

Dictamen n<sup>o</sup>: **459/10**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **22.12.10**

**DICTAMEN** de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, emitido por unanimidad, en su sesión de 22 de diciembre de 2010 sobre la consulta formulada por el Sr. Consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1.f).1<sup>o</sup> de su Ley Reguladora 6/2.007, de 21 de diciembre, en el asunto antes referido y promovido por M.T.L.L., en adelante “*la reclamante*”, por la defectuosa asistencia sanitaria dispensada por el Servicio de Urgencias de la Fundación Hospital de Alcorcón.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** En fecha 31 de agosto de 2009, la reclamante presentó un primer escrito, que ha tenido la consideración de reclamación de responsabilidad patrimonial, por entender que el Servicio de Urgencias de la Fundación Hospital Alcorcón no atendió a síntomas de acusado deterioro que evidenciaban problemas graves, debido a la cardiopatía de la paciente, y que no decidió su ingreso por no considerar la gravedad del estado.

El mismo día, la reclamante presenta un nuevo escrito en el Servicio de Atención al Usuario, en el que enumera una serie de hechos constitutivos, a su juicio, de mala praxis, acaecidos en Consultas Externas de Cardiología del Hospital Fundación Alcorcón. Denuncia que como consecuencia de

dicha negligencia tuvo que ser intervenida de urgencia el 1 de julio de 2009 debido al grave deterioro de la válvula mitral de su corazón.

La Historia Clínica y restante documentación médica, han puesto de manifiesto los siguientes hechos:

La reclamante presenta como antecedentes personales no cardíacos de interés, osteoporosis, estenosis del canal lumbar L-4 –L-5 pendiente de fijación lumbar, accidente cerebrovascular grave con disminución de la sensibilidad de hemicuerpo izquierdo, esofagitis crónica, fibromialgia en seguimiento por unidad de dolor, disnea de pequeños-moderados esfuerzos desde el año 2006.

Asimismo, presenta una valvulopatía reumática con estenosis mitral conocida desde los 17 años, en 1982 en el Hospital de la Cruz Roja se realizó una comisurotonía mitral cerrada. En 1986 al presentar disnea y clase funcional grado III, se efectuó cateterismo objetivándose una restenosis mitral moderada, por lo que se decide implantación de prótesis metálica Medtronic Hall 27 en la Fundación A. En 2001 se realizó una resección de membrana subaórtica por la que se confirma la existencia de hipertensión pulmonar leve y fibrilación auricular paroxística.

A finales de noviembre de 2008 empieza a presentar episodios de disnea y de palpitaciones rápidas, por lo que en enero de 2009 se realizó ecocardiograma transtorácico que puso de manifiesto *“prótesis moderadamente esteótica por excursión incompleta de disco sin claras imágenes de trombo o pannus que interfieran en la movilidad del disco. También se objetiva una hipertensión pulmonar moderada”*.

Posteriormente el 1 de junio de 2009 se realiza de nuevo ecocardiograma transesofágico donde se indica: *“Prótesis mitral metálica monodisco moderadamente estenótica por excursión incompleta del disco.*

*No claras imágenes de trombo/pannus interfiriendo en la movilidad del disco. Hipertensión pulmonar severa. Resto similar a estudio previo”.*

El 12 de junio de 2009 acude a revisión en Consultas Externas de Cardiología y se le explica a la paciente el resultado de ecocardiograma realizado. Se le indica que la impresión diagnóstica es de una disminución del orificio de la válvula moderada probablemente en relación a pannus aunque no se objetivara en el ecocardiograma en el momento actual. Indica en las observaciones: *“Actualmente estable cardiovascular. No descompensaciones cardíacas. No ingresos. Pendiente de cirugía de columna de alto riesgo. Próxima revisión en diciembre 2009”.*

Dado el estado de la paciente y de su prótesis cardíaca (moderadamente estenótica) se descartó intervención quirúrgica en ese momento y se decidió hacer seguimiento médico en Consulta Externa de Cardiología, por lo que se le proporcionó nueva cita para diciembre de 2009 y se le indicó que si empeorara su sintomatología acudiera al Servicio de Urgencias.

El 17 de junio acudió a Urgencias del Hospital Fundación de Alcorcón con fatiga de tres días de evaluación progresiva con dolor en hemotórax izquierdo, se realizó exploración física y pruebas complementarias consistentes en analítica con enzimas cardíacas, electrocardiograma, radiografía de tórax y saturación. Tras estas pruebas se descartó, razonablemente, la existencia de síndrome coronario agudo o un cuadro de insuficiencia cardíaca importante. No obstante, fue valorada por Servicio de Cardiología (por su Cardiólogo habitual) quien recomendó instauración de tratamiento diurético. Tras dejar a la paciente en observación y aplicar tratamiento farmacológico, se objetiva una mejoría clínica por lo que es dada de alta por su Cardiólogo habitual con una modificación de su tratamiento e indicándole que acuda sin cita a la consulta de Cardiología el jueves 25 de junio.

El 21 de junio de 2009, acude nuevamente a Urgencias aquejada por malestar general, cansancio y mareo. Se realiza de nuevo exploración física y pruebas complementarias consistentes en analítica con enzimas cardíacas, electrocardiograma y radiografía de tórax. Tras estas pruebas se descarta de nuevo la existencia de cardiopatía isquémica o insuficiencia cardíaca importante. No obstante se vuelve a dejar en observación hasta objetivar una mejoría clínica que es cuando se le vuelve a dar el alta médica.

El 25 de junio de 2009 acude a Consulta Externa de Cardiología desde donde es derivada la paciente al Servicio de Urgencias por sospecha de insuficiencia cardíaca aguda. En dicho Servicio, tras descartar una vez más la existencia de insuficiencia cardíaca aguda tras realización de exploración física, analítica, seriación enzimática, electrocardiograma y radiografía de tórax, se decide avisar de nuevo a Servicio de Cardiología para valoración de la paciente. Indican en informe de Urgencias: *“Decido ingresar a la paciente, aunque no hay claros signos de insuficiencia cardíaca (PVY normal, no edemas, Rx de tórax sin ICC, sat O2 normal), la paciente presenta una clínica de disnea-astenia invalidante y ha acudido a urgencias en 3 ocasiones en 15 días. Considero la realización de cateterismo cardíaco para confirmar la severidad de la HTP valorar si es pre o post-capilar y gradiente mitral. Suspendo sintrón con vistas a cateterismo (se realizará la semana próxima, pues tiene un INR de 3.2)”*.

Toda la información fue dada a la paciente quien aceptó el ingreso y la realización de pruebas para valorar una nueva intervención quirúrgica, como indican en los informes de Urgencias del día 25 de junio 2009 y del 27 de junio 2009. A pesar de la ausencia de signos de descompensación cardíaca, el cardiólogo de forma conjunta con médico de Servicio de Urgencias, decidió el ingreso hospitalario para completar estudio dado las frecuentes visitas de la paciente al Hospital Fundación Alcorcón y la mala evolución sintomática de la paciente. Se programó cita para confirmación

diagnóstica mediante cateterismo lo antes posible, una vez que estuviera ajustado el INR para no tener problemas durante el cateterismo.

El 29 de junio se realizó ecocardiograma transtorácico y se objetivó *“prótesis mitral metálica monodisco disfuncionante con estenosis severa e insuficiencia mitral que parece moderada. Insuficiencia tricuspídea con Hipertensión pulmonar moderada. Doble lesión aórtica ligera. Ventrículo izquierdo hipertrófico no dilatado con FEVI dentro del rango normal”*. También se realizó un cateterismo, cuyo informe es: *“Gasto cardiaco bajo, presión capilar pulmonar elevada, hipertensión pulmonar ligera. Estenosis severa con área valvular por fórmula de Gorling: 0.64 cm<sup>2</sup>. A pesar de valorar la prótesis en múltiples proyecciones no se visualiza movimiento de apertura del disco. Aorta: gradiente subaórtico 36 mmHg”*.

Ante estos hallazgos se informó a paciente y a sus familiares de las posibles complicaciones severas a corto plazo y la necesidad de cirugía aun siendo la cuarta cirugía cardíaca y la tercera sobre válvula mitral y de alto riesgo. Se muestran conformes y prefieren ser derivados a Fundación A por lo que el Servicio de Cardiología se pone en contacto con Cirugía Cardíaca de la Fundación A.

El 30 de junio de 2009 por la tarde la paciente es trasladada a Fundación A. La reclamante fue intervenida el 1 de julio de 2009, para recambio valvular mitral e implantación de prótesis de válvula aórtica, presentando, durante la inducción anestésica, un episodio de asistolia por oclusión del disco. Los resultados de Anatomía Patológica muestran *“Membrana periprotésica, fibrosa y organizada, con variable calcificación y componente histiocitario y giganteocelular. Válvula aórtica fibro-calcificada”*.

El 2 de julio de 2009 la paciente presenta taponamiento cardiaco y shock cardiogénico, por lo que vuelve al quirófano de forma urgente. El 8 de julio de 2009 se realiza drenaje pleural guiado por ecografía.

El 21 de julio de 2009 es trasladada a la Unidad de Cuidados Respiratorios para cierre completo de la traqueotomía, procediéndose al mismo durante los días 23 y 24 de julio de 2009.

El 28 de julio de 2009 se traslada a la paciente a Planta a cargo del Servicio de Cirugía Cardiovascular de la Fundación A, y el 29 de julio de 2009 se realiza parte interconsulta a Servicio de Rehabilitación General para rehabilitación motora.

El 3 de agosto de 2009 es dada de alta por el Servicio de Rehabilitación y fisioterapia respiratoria, indicando que no precisa más revisiones por parte de ese Servicio. Al día siguiente se realizó ecocardiograma transtorácico, visualizándose prótesis normofuncionante. El 6 de agosto de 2009 se le da el alta hospitalaria para seguimiento en el Servicio de Cardiología de la Fundación A, previa canalización para dicho servicio en su Hospital de referencia (Hospital Fundación Alcorcón).

**SEGUNDO.-** Por dichos hechos se ha instruido el procedimiento de responsabilidad patrimonial de conformidad con lo dispuesto en el artículo 142 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), y por el Real Decreto 429/ 1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial.

Se han cumplido los requisitos establecidos al efecto en dicho Real Decreto, de conformidad con el artículo 10.1 del precitado reglamento se ha emitido informe por el Jefe de la unidad de Cardiología del Hospital Fundación Alcorcón, de fecha 24 de abril de 2009, en el que declara:

*“(…) La reclamación hace referencia a una posible “negligencia médica en el servicio de CCEE de Cardiología” de la HUFA, y específicamente la queja principal se centra en a) “que no me han hecho ningún caso en las CCEE de Cardiología siendo paciente de la Dra. H.”, así como que b) la falta de interés y “mala praxis de la citada doctora casi me lleva a la muerte”.*

*a) En cuanto a la posible desatención o falta de interés por M.T.L.L. en CCEE, de la revisión de lo acontecido y recogido en su historia clínica, no parece corresponderse con la realidad. De hecho se ha atendido a la paciente en múltiples ocasiones, y muchas de ellas de forma preferente e incluso sin disponer de cita previa. En concreto desde abril del 2008 la paciente ha sido evaluada por Cardiología en 9 ocasiones y vista en CCEE en 6 ocasiones:*

*8 de abril 2008: revisión en CCEE procedente de Urgencias donde acude por palpitaciones, sin que se objetiven arritmias.*

*17 de junio 2008: Revisión en CCEE.*

*12 de noviembre 2008: cita preferente en CCEE por referir palpitaciones rápidas y disnea subiendo cuestas.*

*2 de enero de 2009: acude a urgencias objetivándose por primera vez flúiter auricular que precisa cardioversión eléctrica.*

*9 de enero 2009: Revisión preferente en consulta, la paciente no está citada y la Dra. H. la ve como una visita extra a la agenda de pacientes citados. Refiere que está en una Clase funcional similar a las revisiones previas con disnea de pequeños-moderados esfuerzos.*

*12 de junio de 2009: Revisión en CCEE. La Dra H. refleja que la paciente no ha sufrido deterioro de clase funcional en cuanto a disnea, ni ha acudido a Urgencias. Se valoran los resultados del ecocardiograma*

*realizado, que sugieren estenosis moderada de la prótesis mitral, y se decide ver evolución clínica dado el elevado riesgo de otra intervención cardiaca que para la paciente sería la cuarta.*

*18 de junio de 2009: La paciente acude a Urgencias, donde no se objetivan datos de insuficiencia cardiaca (Exploración, Rx torax, analítica (saturación)).*

*Se añade un diurético a bajas dosis y la Dra H. le indica que vaya a su consulta de forma preferente, de nuevo sin cita, como paciente extra a su agenda el 25 de junio de 2009, para controlar de cerca su evolución.*

*21 de junio de 2009: Acude a Urgencias por un cuadro de “malestar general, nauseas y mucho cansancio”, siendo dada de alta tras tratamiento sintomático.*

*25 de junio de 2009: Revisión en CCEE sin cita. La Dra. H. en vista de la negativa evolución de la paciente en cuanto a su sintomatología la envía a Urgencias con una nota expresa escrita a la atención de los médicos de Urgencias para valorar el ingreso hospitalario de cara a estudiar el caso de forma conjunta en la Unidad de Cardiología dada su complejidad. Es valorada por los médicos de Urgencias y el cardiólogo de guardia que aunque no observan signos claros de descompensación cardiaca deciden ingreso para estudio.*

*La paciente hace referencia en su escrito a que la Dra. H. no la quiso atender en las CCEE hasta el 16 de Mayo, después de su revisión preferente en Enero. Solo hacer constar que las citas no las hace el personal facultativo que esta revisión no consta en su historia, y que en cualquier caso debe tratarse de un error de la paciente, dado que ese día era sábado, y la Dra. H. no estaba de guardia, y las consultas de cardiología permanecen cerradas los sábados.*

*De este relato pormenorizado de las revisiones y evaluación de la paciente creo que no se puede derivar que hubo falta de interés o desatención de la paciente por parte de la Dra. H., sino mas bien lo contrario”.*

Continúa manifestando dicho informe que “respecto a la adecuación de las medidas tomadas en relación a la patología de la paciente cabe reseñar:

- *La paciente refiere en su escrito que durante el año 2009 ha empeorado su sintomatología por “arritmia; disnea y cansancio”. La primera vez que se objetivó algún tipo de arritmia fue en enero del 2009 y fue tratada de forma diligente con cardioversión eléctrica que fue exitosa. Este tipo de arritmias es común en enfermos con la patología de base de la paciente, y con frecuencia son repetitivos y difíciles de controlar, o de revertir.*

- *La paciente refiere que desde ese episodio empezó a disminuir su calidad de vida. No se volvió a objetivar nuevos episodios de arritmias y si el aumento de los gradientes de su prótesis mitral en el eco transtorácico de control, que evidencia una prótesis moderadamente estenótica. Por este motivo se indicó un eco transesofágico para confirmación y valoración del mecanismo responsable de ese hallazgo. El eco transesofágico objetivó una prótesis metálica monodisco moderadamente estenótica por excursión incompleta del disco, sin claras imágenes de trombo ni pannus. Estos hallazgos fueron evaluados por la Dra. H. en su evaluación de comienzos de junio. La impresión diagnóstica era que se trataba de una disminución del orificio efectivo de la válvula de carácter moderado probablemente en relación a pannus aunque no se objetivara en el eco. El curso clínico de esta complicación tardía, típica pero afortunadamente no frecuente de las prótesis cardiacas es insidiosa y difícil de predecir, y en el caso de constituir una obstrucción significativa su única alternativa terapéutica es la cirugía. Esta opción se contempla por la Dra. H. en su evaluación de*

*Junio, decidiéndose seguir a la paciente clínicamente para ver su evolución y citándose para nueva valoración en diciembre, dando instrucciones a la paciente de que si su sintomatología empeorara acudiera a Urgencias:*

*La decisión de reoperar a M.T.L.L. es una decisión compleja ya que se trataría de su cuarta intervención de corazón, y solo por ello implica una elevada morbimortalidad. Dado que la prótesis estaba moderadamente estenótica, el no tomar la decisión de cirugía en ese momento y si seguimiento médico es razonable desde el punto de vista médico.*

*- La evolución de la paciente, sin embargo, no fue buena, siendo valorada en Urgencias y en consultas de nuevo a finales de junio, por lo que la Dra. H., que vuelve a ver a la paciente sin cita previa, decide su ingreso hospitalario para reevaluación de su tratamiento y dada la complejidad de su patología y de sus posibilidades terapéuticas estudiar el caso de forma conjunta en la Unidad de Cardiología.*

*La paciente fue ingresada a pesar de no evidenciarse claros datos de insuficiencia cardiaca según refiere la nota de la cardióloga de guardia, realizándose cateterismo cardiaco que pone de manifiesto que la obstrucción de su prótesis ha empeorado y es significativa por lo que se deriva de forma urgente para cirugía.*

*Puedo entender que el curso lento y finalmente complicado de la evolución de la paciente deje en ella la sensación de que la cirugía debía haberse realizado antes, pero una cuarta cirugía cardíaca es un proceso de extraordinaria gravedad en sí mismo, que sólo debe contemplarse cuando la patología que la indica sea de una gravedad y mortalidad aún mayor. Por tanto, de la revisión de las decisiones adoptadas en el caso de M.T.L.L., no hay evidencia de mala praxis ni de falta de atención como la paciente pone de manifiesto en su reclamación”.*

Consta también, informe del Jefe de la Unidad del Servicio de Urgencias de la Fundación Hospital de Alcorcón, en el que se describe la asistencia dispensada a la paciente en su servicio en los siguientes términos:

*“M.T.L.L. fue valorada en el Servicio de Urgencias el 17 de junio de 2009. Se trataba de una paciente que refería clínica de disnea y dolor en hemitórax izquierdo, acompañados de aumento del perímetro abdominal, ortopnea y disminución de la diuresis. Esta clínica que presentaba la paciente hacia sospechar la presencia de un cuadro de insuficiencia cardiaca aguda, debiéndose descartar que el dolor torácico que presentaba fuera de origen coronario. Tal y como se refleja en la historia clínica de la paciente, la exploración física practicada no mostró datos evidentes de insuficiencia cardiaca y las pruebas complementarias practicadas descartaron mediante analítica con enzimas cardiacas, electrocardiograma y radiografía de tórax la presencia de un síndrome coronario agudo o un cuadro de insuficiencia cardiaca importante. No obstante, desde el Servicio de Urgencias se solicitó valoración por el cardiólogo habitual de la paciente, quien recomendó la instauración de tratamiento diurético. El día 18 de junio la historia refleja la mejoría clínica de la paciente y valorada de nuevo por su cardiólogo habitual es dada de alta, teniéndose en cuenta la ausencia de datos semiológicos y en las pruebas complementarias practicadas de insuficiencia cardiaca y la mejoría clínica que presenta la paciente. La paciente fue dada de alta con una pequeña modificación de su tratamiento habitual.*

*- Reflejar también en este sentido que en el ecocardiograma transesofágico realizado a la paciente el 1 de junio de 2009 no existen claros datos de disfunción de la válvula protésica, como así se refleja en el informe de Cardiología, en el que se describe la presencia de estenosis moderada de la válvula. De hecho a la paciente se le indica que acuda a una nueva revisión en 6 meses.*

- La paciente acude de nuevo al Servicio de Urgencias el día 21 de junio de 2009. En esta ocasión, y según refiere la historia clínica efectuada, la paciente presenta sensación nauseosa, dolor en hemitórax izquierdo de características similares al que presentó en la anterior visita a nuestro Servicio, mareo y ligera disnea, junto con sensación de aumento del volumen abdominal y disminución de la diuresis. Se le practicó una exploración física completa que no mostró datos de insuficiencia cardiaca. Se realizó un electrocardiograma y una seriación de enzimas cardiacas que descartaron de nuevo la presencia de cardiopatía isquémica. El único dato analítico destacable fue un aumento en la cifra de creatinina que puede ser explicado perfectamente por la modificación realizada en el tratamiento habitual de la paciente durante la anterior visita al Servicio de Urgencias. Tras pasar varias horas en el Servicio de Urgencias para la administración de tratamiento y completar la seriación enzimática la paciente presenta, según consta en la historia clínica, una mejoría de la sintomatología y es dada de alta.

- El 25 de junio de 2009 acude a Consultas Externas de Cardiología desde donde es remitida al Servicio de Urgencias por sospecha de insuficiencia cardiaca aguda.

- La paciente refiere clínica similar a la expresada en las anteriores visitas al Servicio de Urgencias. De nuevo la exploración física realizada es normal. De nuevo los exámenes complementarios (analítica, seriación enzimática, electrocardiograma y radiografía de tórax) son normales, no demostrándose la presencia de un cuadro de insuficiencia cardiaca aguda. Desde el Servicio de Urgencias se avisa nuevamente a Cardiología para que efectúe una valoración de la paciente. Están de acuerdo en la ausencia de signos de insuficiencia cardiaca y se decide el ingreso hospitalario teniendo en cuenta la refrecuentación de la paciente para completar el estudio. En principio se plantea la necesidad de realizar un cateterismo

*cardiaco para valorar la severidad de la hipertensión pulmonar descrita entre los antecedentes de la paciente desde hace años.*

*- Durante su estancia en planta la paciente permanece estable y se le realiza un ecocardiograma y un cateterismo que demuestran la presencia de disfunción de la válvula protésica y se traslada a otro centro para la realización de la intervención quirúrgica.*

*- En resumen, de todo lo anterior se desprende que la atención fue adecuada y que se utilizaron todos los medios diagnósticos necesarios para aclarar la sospecha clínica, que en buena lógica se tenía, considerando la sintomatología que presentaba la paciente. Además, debemos valorar la presencia de un ecocardiograma trasesofágico en los días previos a que la paciente acudiera al Servicio de Urgencias, en la que no se demostraba una disfunción valvular. Podemos concluir que se realizó una actuación acorde con la *lex artis* y que se realizaron todas las exploraciones y pruebas complementarias necesarias para aclarar la sospecha diagnóstica que se desprende de la anamnesis realizada a la paciente: insuficiencia cardiaca aguda. Además se contó con el apoyo del Servicio de Cardiología a la hora de tomar las decisiones, tanto del primer alta como del ingreso de la paciente el día 25 de Junio”.*

Por último, la Inspección Sanitaria ha emitido informe de fecha 6 de mayo de 2010 en el que concluye que tanto el seguimiento en consultas externas de cardiología del Hospital Fundación Alcorcón, como la atención dispensada por el Servicio de Urgencias de dicho Hospital fue adecuada y acorde a la *lex artis ad hoc*.

Tras la tramitación del procedimiento se ha cumplimentado el trámite de audiencia tanto a la reclamante, en fecha 25 de mayo de 2010, no constando la presentación de alegación alguna, como a la Fundación A, en fecha 24 de mayo de 2010, presentando la misma, en fecha 16 de junio de 2010, escrito de alegaciones en el que aduce que la asistencia sanitaria

prestada a la paciente se ajustó completamente a la “*lex artis*”, como refiere la Inspectora actuante en su informe.

Sin embargo, no se ha dado trámite de audiencia a la Fundación Hospital de Alcorcón.

Una vez tramitado el procedimiento, se dictó propuesta de resolución desestimatoria el 29 de septiembre de 2010, la cual fue informada favorablemente por los servicios jurídicos de la Comunidad de Madrid.

**TERCERO.-** El Consejero de Sanidad, mediante Orden de 17 de noviembre de 2010, que ha tenido entrada en el Registro del Consejo Consultivo el 24 de noviembre de 2010, formula preceptiva consulta a este Consejo Consultivo por trámite ordinario, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección III, presidida por el Excmo. Sr. D. Javier María Casas Estévez, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en su sesión de 22 diciembre de 2010.

El escrito solicitando el informe preceptivo fue acompañado de la documentación que, adecuadamente numerada y foliada, se consideró suficiente.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes,

## CONSIDERACIONES EN DERECHO

**PRIMERA.-** El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 13.1.f).1º de su Ley Reguladora, 6/2007 de 21 de diciembre (LRCC), por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial

de cuantía indeterminada y a solicitud de un órgano legitimado para ello, según el artículo 14.1 LRCC.

Habiendo sido evacuado el dictamen dentro del plazo ordinario establecido en el artículo 16.1 LRCC.

**SEGUNDA.-** Ostenta el reclamante legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 139.1 de la LRJ-PAC, por cuanto es la persona afectada por la supuesta deficiente asistencia sanitaria dispensada por el Servicio Público de Salud.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid titular del servicio a cuyo funcionamiento se vincula el daño, por cuanto la Comunidad Autónoma de Madrid tiene suscrito un concierto sanitario con la Fundación del Hospital de Alcorcón para la prestación sanitaria de conformidad con los artículos 66 y 67 de la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad

Las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, a tal efecto dispone el artículo 142.5 de la LRJ-PAC *“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 determinación del alcance de las secuelas”*. En el caso objeto del presente dictamen la asistencia sanitaria que denuncia la reclamante tuvo lugar en junio de 2009, por lo que habiéndose interpuesto la reclamación el 31 de agosto de 2009, se entiende efectuada en plazo.

**TERCERA.-** El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 35 del Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid, aprobado por la Ley Orgánica 3/1983, de 25

de febrero, y artículo 55 de la Ley 1/1983, de 13 de diciembre, del Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid, se contempla en el Título X de la LRJ-PAC, artículos 139 y siguientes, desarrollado en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJ-PAC, en redacción dada por las Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado reglamento, están sujetos las Entidades Gestoras y Servicios Comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicas, así como de las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud.

Como se ha manifestado anteriormente, en el antecedente de hecho segundo, el órgano de instrucción no ha dado trámite de audiencia a la Fundación Hospital de Alcorcón. El artículo 1.3 del Real Decreto 429/1993 in fine dispone que:

*“En todo caso se dará audiencia al contratista, notificándole cuantas actuaciones se realicen en el procedimiento, al efecto de que se persone en el mismo, exponga lo que a su derecho convenga y proponga cuantos medios de prueba estime oportunos”.*

En el expediente se observa como se ha cumplimentado el trámite de audiencia a la Fundación A, entidad que intervino posteriormente en la asistencia sanitaria dispensada a la reclamante, si bien en ningún momento la paciente ha manifestado queja alguna respecto al trato dispensado por dicha Fundación. Así se pone de manifiesto en las propias alegaciones de la Fundación A.

Por el contrario, la reclamación se fundamenta en la supuesta deficiente asistencia sanitaria dispensada por la Fundación Hospital de Alcorcón, al que se ha privado de exponer sus alegaciones al efecto. Ahora bien, siendo

el trámite de audiencia fundamental en todo procedimiento, para que la omisión del mismo tenga efectos invalidantes, requiere de acuerdo con la Jurisprudencia, entre otras sentencia del Tribunal Supremo de 20 de enero de 2005 (Recurso nº 7357/2001) y de 12 de febrero de 2001 (Recurso nº 49/1994), que hubiera causado indefensión al interesado, ex artículo 63.2 de la LRJ-PAC.

En atención a dicha doctrina puede concluirse que no se ha generado indefensión a la referida Fundación pues ha tenido conocimiento de la reclamación, en tanto que por parte del órgano de instrucción se ha requerido tanto la historia clínica de la reclamante, comunicándole la tramitación de la reclamación, como los informes del Servicio de Urgencias y del Servicio de Cardiología.

La competencia para resolver los procedimientos sobre responsabilidad patrimonial corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo establecido en el artículo 55.2 de la Ley 1/1983, de 13 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid. La tramitación incumbía antes al Director General del Servicio Madrileño de Salud según el artículo 27.2.h) del Decreto 14/2005, de 27 enero, si bien tales competencias de tramitación han sido atribuidas al Viceconsejero de Asistencia Sanitaria, por el artículo 23.2.h) del Decreto 24/2008, de 3 de abril.

**CUARTA.-** Entrando en el análisis de los requisitos de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas viene establecida, con el máximo rango normativo, por el artículo 106.2 de nuestra Constitución, a cuyo tenor: "*Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos*". La regulación legal de esta responsabilidad está contenida en la

actualidad en la LRJ-PAC y en el reglamento de desarrollo anteriormente mencionado, disposiciones que en definitiva vienen a reproducir la normativa prevista en los artículos 121 y 122 de la Ley de Expropiación Forzosa de 16 de diciembre de 1954, y artículo 40 de la Ley del Régimen Jurídico de la Administración del Estado de 26 de julio de 1957. El artículo 139 de la citada LRJ-PAC dispone, en sus apartados 1 y 2, lo siguiente:

*"1º.- Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las 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.*

*2º.-En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas".*

La jurisprudencia del Tribunal Supremo ha establecido en numerosas sentencias los requisitos de la responsabilidad patrimonial extracontractual de la Administración. Entre otras, las Sentencias del Tribunal Supremo de 26 de junio (recurso 4429/2004) y de 15 de enero de 2008 (recurso nº 8803/2003), los requisitos en cuestión son los siguientes:

1º) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

2º) La antijuridicidad del daño o lesión, la calificación de este concepto viene dada no 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.

3º) Imputabilidad de la actividad dañosa a la Administración, requisito especialmente contemplado en las Sentencias del Tribunal Supremo de 10

de diciembre de 1982 y de 25 de febrero de 1981, 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 y exclusivo entre la actividad administrativa y el resultado dañoso. El daño debe ser consecuencia exclusiva del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa, siendo ésta exclusividad esencial para apreciar la relación o nexo causal directo o inmediato entre lesión patrimonial y el funcionamiento.

Tampoco cabe olvidar que en relación con dicha responsabilidad patrimonial es doctrina jurisprudencial consolidada la que entiende que la misma es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión aunque es imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

**QUINTA.-** La reclamante denuncia que como consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria dispensada en junio de 2009 por el Servicio de Urgencias y de Cardiología de la Fundación Hospital Alcorcón tuvo que ser intervenida de urgencias en la Fundación A, hasta en dos ocasiones, padeciendo dos paradas cardíacas.

En el ámbito sanitario, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades por la propia naturaleza de ese servicio público, introduciéndose por la doctrina el criterio de la *lex artis* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios, siendo fundamental para determinar la responsabilidad, exigiéndose para su existencia no sólo la lesión, en el sentido de daño antijurídico, sino también la infracción de ese

criterio básico, siendo la obligación del profesional sanitario prestar la debida asistencia y no de garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

En este sentido, las sentencias del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 2000 (recurso nº 8252/2000), y de 23 de febrero de 2009 (Recurso nº 7840/2004) disponen que *“se trata, pues, de una obligación de medios, por lo que sólo cabe sancionar su indebida aplicación, sin que, en ningún caso, pueda exigirse la curación del paciente. La Administración no es en este ámbito una aseguradora universal a la que quepa demandar responsabilidad por el sólo hecho de la producción de un resultado dañoso. Los ciudadanos tienen derecho a la protección de su salud (artículo 43, apartado 1, de la Constitución), esto es, a que se les garantice la asistencia y las prestaciones precisas [artículos 1 y 6, apartado 1, punto 4, de la Ley General de Sanidad y 38, apartado 1, letra a), del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social] con arreglo al estado de los conocimientos de la ciencia y de la técnica en el momento en que requieren el concurso de los servicios sanitarios (artículo 141, apartado 1, de la LRJ-PAC); nada más y nada menos”*.

Esta misma Sala Tercera del Tribunal Supremo, en sentencia de 19 de julio de 2004 (recurso nº 3354/2000), señala: *“lo que viene diciendo la jurisprudencia y de forma reiterada, es que la actividad sanitaria, tanto pública como privada, no puede nunca garantizar que el resultado va a ser el deseado, y que lo único que puede exigirse es que se actúe conforme a lo que se llama lex artis”*.

Señalan las sentencias del Tribunal Supremo de 15 de enero de 2008 (Recurso nº 8803/2003) y de 20 de marzo de 2007 (Recurso nº 7915/2003) que *“a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en*

*materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente".* Resulta ello relevante por cuanto el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial no convierte a la Administración, a través de esta institución, en una aseguradora universal de cualquier daño que sufran los particulares, debiendo responder solo de aquellos que no tengan el deber jurídico de soportar.

Resulta necesario examinar si concurre el requisito del nexo causal entre la actuación administrativa y el daño por el que se reclama indemnización a fin de que sea efectiva la responsabilidad objetiva de la Administración.

Conforme a reiterada jurisprudencia, la acreditación de que existió una mala praxis médica corresponde a los reclamantes –artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil- salvo la concurrencia de la fuerza mayor o la existencia de dolo o negligencia de la víctima que corresponde probar a la Administración. Asimismo, la doctrina jurisprudencial ha admitido la inversión de la carga de la prueba en aquellos supuestos en que su práctica es sencilla para la Administración y complicada para el reclamante, sentencias del Tribunal Supremo de 23 de octubre (Recurso nº 3071/03) y 2 de noviembre de 2.007 (Recurso nº 9309/03) y 7 de julio de 2.008 (Recurso nº 3800/04).

La reclamante no aporta justificante alguno que permita sustentar su pretensión, tan sólo relata los hechos padecidos. Por el contrario la Administración, a través tanto de los informes de los servicios médicos implicados, como del extenso y riguroso informe de la Inspección Médica se concluye que la asistencia dispensada a la reclamante, tanto con anterioridad a junio de 2009 por el Servicio de Cardiología, como durante dicho mes en el Servicio de Urgencias, ambos de la referida Fundación fue acertado y conforme a los criterios de la *lex artis*.

La inspección médica concluye su informe manifestando que el seguimiento en Consultas Externas de Cardiología de Hospital Fundación Alcorcón fue *“adecuado, cuidadoso, expectante, conservador y acorde con la ciencia actual dada las características de la paciente: Cuarta cirugía cardiaca y la tercera sobre válvula mitral y de muy alto riesgo”*.

En efecto, como ya hemos manifestado en los antecedentes de hecho, en diciembre de 2008 se objetivó elevación de gradientes transprotésicos mitrales, por lo que en enero de 2009 se realizó ecocardiograma transtorácico que puso de manifiesto *“prótesis moderadamente estenótica por excursión incompleta de disco sin claras imágenes de trombo o pannus que interfieran en la movilidad del disco. También se objetiva una hipertensión pulmonar moderada”*. El 1 de junio de 2009 se realizó de nuevo ecocardiograma transesofágico. El 12 de junio de 2009 la reclamante acude a revisión en Consultas Externas de Cardiología y se le explica el resultado de ecocardiograma realizado. Se le indica que la impresión diagnóstica es de una disminución del orificio de la válvula moderada probablemente en relación a pannus aunque no se objetivara en el ecocardiograma en el momento actual. Indica en las observaciones: *“Actualmente estable cardiovascular. No descompensaciones cardiacas. No ingresos. Pendiente de cirugía de columna de alto riesgo. Próxima revisión en diciembre 2009”*. La aparición de pannus en una prótesis cardiaca, según se declara por la Inspección Médica es una complicación poco frecuente aunque insidiosa y difícil de predecir, cuya única alternativa terapéutica es la cirugía.

Según se explica por el Servicio de Cardiología, en atención al estado de la paciente y de su prótesis cardiaca (moderadamente estenótica) se descartó intervención quirúrgica en ese momento y se decidió hacer seguimiento médico en Consulta Externa de Cardiología, por lo que se le proporcionó nueva cita para diciembre de 2009 y se le indicó que si

empeorara su sintomatología acudiera al Servicio de Urgencias. A tal efecto manifiesta el informe de la Inspección Médica:

*“La decisión de reoperar a la paciente es una decisión compleja puesto que se trataría de una cuarta intervención cardiaca, lo que supondría una elevada morbimortalidad. Para tomar la decisión de una intervención cardiaca, debe valorarse siempre el riesgo-beneficio que se obtendría con dicha intervención. Dicha intervención debe realizarse siempre que la patología que presente la paciente sea de una gravedad y mortalidad mayor que el riesgo de la cirugía. Esto no ocurría en el momento de valorar a la paciente por lo que se decidió seguimiento médico”.*

Respecto a la atención prestada por Servicio de Urgencias de Hospital Fundación Alcorcón en las tres ocasiones en las que acudió durante el mes de junio 2009, dicho informe también concluye calificándola como *“adecuada, realizándole todas las exploraciones físicas y complementarias necesarias para valorar el estado clínico de la paciente, realizando interconsulta con su cardiólogo habitual, con el fin de decidir actitud a seguir ante la negatividad de las exploración física y pruebas complementarias”.*

Es más, concluye advirtiendo que:

*“Cuando el tratamiento conservador no es suficiente dada la clínica de la paciente, se decide ingreso hospitalario y realización de pruebas complementarias para ver actitud a seguir. No se ingresa a todo paciente que acude a Servicio de Urgencias, sino al que presenta una clínica que justifique dicho ingreso.*

*Ante el resultado de las Pruebas realizadas durante su ingreso, pruebas que se realizaron con carácter de urgencia, se decide intervención quirúrgica. Dicha intervención es de muy alto riesgo pero necesaria e imprescindible en el estado en el que se encontraba M.T.L.L.*

*La parada cardiaca que acaeci6 durante la inducci6n anest6sica es un riesgo asumible e inherente a este tipo de intervenciones quir6rgicas. Aunque la cirug6a se hubiera realizado antes, el riesgo de parada cardiaca ser6a el mismo”.*

Por 6ltimo, el Servicio de Inspecci6n M6dica declara que a la fecha del informe, 6 de mayo de 2010, *“la paciente ha mejorado desde el punto de vista cardiol6gico pasando de un grado funcional III-IV a un grado funcional I-II. Se objetiva una mejor6a cl6nica tras la intervenci6n, no un agravamiento ni un da”o”.*

Por todo lo expuesto el Consejo Consultivo formula la siguiente

## CONCLUSI6N

La reclamaci6n de responsabilidad patrimonial interpuesta por la supuesta deficiente asistencia sanitaria dispensada por los servicios sanitarios de la Fundaci6n A debe ser desestimada por no apreciarse la necesaria relaci6n de causalidad.

A la vista de todo lo expuesto, el 6rgano consultante resolver6 seg6n su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince d6as, a este Consejo de conformidad con lo establecido en el articulo 3.7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Org6nico del Consejo Consultivo.

Madrid, 22 de diciembre de 2010