

Dictamen nº: **410/21**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **07.09.21**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 7 de septiembre de 2021, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en relación con la reclamación formulada por Dña. ...., Dña. .... y D. ...., (en adelante “*los reclamantes*”) por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su esposo y padre D. .... que atribuyen al tratamiento incorrecto de una patología cardíaca en el Hospital Universitario 12 de Octubre (HUDO).

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Los reclamantes, asistidos por un abogado colegiado, presentaron el 30 de marzo de 2020 en el registro electrónico de la Comunidad de Madrid un escrito en el que formulan una reclamación por la atención sanitaria prestada a su familiar por el HUDO.

En el citado escrito, tras relatar los antecedentes clínicos de su familiar, exponen que el 8 de marzo de 2019 acudió a Urgencias del HUDO con dolor abdominal de dos/tres meses de evolución irradiado en cinturón a los flancos, náuseas sin vómitos, opresión torácica no

irradiada tras ejercicio leve con disnea, sudoración y náusea, “DPN” y aumento de la ortopnea.

Tras exploración, analítica, radiografía de tórax y electrocardiograma, Cardiología diagnosticó descompensación de insuficiencia cardiaca por valvulopatía severa por lo que se procedió a su ingreso y a su tratamiento con furosemida intravenosa y a suspender eplerenona.

Al no experimentar mejoría, el 27 de marzo se le incluyó en lista de espera para trasplante cardiaco y ese mismo día se decidió implante de balón intraaórtico siendo informado de los riesgos en la puerta del quirófano. Consideran que hubo tiempo suficiente para que se informara al paciente de los riesgos dado que ingresó el 8 de marzo.

Añaden que el personal sanitario no sabía cómo llevar a cabo la intervención y, además, proporcionaron una jeringuilla de cloruro potásico que al no estar diluida ocasionó al paciente grandes quemaduras en su lengua.

Consideran que hubo un gran descontrol en la atención al paciente en cuestiones como una almohada, cambios de postura y administración de líquido.

El 29 de marzo se le indicó que se le retiraría el catéter del cuello pero, posteriormente, el 31 de marzo se le indicó que no se le retiraría sino que se le cambiaría al lado izquierdo. Al realizar la intervención se apreció que los cables del “*DAI*” interferían por lo que decidieron no hacer el cambio lo cual, según la reclamación, evidencia el incorrecto manejo del paciente.

Pese a las advertencias de la familia en cuanto a que la máquina del balón advertía de un fallo no fue sino cuando “*por la noche saltó la*

*alarma cuando por fin atendieron a la máquina y se dieron cuenta que algo estaba fallando”.*

El 1 de abril tuvo que cambiarse la bomba de pierna porque perdía riego con riesgo de amputación. Afirman que “*los especialistas*” manifestaron que la calibración inicial no fue la correcta deteriorando la salud del paciente.

Ante los riesgos de isquemia en miembros inferiores se contactó con Cirugía Cardíaca para valorar el implante por vía axilar pero el paciente falleció en la madrugada del 2 de abril.

Reprochan que no consten en la historia clínica los electrocardiogramas realizados después del 27 de marzo ni las monitorizaciones insinuando que ello beneficia a la Administración Sanitaria.

Como actos médicos reprochables enumeran:

-Colocación incorrecta del balón intraaórtico, desconociéndose su tamaño y con mala técnica (punción ciega).

-Ausencia de consentimiento informado sin conceder al paciente un tiempo para reflexionar sobre la intervención.

-Incorrecto manejo del paciente.

-Inexactitud del historial clínico con ausencia de electrocardiogramas y de la monitorización tras la implantación del balón.

Consideran que procede la indemnización del daño con arreglo a los siguientes parámetros:

-Cónyuge viudo: Perjuicio básico 124.180,50 euros; Perjuicio Patrimonial: Daño emergente 400 euros, lucro cesante 34.833 euros. Total: 159.413,50 euros.

Cada uno de los dos hijos mayores de 30 años: Perjuicio básico 20.696,73 euros; Perjuicio Patrimonial: Daño emergente 400 euros. Total: 21.096,73 euros

Total indemnización reclamada: 201.606,96 euros.

Entienden que concurre la responsabilidad patrimonial de la Administración tanto por la aplicación de la normativa reguladora de esta institución como por la normativa de consumidores y usuarios que establece el criterio de la responsabilidad objetiva en la materia.

Solicitan copia del seguro de responsabilidad civil de la Administración.

Acompaña, fotocopias del libro de familia, certificación de defunción del Registro Civil y diversa documentación médica.

**SEGUNDO.-** En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo al que se han incorporado la historia clínica del HUDO ha puesto de manifiesto los siguientes hechos.

El familiar de los reclamantes, nacido en 1951, presentaba antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia mixta, sobrepeso, insuficiencia renal leve, ictus vertebro basilar en 2019 intervenido mediante trombectomía mecánica, miocardiopatía dilatada valvular con disfunción ventricular severa, valvulopatía reumática con implante de prótesis aórtica metálica en junio de 1991) con recambio valvular por IAo periprotésica en 1996, estenosis e insuficiencia de la prótesis aórtica moderada en 2009, presencia de placas ateromatosas 3 mm en

aorta no complicadas, ventrículo izquierdo dilatado con hipoquinesia global, taquicardia por reentrada intranodal común con ablación exitosa en 1999, episodios de taquicardia ventricular no sostenida, taquicardia ventricular monomorfa sostenida sincopal por lo que se implanta desfibrilador automático monocameral en 2003, fibrilación auricular paroxística con tendencia a RV rápida; ingreso por descargas inapropiadas del desfibrilador por fibrilación auricular rápida en 2006; ingreso en junio de 2008 por fibrilación auricular con RVR y aberrancia de conducción ventricular (bloqueo de rama izquierda), recambio de desfibrilador en 2011, aparición de insuficiencia mitral severa orgánica en 2015 con reemplazo valvular mitral por prótesis mecánica en septiembre de ese año, infección tuberculosa latente en tratamiento con isoniacida durante 6 meses, en 2017. Bocio multinodular tóxico tratado con tiroidectomía total, en tratamiento con levotiroxina.

Acude a Urgencias del HUDO el 8 de marzo de 2019 por disnea progresiva, ortopnea, malestar abdominal difuso sobre todo en relación con la ingesta y distensión abdominal de una semana de evolución, así como ligero deterioro de la función renal. Se inicia furosemida intravenosa y se suspende eplerenona.

Ingresa en el Servicio de Cardiología de dicho centro por deterioro funcional con descompensación mixta (congestión y bajo gasto), al inicio refractaria a diuréticos, que se intenta optimizar con inotrópicos que no son bien tolerados por desarrollo de taquicardia ventricular no sostenida (TVN) incesantes, por lo que se traslada a Unidad Coronaria el 24 de marzo por cuadro de shock cardiogénico dependiente de aminas.

El 27 de marzo (13: 53 horas) presenta un deterioro progresivo de los índices cardiacos Se intenta subir la dosis de dobutamina que no es tolerada por inicio de taquicardia ventricular. Perfil oximétrico 63-80%, manteniendo lactoacidemias entre 1,1-1,6. Como parámetros más

significativos destaca hipertensión pulmonar con PSAP de 60, PAPm de 43mmHg y PCP de 28 mmHg (GTP de 15). Se comenta en sesión, siendo candidato a balón de contrapulsación intraaórtico (BCIAo) y candidato a trasplante.

A las 14:50 horas se decide inclusión en lista de espera de trasplante cardiaco.

A las 16:53 horas el cardiólogo de guardia anota que dado el empeoramiento clínico y deterioro hemodinámico con índice cardiaco hasta 1.4, se intenta aumento de DB no tolerada por aparición de TV. Por ello, se decide implante de balón. Se explica el procedimiento y los riesgos al paciente quien consiente.

Se realiza bajo condiciones de asepsia y ecoguiado y transcurre sin complicaciones inmediatas.

El 28 de marzo tras el implante presenta mejoría hemodinámica con aumento de índices cardiacos hasta 2.4. Persistencia de HTP con PAPm 40mmHg, sin conseguir adecuada curva de PCP. Asimismo, aumento de la diuresis horaria en torno a 100-150ml/h (forzada con furosemida iv).

Se realiza gasometría de control con láctico normal y alcalosis metabólica e hipopotasemia leve. Se administra bolo puntual de cloruro cálcico.

Respiratoriamente está eupneico con saturación de oxígeno con gafas nasales en torno a 91-92%. Se decide realizar nueva radiografía de control para control de posición del balón al ser las dos primeras no valorables.

A las 12: 19 horas la monitorización muestra ICC 2.4-2.6 (GC 5.7); PA contrapulsado 85-90/58 (65) mmHg, PVC 15-16; PAP 45/30 (35), PCP 23. RVS 870. AP 12, RVP 2.1. SaO<sub>2</sub> 97%, SvmO<sub>2</sub> 63, láctico 1,1.

Está consciente y orientado, buen control del dolor.

Se recoge que se realizó perfusión de dobutamina a 3.5 mcg/kg/min, ayer por la tarde tras implante de balón mejoría de parámetros hemodinámicos, con índices cardiacos entre 2.0-3.0, PAM 60-65% y mejoría de perfil oximétrico con SvO<sub>2</sub> 63%, con Hb 11.9, no impresiona bradipsiquia, no refiere disnea, tolera el decúbito, no nuevos episodios anginosos, buen relleno capilar, pulsos pedios y radiales tenues, bilaterales y simétricos, manteniendo diuresis forzada con furosemida, descenso de láctico hasta 1,1. Punción femoral izquierda, no hematoma, no sangrado y YID de buen aspecto.

Se recoge como datos del balón. 1:1, activación ECG, R-R 43/79

El electrocardiograma muestra ritmo de base en FA, marcapasos resincro a 108 lpm, con extrasístoles ventriculares frecuentes.

El 29 de marzo está estable hemodinámicamente bajo soporte con dobutamina a dosis 3.4 mcg/kg/min y balón con cadencia 1:1 con buena curva de contrapulsación por FO, con PAM 70, PAumen 90-100, caliente, bien perfundido, con parámetros de perfusión tisular en rango lact 1.2. Parámetros hemodinámicos: Índices cardiacos 2.6, PCP18-20, PVC 12, PAPm 29, GTP 10-11, RVS 1100, RVP 2.38. No nuevos episodios de TV en telemetría. Mejoría de la congestión, aunque persiste aumento de presiones de llenado e http postcapilar. Miembro inferior discretamente más frio que contralateral preservando pulso y neurovascular distal conservado, sin alteraciones de la sensibilidad ni motricidad, sin isquemia aguda.

El 30 de marzo, a las 13: 50 horas, se encuentra bajo soporte con balón 1:1 con adecuada contrapulsación y DBT a cuádruple a 6 ml/h (4.2 ug/kg/min calculado para peso de 95 kg) con lo que mantiene TAM > 70 mmHg (TA 123/81 mmHg). Escasas rachas de TVMNS en la telemetría. Estimulación ventricular por MP a 105 lpm.

Se encuentra bien perfundido, sin datos de bajo GC a la EF. Láctico de 1.5, SvO2 59. PVC 9, PCP 24. Swan-Ganz pendiente de retirar por disfunción (no da IC). Balón adecuadamente posicionado en la radiografía de tórax.

Pulsos conservados en las 4 extremidades. Frialdad distal a nivel del MII, sin dolor. Movilidad y sensibilidad conservada.

Por el momento se deja balón y DBT igual. Vigilancia hemodinámica y ritmo de diuresis.

A las 23:08 horas se anota que ha permanecido hemodinámicamente estable, con TAM en torno a 80-85 mm Hg y mejor ritmo de diuresis (alrededor de 100 cc/hora). Por clínica de angina intestinal ha tenido que subirse la DBT un punto (a 7 mL/h, equivalentes a unos 4.82 mcg/kg/min). Analíticamente, Cr similar a la de por la mañana (2.2), con ionograma en rango, y aumento de RFA (PCR 6.9-->9.4, leucocitos 9200-->11600), con temperatura en torno a 37.6°C.

El 1 de abril, Cirugía Vascul ar anota que han sido avisados para valorar frialdad en miembro inferior en paciente portador de balón en espera de trasplante cardiaco a través de femoral izquierda. Refieren mayor frialdad en relación a fin de semana. El paciente refiere acorchamiento ocasional del primer dedo del pie sin alteraciones en la movilidad. No refiere dolor.

En miembro inferior derecho: femoral+, poplíteo+, tp+, no se palpa pedio. En el izquierdo: poplíteo +, no palpamos distales, no se capta flujo distal con doppler lineal. Pie más frío que contralateral. RVC enlentecido.

Se propone valorar retirada de balón de contrapulsación (beneficio / riesgo) como medida para mejora de clínica en miembro inferior.

A las 14:57 horas, Cardiología anota HD: soportado con BCIAo a 1:1 (se comprueba adecuada contrapulsación) y DBT a dosis cuádruple que va a 5 mL/h, equivalentes a unos 5 mcg/kg/min para un peso calculado de 95 kg (ayer se tuvo que disminuir el ritmo de infusión por nuevo episodio de TV), con lo que mantiene TAS >100 mm Hg. Ayer se aumentó umbral de estimulación a 110 lpm. Presenta empeoramiento de láctico a lo largo de la mañana (2.4), con dificultad para la palpación de pulsos distales en miembro inferior (balón), estando claramente más frío que el contralateral. Valorado por Cirugía Vasculuar, impresiona de isquemia probablemente moderada, por lo que recomiendan valorar su retirada. Los familiares son informados del probable mal pronóstico.

A las 19:12 horas es revisado por Cirugía Vasculuar tras cambio de balón desde femoral izquierda a femoral derecha.

Miembro inferior derecho pulsos pop y TP + con miembro caliente. Miembro inferior izquierdo: pulso pop y ausencia de distales. Pie con adecuada temperatura, discretamente más frío que contralateral. Mantenemos actitud conservadora.

A las 23:32 horas, se anota que, según las recomendaciones de Cirugía Vasculuar, se retira balón del lado izquierdo y de manera sincronizada se implanta un nuevo balón de contrapulsación por femoral derecha, requiriendo sedación con midazolam y etomidato dada la agitación del paciente. Dado que en la primera radiografía de tórax

no se visualiza la punta del balón se traslada al paciente a Radiología y se recoloca hasta situación óptima bajo control con escopia. El paciente comienza con importante carga arrítmica (TVMNS recurrentes) requiriendo bolo de amiodarona administrado muy lentamente (300 mg en 3 horas) y aumento de la estimulación biventricular a 120 lpm.

El paciente comienza con intenso dolor de la pierna izquierda por lo que se decide avisar a Cirugía Vasculuar quienes no consideran que haya isquemia aguda.

Dada la evolución posterior del paciente con probable desarrollo de síndrome de isquemia reperfusión en el miembro inferior derecho, aumento de láctico a 14 e intensísimo dolor en pierna izquierda, se decide de manera conjunta con la familia adecuación de medidas terapéuticas y parar la contrapulsación intraaórtica, suspender la dobutamina, desactivar las terapias antitaquicardia y administrar medicación para control de dolor y agitación.

Fallece a las 00:54 horas del 2 de abril de 2019.

**TERCERO.-** A raíz de la formulación del escrito de reclamación se ha instruido el correspondiente procedimiento de responsabilidad patrimonial y se han solicitado los informes que se consideraron pertinentes, de los que se destacan los siguientes particulares.

El 16 de abril de 2020 la aseguradora del SERMAS acusa recibo de la reclamación.

El 8 de mayo de 2020 se comunica a los reclamantes el inicio del procedimiento, el plazo máximo para resolver y el sentido del silencio.

El 28 de abril de 2020 emite informe el jefe de Servicio de Cardiología del HUDO en el que, tras exponer la asistencia prestada al

paciente, efectúa una serie de consideraciones sobre la asistencia y la reclamación.

En concreto, destaca que se trataba de un paciente con una larga historia de cardiopatía grave con tres cirugías cardíacas y otras múltiples comorbilidades cardiovasculares y extracardiovasculares que ingresó por shock cardiogénico secundario a disfunción sistólica grave del ventrículo izquierdo con escasa respuesta al tratamiento y mala tolerancia a los fármacos inotrópicos.

Tras múltiples deliberaciones se decidió incluir al paciente en lista de espera de trasplante cardíaco pero dadas sus características (edad, antecedentes, tiempo de espera, situación clínica en ese momento y que se trataría de la cuarta cirugía cardíaca) se consideró que el trasplante tendría pocas posibilidades de éxito.

Ante esta situación que hacía inminente un desenlace fatal se decidió realizar el implante de una asistencia circulatoria mecánica (balón de contrapulsación) de forma urgente ya que de lo contrario el paciente habría fallecido en horas. Ese dispositivo era la única opción ante la presencia de dos prótesis mecánicas valvulares y tres cirugías cardíacas previas.

En este tipo de situaciones la información al paciente es verbal y así se hizo constar en la historia clínica.

Respecto a la indicación, selección del dispositivo y técnica de implante se siguió el protocolo habitual que se adjunta al informe y que ha sido reconocido por la Sociedad Española de Cardiología como “*SEC-Excelente*” con controles periódicos de calidad.

Según la evidencia científica la mortalidad en pacientes con shock cardiológico alcanza el 50-70%, porcentaje que se eleva en aquellos con

características semejantes a las del paciente (edad, cirugías cardíacas previas, hipertensión, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia renal).

La complicación sufrida por el paciente (isquemia arterial aguda) ocurre hasta en un 20% de pacientes con la terapia de contrapulsación. La citada complicación fue, además, diagnosticada de forma diligente y adecuadamente tratada con participación de especialistas de varios servicios.

Se barajaron diversas opciones para recuperar la terapia una vez decidida la retirada del balón de la pierna que sufría isquemia por lo que se decidió el cambio a la otra pierna como la mejor opción posible respecto a la alternativa de la vía axilar.

La retirada del dispositivo y el implante del nuevo se realizaron de forma simultánea por lo que no existió decalaje significativo.

Pese al tratamiento farmacológico optimizado al máximo y el soporte del balón, el deterioro del paciente continuó con inicio de múltiples arritmias ventriculares y dolor en la pierna izquierda (de la que ya se había retirado el balón) por lo que se solicitó valoración urgente por parte de Cirugía Vascular que descartó isquemia en la pierna y atribuyó la sintomatología a la reperfusión de la misma.

El paciente evolucionó hacia un shock cardiogénico refractario sin respuesta a las terapias disponibles comenzando con arritmias ventriculares frecuentes que no respondieron a la medicación con deterioro clínico y hemodinámico. Ante una situación irreversible se acordó con la familia un tratamiento de confort, falleciendo a las pocas horas.

Como resumen y para aclarar algunos puntos se indica que:

-La situación del paciente era de extrema complejidad ya que se habían agotado todos los recursos disponibles por lo que se puede calificarse de grado terminal.

-La inserción de balón no era previsible en el momento del ingreso.

-La decisión del implante de urgencia en una situación de empeoramiento extremo determinó la forma de obtener el consentimiento.

-El implante fue realizado de manera adecuada.

-La necesidad de retirar el implante es una complicación frecuente y no implica que no fuera necesario.

-La reclamación hace referencia a hechos y conversaciones difíciles de valorar, pero alude a una posible interferencia entre los cables del DAI y el balón, hecho del todo punto imposible.

Aporta documentación médica, acreditación de la Sociedad Española de Cardiología, protocolos de *“Vía clínica del balón del contrapulsación intra-aórtico en la Unidad Coronaria”* del HUDO y *“Procedimiento Balón de Contrapulsación Intra-Aórtico”* de la Sociedad Española de Cardiología y un artículo científico.

El 18 de febrero de 2021 emite informe la Inspección Sanitaria en el que, tras exponer la asistencia sanitaria prestada, destaca que la implantación del balón se realizó con arreglo al protocolo del HUDO avalado por la Sociedad Española de Cardiología y conforme a la literatura médica.

En concreto se utilizó un balón de 40 cc ajustado a la talla y peso del paciente y la intervención se realizó sin incidencias.

La información al paciente se ajustó al “estado de necesidad terapéutica” siendo adecuado ya que se trataba de una situación urgente y la implantación del balón no era previsible al ingreso.

Considera que el balón se implantó de forma correcta pese a que aparecieran complicaciones típicas que fueron tratadas de forma adecuada.

En cuanto a la administración indebida de una ampolla de cloruro potásico que provocó quemaduras no constan incidentes ulteriores.

En cuanto a las quejas de la reclamación sobre falta de documentación en la historia clínica destaca que en la Unidad Coronaria existe monitorización digital en tiempo real de las constantes, electrocardiograma incluido, y la información relevante se anota en la historia. Así mismo constan en los registros y hojas del tratamiento de enfermería (16-17 de marzo y de 24 de marzo a 1 de abril) la realización diaria de electrocardiogramas y el seguimiento y cuidados específicos de la monitorización y del balón según parámetros, además del incidente citado. También figuran en el expediente los electrocardiogramas efectuados los días 8 (2), 16 (2), 17, 21, 23, 24 (2), 25, 29 y 30 de marzo y 1 de abril. Por ello rechaza lo afirmado en la reclamación.

Considera que el desenlace solo es atribuible a las complicaciones y evolución de la fase terminal de una cardiopatía crónica y que la asistencia sanitaria se ajustó en todo momento a la *lex artis*.

El 17 de junio de 2021 se concede trámite de audiencia a los reclamantes.

Los reclamantes presentan escrito de alegaciones el 6 de julio de 2021.

En el mismo rechazan las afirmaciones de la Inspección y en concreto que hubiera urgencia en la implantación del balón ya que esta decisión se tomó tres horas antes de su realización. Rechaza también que se cumplieran los protocolos y reitera jurisprudencia ya expuesta en su escrito inicial.

Finalmente, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública formuló propuesta de resolución, de 21 de julio de 2021, en la que propone al órgano competente para resolver desestimar la reclamación al haberse ajustado la asistencia sanitaria a la *lex artis*.

**CUARTO.-** El consejero de Sanidad formula preceptiva consulta por trámite ordinario que ha tenido entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el 29 de julio de 2021, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, al letrado vocal D. Carlos Yáñez Díaz, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberada y aprobada, por unanimidad, en el Pleno de la Comisión en su sesión de 7 de septiembre de 2021.

El escrito solicitando el informe preceptivo fue acompañado de la documentación que se consideró suficiente.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

### **CONSIDERACIONES DE DERECHO**

**PRIMERA.-** La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del

artículo 18.3 del Reglamento de Organización y funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

El presente dictamen se emite en plazo.

**SEGUNDA.-** Los reclamantes ostentan legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial al amparo del artículo 4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC) en relación con el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP) en cuanto familiares de la persona que recibió la asistencia sanitaria y cuyo fallecimiento les ha ocasionado un indudable daño moral. Acreditan esa condición mediante fotocopias del Libro de Familia.

No obstante, en relación con la reclamación por falta de consentimiento informado firmado por el paciente, los reclamantes carecen de legitimación activa de acuerdo con el criterio que viene manteniendo esta Comisión en dictámenes como el 162/21, de 13 de abril, en el que se indicaba que, como ya se ha indicado, entre otros, en los dictámenes 46/16, de 28 de abril, 166/16, de 9 de junio y 141/18, de 22 de marzo, la Comisión siguiendo la doctrina sentada por el Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid (dictámenes 61/13, de 27 de febrero, 96/14, de 5 de marzo, 178/14 y 38/15, por ejemplo) que el perjuicio derivado de una posible irregularidad en este ámbito constituye un daño moral. Así hemos recordado que el Tribunal Constitucional lo califica de esta manera cuando señala que en estos casos se inflige “(...) un daño *moral que nace per se por el mero hecho de obviar al paciente una información que le es debida, incluso si se prueba que la intervención fue correcta y necesaria para mejorar la salud del enfermo*” (STC 37/2011, de 28 de marzo).

Igualmente en dictámenes como el reciente 332/21, de 6 de julio, hemos recordado que esta Comisión Jurídica Asesora no desconoce la Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de febrero de 2021 (recurso 3935/2019), si bien no considera que sea suficientemente concluyente como para propiciar un cambio de criterio, puesto que no contiene pronunciamiento expreso sobre la transmisibilidad del daño moral, -personalísimo,- en que traduce dicha falta de información.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto la asistencia sanitaria se prestó por el HUDO que forma parte de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

Por lo que se refiere al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, a tenor del artículo 67.1 de la LPAC.

En este caso, el día inicial del plazo viene determinado por el fallecimiento de su familiar el 2 de abril de 2019 por lo que la reclamación presentada el 30 de marzo de 2020 fue formulada en el plazo legalmente establecido.

En cuanto al procedimiento, de conformidad con lo establecido en el artículo 81 de la LPAC, se recabó el informe del Servicio de Medicina Cardiología.

Igualmente se ha evacuado el informe de la Inspección Sanitaria.

De conformidad con el artículo 82 de la LPAC se ha concedido el trámite de audiencia a los reclamantes.

**TERCERA.-** El instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración, que tiene su fundamento en el artículo 106.2 de la Constitución y su desarrollo en las Leyes 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas

y 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, exige, según una constante y reiterada jurisprudencia, una serie de requisitos, destacando la sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2014 (recurso 4160/2011) que, conforme el citado artículo 139, es necesario que concurra:

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

b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.

c) Ausencia de fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta.

Igualmente exige la jurisprudencia el requisito de la antijuridicidad del daño que consiste, no en que la actuación de la Administración sea contraria a derecho, sino que el particular no tenga una obligación de soportar dicho daño [así sentencias de 1 de julio de 2009 (recurso 1515/2005) y de 31 de marzo de 2014 (recurso 3021/2011)].

**CUARTA.-** La reclamación plantea diversos reproches como son la inadecuada implantación del balón intraaórtico, la inadecuada información suministrada al paciente, fallos en los cuidados al paciente y la falta de determinada información en la historia clínica.

En las reclamaciones sobre responsabilidad patrimonial sanitaria el criterio determinante es el cumplimiento o no de la *lex artis*, en cuanto buena práctica médica. La sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2008 (recurso 2364/2004) define este concepto indicando (FJ 4º), que: “*según jurisprudencia constante de esta Sala, un acto médico respeta la lex artis cuando se ajusta al estado de conocimientos de la comunidad médica en ese momento y, así, realiza lo que generalmente se considera correcto en el tipo de situación de que se trate*”.

La carga de la prueba de la vulneración de esa *lex artis* corresponde en principio a quien reclama el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial conforme lo establecido en el artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil si bien teniendo en cuenta lo dispuesto en ese precepto legal en cuanto a la facilidad probatoria tal y recuerda la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 14 de diciembre de 2017 (recurso 39/2015).

En este caso, los reclamantes no aportan prueba alguna. Se limitan en su escrito a realizar una serie de consideraciones médicas reproduciendo alguna ilustración anatómica sin que se conozca su origen. Tal y como viene señalando la jurisprudencia la prueba adecuada para determinar la existencia o no de infracciones de la *lex artis* es la pericial. Si los reclamantes disponen de tal prueba deberían haberla aportado, pero no puede admitirse que la formulación de juicios médicos en un escrito de reclamación hagan prueba alguna, por cuanto se desconoce la razón de ciencia de tales afirmaciones.

Por el contrario, el informe del Servicio de Cardiología expone adecuadamente las razones que motivaron las distintas actuaciones sanitarias, contando además con el respaldo de una sociedad científica como es la Sociedad Española de Cardiología. A ello se suma el criterio de la Inspección Sanitaria que considera que la decisión de implantar el

balón fue adecuada y su ejecución fue correcta. A ello suma el hecho notorio, tal y como se desprende de la lectura de la historia clínica, del delicadísimo estado de salud del paciente que arrastraba gravísimos problemas cardiacos desde hacía años y que habían requerido al menos dos intervenciones cardiacas. En esta situación, y máxime teniendo en cuenta el estado refractario del paciente a los tratamientos farmacológicos, el recurso al balón era el único posible para intentar salvar su vida.

Es reiterado el criterio de esta Comisión en cuanto a que el informe de la Inspección Sanitaria presenta una especial relevancia dada la independencia y criterio profesional de la Inspección, criterio que es también acogido por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en sentencias como la reciente de 11 de mayo de 2021 (rec. 33/2019).

Así pues, hay que concluir que la colocación de un balón intraaórtico fue adecuada y su ejecución se realizó de forma correcta sin que los reclamantes hayan aportado prueba alguna en contrario.

Lo mismo ha de decirse en cuanto a la afirmación de un incorrecto manejo del paciente. La reclamación hace referencia a falta de cambios de postura sin aportar prueba alguna ni aportar criterio lógico alguno en cuanto a la relación con la evolución del paciente. Se alude igualmente a un error en la administración de una ampolla de cloruro potásico que ciertamente se produjo pero que carece de toda relación con la evolución del paciente.

Se alude en la reclamación inicial a la falta de datos en la historia clínica, llegando a insinuar que ello beneficia a la Administración. Sin embargo el informe de la Inspección muestra que datos que el reclamante afirma que no constan en la historia sí obran en la misma.

**QUINTA.-** Si bien se ha indicado que en principio los reclamantes carecerían de legitimación para reclamar por el daño personalísimo que

supone la falta de consentimiento informado, es necesario hacer algunas consideraciones sobre esta cuestión.

Es un hecho incontrovertido que no hay consentimiento informado escrito y firmado para la implantación del balón intraaortico sino que, según consta en la historia clínica, se explicó verbalmente el procedimiento y sus riesgos al paciente que consintió (folio 138).

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece en su artículo 8 que el consentimiento será verbal por regla general con una serie de supuestos en los que será escrito como son las intervenciones quirúrgicas, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aquellos procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

No obstante, el artículo 9.2 b) de la citada Ley autoriza a los facultativos a llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

Tal y como se ha indicado, la decisión de implantar el balón se adoptó por el cardiólogo de guardia ante el “*empeoramiento clínico y deterioro hemodinámico con IC hasta 1.4. Se intenta aumento de DB mp tolerada por aparición de TV*” (folio 138). En estas circunstancias, la vida del paciente se encontraba en peligro por lo que no se exigiría el consentimiento del paciente para actuar. No obstante, y puesto que el paciente estaba consciente, fue informado tal y como consta en la historia clínica y consta igualmente que prestó el consentimiento.

Es reiterada la jurisprudencia que viene indicando que la forma escrita del consentimiento informado tiene una finalidad *ad probationem*, de tal forma que no se excluye que la Administración pueda probar de otra forma que se informó al paciente, así la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña de 23 de marzo de 2017 (rec. 226/2016).

En este caso confluyen varios criterios a tener en cuenta. El primero es la urgencia de la intervención que obliga al cardiólogo de guardia a disponer lo necesario para la implantación del balón de forma urgente. Este hecho desvirtúa plenamente las alegaciones iniciales de los reclamantes en cuanto a que los facultativos dispusieron de todos los días desde el ingreso del paciente para entregar el consentimiento informado. De otro lado, la historia clínica acredita fehacientemente que el paciente fue informado y que consintió la intervención, prueba a la que ha de sumarse lo expuesto en el informe del Servicio que insiste en que el paciente fue informado y consintió.

A ello se añade que no es el paciente quien niega que fuese informado sino que son los familiares, que no saben qué información se transmitió al paciente y que no prestaron el consentimiento para la intervención, los que ahora reclaman por la falta de consentimiento, cuestión que ha de ponerse en conexión con lo indicado sobre su falta de legitimación activa.

Por todo ello ha de considerarse que la información suministrada al paciente fue correcta por más que, lamentablemente, este no pudiera superar el comprometido estado de salud en el que se encontraba y que acabó ocasionando su fallecimiento.

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

## **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la presente reclamación al no haberse acreditado la existencia de infracción de la *lex artis* en la atención prestada al familiar de los reclamantes.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 7 de septiembre de 2021

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 410/21

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid