída o persistencia de la infección anterior.

A las 24h presenta un gran hematoma (sin tener antecedentes de alteraciones de la coagulación, ni estar tomando anticoagulantes) y una tumoración que se describe como grande. Con las pruebas realizadas sigue sin estar claro el origen. Llama la atención que no se realice ninguna consulta con Cirugía para valoración de la tumoración o un TAC abdominal.

Los reclamantes se quejan también de alta indebida. El paciente en el momento del alta estaba estable, no era necesario seguir ingresado, podía seguir de forma ambulatoria con el tratamiento, pero también con el estudio de las alteraciones antes

CSV:KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G URL de validació:https://www.tramita.gva.es/csv-front/index.faces?cadena=KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G

descritas de nueva aparición. En cuanto al error en la interpretación de las pruebas de imagen durante el primer ingreso, así como falta de atención a la elevación de la enzima CK, se basan sobre todo en la corrección del informe de la radiografía de parrilla costal, se desconoce el motivo por el que se hizo, no debería haberse corregido y añade cosas que solo se observan en el TAC que se realizó durante el segundo ingreso.

Una de las complicaciones de la tos son las hernias abdominales o diafragmáticas, así como la rotura muscular. El hecho de que el paciente tuviese una CK elevada durante ese ingreso no cambiaba nada el planteamiento que se había hecho, es evidente que tenía un hematoma de pared con lesión muscular por la tos.

Desde el alta hasta nuevo ingreso el 18 de enero, el paciente acude en varias ocasiones a diferentes médicos (unidad de corta estancia, especialista en digestivo y MAP) con persistencia de sintomatología abdominal, masa en hipocondrio izquierdo, náuseas, mucha sensación de gases, vómitos, e intolerancia progresiva a la ingesta oral (al principio tolera líquidos y triturados pero al final se hacen persistentes los vómitos y no tolera nada). Durante ese periodo le van indicando medicación para aerofagia, para el dolor, pero sigue sin profundizarse en el estudio. Tras dos días de vómitos persistentes e intolerancia es ingresado. En esta ocasión el médico de Urgencias que lo atiende solicita un TAC pero se desestima la solicitud basándose en la petición y en los resultados analíticos de ese día, no en toda la historia clínica anteriormente referida. El médico que lo atiende escribe: sin embargo, el paciente presenta vómitos persistentes, eventración en región de hipocondrio izquierdo y síndrome constitucional, por lo que ingresa a cargo de medicina digestiva para estudio. El sábado pasa el médico, ajusta medicación y solicita RX tórax, analítica, endoscopia digestiva alta y TAC abdominal. Al día siguiente (Domingo) se avisa en dos ocasiones al médico de guardia por persistencia del dolor y vómitos, en ninguna de esas dos ocasiones se realiza ninguna prueba adicional, ni se adelantan las ya solicitadas. En esta fase, una radiografía de tórax o un TAC hubieran sido de mucha utilidad.

Se avisa a la Unidad de Cuidados Intensivos el lunes 21 porque presenta semiología de edema agudo de pulmón, se diagnostica finalmente de hernia diafragmática complicada, se interviene pero el paciente presenta mala evolución y fallece el día 23.

Los reclamantes refieren en el segundo ingreso, infravaloración del cuadro clínico, falta de pruebas diagnósticas y demora en el diagnóstico. Según el Informe del funcionamiento del Servicio de Radiología refiere que un cuadro de vómitos de repetición no justifica la relación la realización de un TAC a no ser que se sospeche obstrucción intestinal, si se revisa la historia anterior parece que estaría justificado la realización de un TAC. También se hace referencia en este informe que los accesos de tos del paciente motivaron que la hernia se agrandará herniándose el contenido abdominal con volvulación posterior del estómago durante el segundo ingreso. No es posible asegurar cuál era el tipo de hernia diafragmática de este paciente pero es probable que fuese una hernia diafragmática traumática. El Informe pericial de radiología hace referencia a que no era posible diagnosticar una hernia diafragmática como la que presentó el paciente antes del momento en que realmente se hizo el diagnóstico, no estoy de acuerdo en este punto porque según los datos presentes en la historia es posible que la hernia empezara a agrandarse tiempo antes. En el informe de funcionamiento del Servicio de Medicina digestiva ya se hacía referencia que al ingreso el 19 de enero, en la auscultación pulmonar destacaba disminución del

CSV:KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G URL de validació:https://www.tramita.gva.es/csv-front/index.faces?cadena=KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G

murmullo vesicular en la base del hemitórax izquierdo y existía una masa blanda no dolorosa en flanco izquierdo a la palpación abdominal. También se indica en dicho informe que en el TAC realizado en la unidad de cuidados intensivos, la hernia lumbar superior contiene asas intestinales y hay signos de obstrucción.

4.-CONCLUSIONES

En este caso, el primer ingreso fue principalmente por sintomatología respiratoria, durante dicho ingreso aparece un gran hematoma y la tumoración abdominal izquierda, el paciente presentaba signos externos de algún tipo indeterminado de lesión de cierta entidad. En esas circunstancias, la negatividad de pruebas simples como una Rx de mala calidad o una ecografía, no puede usarse como argumento para descartar la existencia de una lesión sino que deben ser argumento para profundizar en el estudio con pruebas adicionales. El no hacerlo así, remitiéndolo a su domicilio con una lesión evidente para la que no se establece ninguna orientación diagnóstica fundamentada, teniendo en cuenta además la persistencia de síntomas abdominales durante el periodo entre ingresos con consulta a varios especialistas y sin que se amplíe el estudio tampoco en este periodo es contrario a la práctica clínica y supone la existencia de responsabilidad de la Consellería de Sanitat Universal i Salut Publica en el desenlace"

- **Informe de la Comisión de Valoración del Daño Corporal c**

"CONSIDERACIONES DE LA COMISIÓN DE VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL.

Tal como reconoce el informe de inspección, parece evidente que D. l ya presentaba en el momento del alta del primer ingreso signos y síntomas de una lesión de cierta entidad, muy probablemente una hernia diafragmática. Sin embargo, se remitió a su domicilio sin establecer, siquiera, un diagnóstico de sospecha y sin profundizar en la búsqueda de una causa del gran hematoma que muestran las fotografías incluidas en la reclamación. Se omite también en el primer ingreso la alteración de la CK del día 18/12/2018 y se hace una lectura incorrecta de la Rx, como evidencia la corrección posterior, tras el fallecimiento del paciente. La evolución de una hernia diafragmática que, posteriormente, se revelaría como de gran dimensión, acabó siendo la volvulación con consecuencias fatales para el paciente.

El haber identificado y tratado la hernia en una fase inicial habría supuesto, casi con toda probabilidad, la resolución del problema. La calculadora de riesgo quirúrgico (ACS NSQIP) que ofrece el Colegio Estadounidense de Cirujanos, en el marco del Programa Nacional de Mejora de la Calidad Quirúrgica, determina que, ajustando por las características de D. la intervención de hernia diafragmática tiene una mortalidad prácticamente despreciable (0,2%) y una tasa de complicaciones muy baja, como muestra la gráfica de la página siguiente.

RIESGO DE COMPLICACIONES Y MORTALIDAD AJUSTADO A LAS CARACTERÍSTICAS DE D. SEGÚN EL MODELO PREDICTIVO ACS NSQIP

CSV:KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G URL de validació:https://www.tramita.gva.es/csv-front/index.faces?cadena=KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G

ACS NSQIP

Surgical
Risk Calculator

ACS AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS

Procedure: 39541 - Repair diaphragmatic hernia (other than congenital), traumatic, chronic
Risk Factors: 75-84 years, Male, Mild systemic disease, HTN, Over Weight

Change Patient Risk Factors

Note: Your Risk has been rounded to one decimal point.

Outcomes	Your Risk	Average Risk	Chance of Outcome
Serious Complication	9.9%	11.3%	Below Average
Any Complication	12.7%	14.0%	Below Average
Pneumonia	4.3%	4.5%	Average
Cardiac Complication	0.4%	0.4%	Average
Surgical Site Infection	2.8%	4.0%	Below Average
Urinary Tract Infection	0.9%	0.9%	Average
Venous Thromboembolism	2.1%	2.0%	Average
Renal Failure	0.3%	0.3%	Average
Readmission	7.8%	8.6%	Below Average
Return to OR	2.5%	3.1%	Below Average
Death	0.2%	0.3%	Below Average
Discharge to Nursing or Rehab Facility	5.3%	4.0%	Above Average
Sepsis	2.2%	2.3%	Average

SÍNTESIS DE LOS DAÑOS ACREDITADOS.

Los daños acreditados constituyen el fallecimiento el 23/01/2019 de D. . :omo consecuencia de no haber diagnosticado y tratado a tiempo la hernia diafragmática cuya volvulación le causó la muerte. Dado que, de haberse realizado en el momento oportuno, el riesgo de fallecimiento en la intervención es despreciable, no se aplica ninguna reducción en concepto de pérdida de oportunidad.

4. VALORACIÓN DEL DAÑO CORPORAL.

Para la emisión del presente informe se ha tomado en consideración la siguiente documentación:

- *Documentación acompañante al expediente, incluida la aportada por los interesados.*
- *Revisión de la documentación clínica accesible por el sistema Abucasis.*
- *Revisión de la bibliografía referenciada al final.*

Tras análisis de la documentación se constata como daño derivado de los hechos que motivan la reclamación el fallecimiento, el 23/01/2019, de D. . . . . de 75 años (fecha de nacimiento 28/02/1943) por lo que es de aplicación la TABLAS 1. (indemnizaciones por causa de muerte) de la Ley 35/2015".

CSV:KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G URL de validació:https://www.tramita.gva.es/csv-front/index.faces?cadena=KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G

Séptimo.- Análisis de la reclamación y conclusiones

En supuestos como el presente y, dada la indudable vertiente técnica de la *lex artis ad hoc*, la apreciación de su infracción requiere acudir a las manifestaciones contenidas en los informes médicos, singularmente de aquellos emitidos por facultativos que no han intervenido en la asistencia sanitaria prestada.

Dicho criterio de la *lex artis*, hemos de recordar, está constituido por el conjunto de reglas técnicas establecidas por la comunidad científica que deben observarse por los profesionales en su ejercicio, teniendo en cuenta las condiciones y circunstancias concurrentes en cada supuesto, todo lo cual implica atender al caso concreto en que se produce la actuación o intervención médica, las circunstancias en que ésta se desarrolla, así como las incidencias inseparables en el normal actuar profesional y las especiales características del acto médico, de la profesión, de la complejidad de las patologías tratadas, entre otros, para calificar dicho acto médico como acorde o no con dicho criterio profesional de corrección.

En este punto, hay que hacer notar que los extremos fácticos en que se fundamenta la presente resolución se apoyan en elementos probatorios que constan en el expediente, esto es, fundamentalmente en el informe de Inspección y en el informe de la CVDC y, en segundo término, en el informe pericial de orientación, que han sido recabados de oficio y cuyo contenido, desde la oficialidad y ajenidad respecto a las asistencias cuestionadas, ha sido formado desde una posición imparcial por facultativos que no ha participado en la actividad médica cuestionada, motivo por el cual dichos informes constituyen en expedientes como el presente, una clara referencia para apreciar o no la existencia de una mala praxis médica.

Al respecto, conviene traer a colación la doctrina de los Consejos Jurídicos Consultivos y de la jurisprudencia (por todas la STS de 10 de noviembre de 2011, Rec. Casación 3919/2009, que cita a su vez las sentencias de 19 de junio de 2007 y de 9 de diciembre de 2008, rec. de casación núms 10231/2003 y 6580/2004, respectivamente) en torno a que "la carga de la prueba del nexo causal corresponde al que reclama la indemnización consecuencia de la responsabilidad patrimonial de la Administración".

Y si bien en este tipo de asuntos de responsabilidad sanitaria, las dificultades intrínsecas aconsejan que la Administración ponga a disposición de la persona interesada la documentación técnica relativa al caso, y su análisis y evaluación, todo lo cual ha sido efectuado en el presente supuesto, ello no obsta para eludir la carga probatoria que corresponde a los reclamantes en cuanto a los extremos en que funda la responsabilidad patrimonial por funcionamiento de los servicios públicos.

Por otra parte, también advierte el Tribunal Supremo, en sentencia de 27/11/12 (rec. 5938/2011, con remisión a su anterior pronunciamiento de 20/07/12 (rec.2602/2011) que «en la responsabilidad patrimonial de la Administración ha de concurrir necesariamente como requisito la relación causal entre la acción/omisión y el resultado lesivo, y es los reclamantes quien

CSV:KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G URL de validació:https://www.tramita.gva.es/csv-front/index.faces?cadena=KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G

normalmente ha de probar esa relación causal entre la prestación asistencial y el daño, conforme a la pacífica y constante jurisprudencia de esta Sala».

A modo de síntesis, en lo que respecta a los hechos sobre los que se sustenta el reproche de mala praxis, nos encontramos con un paciente, D. [redacted] que el 15/12/2018 debutó con un cuadro de tos, vómitos, mal estar general, así como con un gran hematoma y una tumoración que se describe en la historia clínica como «grande». Tras acudir en demanda de asistencia sanitaria, fue dado de alta hospitalaria tras ser diagnosticado de una infección respiratoria. Unas semanas después, en concreto el 19/1/2018, se produjo un segundo ingreso motivado por la persistencia de vómitos después de las comidas, en cuyo curso el paciente sufrió un desvanecimiento, motivo por el cual fue derivado a la UCI donde, en situación de extrema gravedad y tras la realización de un TAC, se confirmó el diagnóstico de hernia diafragmática con estómago y colón intratorácico. Dado este diagnóstico, el paciente fue intervenido de urgencia pero ya no fue posible remontar la situación, puesto que D. [redacted] se encontraba en unas condiciones muy desfavorables para superar la intervención, falleciendo el día 23/1/2019.

Por tanto, la cuestión médica a desentrañar, con el fin de decidir sobre el fondo del asunto, consiste en dilucidar si la sintomatología mostrada por el paciente, sobre todo en el primer ingreso, que está perfectamente reflejada en la historia clínica e informes, fue tributaria de la práctica de otras pruebas diferentes o complementarias a las que le fueron practicadas, con el fin de haberse logrado un diagnóstico temprano y certero de la hernia diafragmática, puesto que al momento en que se obtuvo el diagnóstico en el segundo ingreso, ya fue tarde para lograr dar solución al grave cuadro patológico que afectó al paciente. Una vez que en su caso se haya fijado este extremo, esto es, la posibilidad de haberse obtenido un diagnóstico más temprano resulta preciso clarificar si ese diagnóstico más precoz de la hernia, hubiera posibilitado un tratamiento en una fase inicial con posibilidad de curación o, cuanto menos, con posibilidad de haber mitigado el daño.

Para ello, procede confiar en el juicio al que se llega en los diferentes informes disponibles. En el primer informe, que es el pericial de orientación emitido por el Dr. [redacted] médico especialista en radiodiagnóstico, se considera que no era posible diagnosticar una hernia diafragmática, como la que presentó el paciente, antes del momento en el que realmente se logró el diagnóstico. En este mismo sentido, esto es, en la consideración de la ausencia de mala praxis, en el segundo informe a observar, que es el informe pericial de orientación emitido por los especialistas en medicina interna Dr. [redacted], se concluye que en el supuesto de que la hernia diafragmática hubiera sido diagnosticada antes, la actuación hubiese sido muy parecida, haciéndose hincapié en que la mala evolución del paciente estuvo condicionada por sus múltiples factores de riesgo. Por ello, consideran estos peritos que la actuación seguida fue correcta y acorde a *lex artis ad hoc.*

En el informe del Servicio de Inspección de Servicios Sanitarios, en un sentido contrario al señalado en los citados informes periciales, se estima que en el curso

CSV:KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G URL de validació:https://www.tramita.gva.es/cs/-front/index.faces?cadena=KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G

del primer ingreso, que estuvo motivado principalmente por una sintomatología respiratoria, debutó un gran hematoma y tumoración abdominal izquierda, existiendo ya signos externos de algún tipo indeterminado de lesión de cierta entidad. En esas circunstancias -opina la médico inspectora-, la negatividad de pruebas simples como una Rx de mala calidad o una ecografía, no puede usarse como argumento para descartar la existencia de una lesión. Por el contrario, se añade, deben ser argumento para profundizar en el estudio con pruebas adicionales. Sea como fuere, no se actuó en este sentido y se remitió al paciente a su domicilio con una lesión evidente, y sin ninguna orientación diagnóstica fundamentada. Además, señala la médico inspectora, persistieron los síntomas abdominales durante el periodo entre ingresos con consulta a varios especialistas, sin que se ampliara en ese periodo el estudio. Todo ello, tal como se concluye en este informe, es contrario a la práctica clínica y supone la existencia de responsabilidad.

Dados estos informes, cuyas conclusiones son contradictorias, y sin perjuicio de la máxima referencia que constituye el informe de la Inspección de Servicios Sanitarios para decidir sobre la praxis cuestionada, con el objetivo de obtener un juicio definitivo para decidir el asunto con el máximo acierto posible, se solicitó a la Comisión de Valoración del Daño Corporal de la CSUySP (CVDC), la emisión de un informe en el que, previo análisis del proceso asistencial, se constara si había existido o no algún tipo de infracción de la *lex artis* que pudiera ser indemnizable y, en su caso, valorase el daño. El juicio médico contenido en el informe de la CVDC, que hace suya la opinión médica del informe de Inspección, es claro: el hecho de haberse identificado y tratado la hernia en una fase inicial, como debería haberse hecho, habría supuesto, casi con toda probabilidad, la resolución del problema. Y tal afirmación la sustenta la CVDC en la calculadora de riesgo quirúrgico (ACS NSQIP), que ofrece el colegio estadounidense de cirujanos en el marco del Programa Nacional de Mejora de la Calidad Quirúrgica que determina, ajustando el cálculo a las características de D. que la intervención de hernia diafragmática tiene una mortalidad prácticamente despreciable (0,2%), así como una tasa de complicaciones muy baja, de forma que no procede la aplicación de ninguna reducción en concepto de pérdida de oportunidad.

En lo que concierne al informe médico pericial aportado por los reclamantes junto con su escrito de alegaciones, y que ha sido elaborado por el Dr. en gran medida muestra su conformidad con la opinión científico-médica, expresada tanto en el informe del Servicio de Inspección de Servicios Sanitarios como en el informe de la CVDC de forma que, ante la estimación de la reclamación, no resulta necesario contraponer -ni comentar- su contenido con el resto de informes.

Llegados a este punto, y dada la prevalencia del valor probatorio otorgado tanto al informe del Servicio de Inspección de Servicios Sanitarios, como fundamentalmente al informe de la CVDC que constituye un juicio definitivo para resolver, procede efectuar la determinación del importe de la indemnización.

CSV:KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G URL de validació:https://www.tramita.gva.es/csv-front/index.faces?cadena=KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G

Octavo.- Determinación del *quantum* indemnizatorio

El art. 34.1 de la Ley 40/2015, (LRJSP) establece que *"Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos".*

Y a su vez, el apdo. 2 subsiguiente señala que *"La indemnización se calculará con arreglo a los criterios de valoración establecidos en la legislación fiscal, de expropiación forzosa y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado. En los casos de muerte o lesiones corporales se podrá tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de Seguros obligatorios y de la Seguridad Social".*

En cuanto a la valoración de daños, la asunción en el marco de la responsabilidad patrimonial, de baremos establecidos para otros ámbitos distintos ha recibido un trato dispar por parte de la doctrina jurisprudencial, dando lugar en épocas precedentes a dos líneas jurisprudenciales, una de ellas en la que se negaba su aplicación, por entender que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración está instaurado en una Ley general, por lo que no cabe seguir otros sistemas especiales reguladores de reparaciones específicamente establecidas para conceptos muy concretos y distintos -STS de 18 de febrero de 1980, entre otras-; y otra en la que , apelando a las dificultades para evaluar cuantitativamente y con exactitud daños personales, y en concreto corporales, parecía adecuado acudir a módulos valorativos convencionales utilizados por las jurisdicciones civil, penal y laboral –por todas la STS de 16 de diciembre de 1994-.

Ahora bien, en cuanto a la posibilidad de acudir a otros baremos no previstos para la responsabilidad patrimonial, la jurisprudencia ha evolucionado señalando, de modo reiterado en numerosas sentencias, que tal sistema ha de aplicarse con carácter de mera referencia, para introducir un criterio de objetividad que sea razonable, ya que la utilización de dicho baremo es de carácter orientativo y no vinculante. Así, la STS, Sala 3ª, Secc. 4ª, de 6 de noviembre de 2012 (rec 2354/2011), reitera que uno de los pronunciamientos que dicho Tribunal efectúa, en materia de responsabilidad patrimonial es el de que *"el sistema de valoración de los daños corporales en el ámbito de los accidentes de circulación, que sigue la demanda, tiene un valor simplemente orientador, no vinculante para los Tribunales de este orden jurisdiccional a la hora de calcular la indemnización debida por título de responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas, (entre otras, sentencia de 23 de diciembre de 2.009, recurso de casación 1364/2008)".*

Dicho criterio tiene reflejo a su vez en un creciente número de sentencias en la instancia contenciosa administrativa, como son las Sentencias de la Secc. 2ª del TSJ-CV núms. 753 y 846/2012, de 13 y de 28 de septiembre, respectivamente (rec.

CSV:KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G URL de validació:https www.tramita.gva.es/csv-front/index.faces?cadena=KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G

632 y 742/2009), en las que se dice *1) que no cabe acudir con automatismo a extraer las cifras recogidas en un baremo indemnizatorio aprobado anualmente por la Administración, y referido a las cantidades a satisfacer por parte de las Compañías aseguradoras de responsabilidades civiles dimanantes de la circulación de vehículos de motor, vinculado directamente a las primas a satisfacer por parte de los asegurados; la jurisprudencia ha establecido con reiteración que sólo cabe acudir a tales baremos con un carácter meramente orientativo, pero nunca vinculante. 2) que para cuantificar el daño moral derivado del fallecimiento de la progenitora, no puede acudirse a cifras estandarizadas o preestablecidas, sino que deben valorarse factores como el estado previo de salud de la paciente, la convivencia o no de los reclamantes con la misma, la intensidad de la relación afectiva mantenida, etc.*

Además, las referidas Sentencias, en los términos de reiterada jurisprudencia, proceden a relacionar los parámetros indemnizatorios a declarar, con los conceptos, bien de pérdida de oportunidad del paciente a obtener un diagnóstico o un tratamiento más temprano de sus dolencias, bien en otros casos con la apreciación de un daño moral, todo lo cual, en definitiva, comporta la adecuación o atemperamiento del montante de la indemnización fijada por el tribunal.

Como consecuencia de lo anterior entiende esta Conselleria que si bien es posible acudir a un baremo específico, dicha remisión ha de efectuarse con carácter orientativo, esto es como un parámetro de mera referencia, y sin que su consideración conlleve el automatismo del establecimiento de sus cuantías, o de los conceptos que en el mismo se contemplan, debido a que éstos hayan de modularse en relación con el caso analizado, teniendo en cuenta la concurrencia causal de circunstancias que no son imputables a la actuación sanitaria y por tanto a la responsabilidad patrimonial de la Administración.

Es en tales términos como se efectúa la toma en consideración el R.D. 8/2004, de 29 de octubre, con la modificación operada por la Ley 35/2015 de 22 de septiembre, en el que se fija el sistema y cuantías de las indemnizaciones por muerte, lesiones permanentes e incapacidad temporal causados a las personas en accidentes de circulación, y las resoluciones de actualización de dicho baremo, debiéndose significar como la norma específica de dicho ámbito también incorpora la referencia a la existencia de circunstancias modificativas como elementos correctores de atenuación, teniendo en cuenta la concurrencia de circunstancias preexistentes en los perjudicados que han concurrido al resultado final y que no son imputables a la actividad considerada.

En el presente caso, para fijar la indemnización por los perjuicios sufridos, se estima pertinente, si bien de forma orientativa, tomar como referencia el baremo establecido en el Anexo del citado R.D. 8/2004, de acuerdo con las cuantías indemnizatorias actualizadas para el año 2022, publicadas como anexo a la Resolución de 23 de febrero de 2022 (BOE del 7 de marzo) de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

CSV:KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G URL de validació:https://www.tramita.gva.es/csv-front/index.faces?cadena=KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G

Como se ha señalado anteriormente, se solicitó informe de la Comisión de Valoración del Daño Corporal que efectuó la siguiente valoración:

INDEMNIZACIÓN POR CAUSA DE MUERTE
TABLA 1.A.
PERJUICIO PERSONAL BÁSICO

Categoría 1. La cónyuge viuda

Dado que el paciente tenía 75 años de edad al momento del fallecimiento (franja desde 67 hasta 80 años), y que la convivencia con su esposa D.ª fue superior a los 15 años (matrimonio de fecha 19/3/1971), procede la cantidad de **76.790,72-€**.

A la anterior cifra habría que añadir **36.201,33-€** que es el resultado de multiplicar 1.097,01 € previstos en la tabla por 33, siendo esta última la cifra los años adicionales de convivencia -incluida la fracción-, más allá de los 15 computables para la obtención de la cantidad expresada en el anterior párrafo.

TOTAL= 76.790,72 + 36.201,33= **112.992,05-€ (ciento doce mil novecientos noventa y dos euros con cinco céntimos).**

Categoría 3. Descendientes (hijos del paciente fallecido)

A cada hijo de más de 30 años de edad:

- D.ª **21.940,21-€ (veintiún mil novecientos cuarenta euros con veintiún céntimos).**
- D. **21.940,21-€ (veintiún mil novecientos cuarenta euros con veintiún céntimos).**
- D.ª **21.940,21-€ (veintiún mil novecientos cuarenta euros con veintiún céntimos).**

Por último, si bien estas cuantías son superiores a las solicitadas por los reclamantes al momento de formular la reclamación, y que fueron confirmadas en las alegaciones, ese desfase se debe a que el cálculo efectuado en los párrafos previos, se ha materializado con las tablas indemnizatorias del año 2022 con el fin de que estén actualizadas, sin que por tanto se vea comprometido el principio de congruencia previsto en el art. 88 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Por lo expuesto, y conforme con dictamen del Consell Jurídic Consultiu de la Comunitat Valenciana.

CSV:KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G URL de validació:https://www.tramita.gva.es/csv-front/index.faces?cadena=KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G

RESUELVO

1) Estimar la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por los antedichos interesados indemnizándoles con las siguientes cuantías:

- A D.ª [illegible]) con la cantidad de **112.992,05-€ (ciento doce mil novecientos noventa y dos euros con cinco céntimos).**
- A D.ª [illegible] con la cantidad de **21.940,21-€ (veintiún mil novecientos cuarenta euros con veintiún céntimos).**
- A D. [illegible] con la cantidad de **21.940,21-€ (veintiún mil novecientos cuarenta euros con veintiún céntimos).**
- A D.ª [illegible] con la cantidad de **21.940,21-€ (veintiún mil novecientos cuarenta euros con veintiún céntimos).**

2) La indemnización resulta imputable al Departamento de Salud Valencia-Dr. Peset.

Notifíquese la presente resolución al interesado, advirtiéndole que contra la misma puede interponerse recurso potestativo de reposición en el plazo de un mes ante el Conseller de Sanidad Universal y Salud Pública -en cuyo caso, transcurrido un mes sin dictar resolución se entenderá desestimada por silencio administrativo y expedita la vía contencioso-administrativa en el plazo de 6 meses subsiguientes- o interponer directamente recurso contencioso-administrativo en el plazo de dos meses contados desde el día siguiente al de la notificación de la presente Resolución, bien ante el Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana bien ante el Juzgado de lo Contencioso-administrativo, según corresponda por razón de la cuantía (arts. 2.e), 8.2 c), 10 y 46 de la ley 29/1998 de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa y arts. 114, 123 y 124 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas)

València

LA SUBSECRETARIA

Por delegación del titular de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, según Resoluciones de 21/12/2021, 03/10/2014 y 20/04/2015 (DOGV 9245, 7381 y 7522).

Firmat per Mònica Almiñana Riqué el 19/05/2023 14:48:40
Càrrec: Subsecretaria Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública

CSV:KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G URL de validació:https://www.tramita.gva.es/csv-front/index.faces?cadena=KJBQ62XY:TV7AS6BU:A6XR3Z5G