

Dictamen n.º: **679/25**
Consulta: **Consejera de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **17.12.25**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 17 de diciembre de 2025, sobre la consulta formulada por la consejera de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por D. ... por los daños y perjuicios sufridos, tras una intervención quirúrgica de sustitución valvular pulmonar percutánea realizada en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HUGM), que, tras diversas complicaciones, concluyó con un trasplante cardiaco que le provocó paraplejia durante la extubación en postoperatorio.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 21 de noviembre de 2023, la persona mencionada en el encabezamiento presenta, a través de su representante, un escrito registrado en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), en el que solicita el inicio de un procedimiento de responsabilidad patrimonial relatando, en primer lugar, que nació con un cardiopatía congénita compleja (dextrocardia, dextroapex, truncus tipo I e interrupción del arco aórtico), siendo intervenido quirúrgicamente en el periodo neonatal en la sanidad

privada, lo cual, según señala, no le impidió llevar una vida normal, pudiendo desarrollar sus actividades diarias y cotidianas.

A continuación, narra algunos datos de la evolución clínica del reclamante, que dan lugar a que tras una sesión multidisciplinar que tuvo lugar en fecha 20 de mayo de 2022, resultara candidato a *“sustitución valvular pulmonar percutánea dados los gradientes elevados y la disfunción ventricular derecha”*.

Según manifiesta, el 17 de agosto de 2022 se programó su ingreso en el HUGM, con la certeza, tanto suya como de sus familiares, de que ingresaba para la sustitución valvular, pues esa era la decisión que se había alcanzado tras la sesión multidisciplinar. Sin embargo, según se narra en la reclamación, a criterio del Dr. (...), se decidió previamente realizar un cateterismo exploratorio con el fin de afrontar mejor y con más datos y medidas la sustitución valvular, de forma que este procedimiento inicial de sustitución valvular tuvo que ser retrasado hasta el 19 de octubre de 2022.

Se añade que, durante la intervención, surgieron una serie de complicaciones, que dieron lugar a un desprendimiento de la válvula y una rotura de la válvula tricúspide, sin que se consiguiera retirarla, lo que obligó a llamar a Cirugía Vasculor para su extracción y reparación y exigió una nueva intervención que tuvo lugar el 8 de noviembre de 2022, consistente en realizar una cirugía de recambio de aorta ascendente, arco con reimplante de tronco supra-aórtico y recambio de conducto pulmonar y plastia tricúspide.

Sin embargo, según manifiesta en la reclamación, tras realizar dicha intervención, volvió a surgir una nueva complicación que requirió de una nueva intervención, de forma que el 9 de noviembre de 2022 se objetivó un sangrado de difuso control que provoca un shock cardiogénico requiriendo de varios puntos en la aorta, dejándose packing de dos compresas e implante de ECMO-VA central.

Según se relata, el 15 de noviembre de 2022 se intentó retirar (de manera fallida) el implante de ECMO-VA central, de forma que al resultar fallido el procedimiento, se decidió programar e incluir al reclamante en alerta de trasplante cardíaco. Este trasplante se le realizó el 17 de noviembre de 2022.

Añade la reclamación que, con fecha 22 de noviembre de 2022, antes de tener que volver a reintervenir quirúrgicamente al reclamante por un hematoma que comprimía la vena cava superior con edema en esclavina secundario, se decidió realizarle una resonancia magnética de columna, dado que manifestó no sentir las piernas, concluyéndose tras dicha resonancia que durante la extubación en postoperatorio de trasplante cardíaco se había producido una alteración de señal y estructura de la médula con probable contenido hemático subaracnoideo, sin hematoma organizado que determinaba compresión medular, para finalmente, el 29 de diciembre de 2022, tras la realización de una nueva resonancia magnética, concluir que se había producido un infarto medular desde D7 hasta cono medular, provocándole al reclamante una paraplejía como secuela.

Así mismo, se añade que, durante su estancia en el HUGM, debido a la falta de actuación por parte de los profesionales médicos del Hospital, se creó al reclamante una úlcera por presión sacra de grado 3, de forma que en fecha 1 de marzo de 2023, tuvo que ingresar de nuevo en el HUGM, redirigido desde el Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo (centro en el que acababa de ingresar para su rehabilitación), y que, tras la valoración del paciente, se le diagnosticó una úlcera por presión sacra en grado 4, que precisó desbridamiento y cobertura con injerto. La intervención de cirugía plástica para reparar la úlcera por presión sacra que se le había creado desde el Hospital, fue programada para el 7 de marzo de 2023 y le dejó una gran cicatriz en el cuerpo.

A resultas de todo ello reclama una indemnización adecuada, que no cuantifica, y que incluya además todos los gastos en los que la familia del reclamante se ha visto inmersa al tener que adaptar su vivienda, así como los gastos relativos al ingreso en el Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo y resto de gastos asociados.

Se acompaña a la reclamación el DNI del reclamante, un escrito manuscrito en el que otorga la representación para formular la reclamación, así como informes clínicos y documentos de consentimiento informados firmados por el reclamante o sus representantes legales.

SEGUNDO.- Del examen de la historia clínica obrante en el expediente se extraen los siguientes hechos que se consideran de interés para la emisión del dictamen.

Se trata de un paciente, nacido en 2004 con una cardiopatía congénita compleja (dextrocardia, dextroapex, truncus tipo I e interrupción del arco aórtico), que fue intervenido quirúrgicamente en el periodo neonatal en un hospital privado, y que desde entonces llevó una vida normal, pudiendo desarrollar sus actividades diarias y cotidianas, más allá de las periódicas revisiones.

Con fecha 28 de enero de 2019 el reclamante acudió a revisión en el Servicio de Cardiología de un hospital privado emitiéndose el siguiente juicio diagnóstico: *“status post corrección de cardiopatía congénita compleja con buen resultado. Debe realizar vida normal, incluido ejercicio físico con la intensidad que desee. Debe observar las normas de profilaxis de endocarditis bacteriana. No precisa tratamiento”*.

Con fecha 1 de octubre de 2020, el reclamante ingresó en el Servicio de Cardiología del HUGM debido a *“taquicardia de QRS ancho”*, realizándosele el día 2 ecocardiograma transtorácico del que resultó:

“Se confirma ventrículo derecho moderadamente dilatado, hipertrófico, normocontráctil.

Mínima insuficiencia tricúspide que permite calcular gradiente VD-AD de 48 mm Hg.

Válvula del conducto pulmonar con velo derecho fino, impresiona un velo engrosado, además de imagen ecodensa móvil que protruye en diástole hacia tracto de salida de VD.

Gradiente máximo de 51 mm e insuficiencia que impresiona moderada por espectrograma Doppler.

No se visualizan adecuadamente ramas pulmonares.

Arco aórtico mal visualizado, permeable, con angulación marcada, no se observa aceleración patológica del flujo o gradiente anterógrado.

Válvula aórtica con velos finos, normofuncionante. Ausencia de gradiente en TSVP.

Con fecha 6 de octubre de 2020 se realizó al reclamante una resonancia magnética cardiaca sin y con contraste, siendo sus conclusiones: *“Truncus tipo I e interrupción del arco aórtico intervenido. Ventrículo derecho ligeramente dilatado y disfuncionante. Prótesis biológica pulmonar con velocidad pico > 2'5 m/s e insuficiencia que parece ligera-moderada. Dilatación de aorta ascendente (37 x 50 mm). Elongación y disminución de calibre de ramas, con relación de perfusión de pulmón D e I de 62 % 38 %. Realce tardío según se describe”.*

Dos días más tarde, el 8 de octubre de 2020, se le realizó un *“Estudio electrofisiológico diagnóstico y ablación”*, y se concluyó que dadas las características ECG de la taquicardia se consideraba como

más probable un origen ventricular de la misma, con salida cercana al sistema de conducción.

Tras la realización de analítica, radiografía de tórax, ecocardiograma transtorácico, ecocardiograma transtorácico de control, resonancia magnética cardíaca, electrocardiograma (ECG9 a la llegada, ECG tras amiodarona, ECG al alta y electrofisiología se decidió tras sesión médico-quirúrgica, implante de DAI (Desfibrilador Automático Implantable), que se llevó a cabo el 13 de octubre de 2020. Al día siguiente se hizo radiografía de tórax y en el informe se hace constar que *“no se observan alteraciones pleuroparenquimatosas relevantes, DAI proyectado sobre el mediastino superior derecho, sin complicaciones postprocedimiento”*, siendo dado de alta ese mismo día.

En revisiones de 15 de febrero de 2021 y 18 de mayo de 2021 de su dispositivo DAI subcutáneo en Consultas Externas de Cardiología del HUGM no se observaron complicaciones.

Con fecha 25 de noviembre de 2021 se realizó al reclamante ecocardiograma transtorácico y el 13 de diciembre siguiente prueba de esfuerzo o ergometría.

El reclamante acudió a Consultas Externas de Cardiología del HUGM el 11 de enero y el 10 de mayo de 2022 y como resultado de estas revisiones, el 20 de mayo de 2022, se discutió su caso en sesión multidisciplinar de cardiopatías congénitas del adulto, considerándose candidato a sustitución valvular pulmonar percutánea, dados los gradientes elevados, disfunción ventricular derecha, siendo preciso continuar seguimiento de la aorta y ramas pulmonares, que podrían precisar intervención en un futuro.

Posteriormente, el 17 de agosto de 2022 se realizó al reclamante *“cateterismo derecho en cardiopatías congénitas”* del que resulta:

“- Arterias coronarias sin lesiones.

- Gasto cardiaco conservado, presiones de llenado adecuadas.

- Estenosis valvular pulmonar con gradiente de 40 mm Hg”.

Con fecha 19 de octubre de 2022 tuvo lugar la sustitución de válvula pulmonar percutánea de forma que se intentó el procedimiento por acceso venoso femoral derecho en que se predilata con balón la válvula pulmonar y al intentar subir la válvula Myral 29 mm se describió parcialmente, realizándose captura mediante lazo a través de punción venosa femoral izquierda logrando movilizarla hasta vena femoral derecha pero no consiguiéndose su exteriorización, avisándose a Cirugía Vasculár. En el protocolo quirúrgico de la intervención consta que *“se trata de un paciente con introductor fuera de piel y sangrado venoso importante que se controla en traslado a quirófano mediante compresión manual. En transición venosa ilio-femoral derecha se encuentra válvula pulmonar plegada que no sale por el orificio venoso al estar enganchada en strut del dispositivo en la vena. Se realiza pequeña venotomía longitudinal para liberar la válvula y poder finalmente extraerla. Buen reflujo proximal y distal sin apreciar trombos en vena. Cierre del defecto venoso mediante reparación primaria con sutura de polipropileno 4/0 en bolsa de tabaco. Hemostasia local”.*

Tras ecocardiograma transesofágico de 24 de octubre de 2022 y ecocardiograma transtorácico de 26 de octubre 2022, se presentó el caso en sesión médico-quirúrgica el 27 siguiente para valorar opciones de reparación valvular tricúspide y sustitución válvula pulmonar y se decidió realizar abordaje mediante esternotomía para reparación de válvula tricúspide y recambio de conducto pulmonar. De esta forma, el 8 de noviembre de 2022 se llevó a cabo cirugía de recambio de aorta ascendente, arco con reimplante de tronco supra-aórtico, recambio de conducto pulmonar y plastia tricúspide, objetivándose al día siguiente

un sangrado que provocó en el paciente un shock cardiogénico, requiriendo de varios puntos en la aorta, dejándose packing de dos compresas e implante de ECMO-VA central, indicando el propio cirujano a la familia del reclamante que el sangrado extremo pudo deberse a que había dejado la aorta muy larga.

Con fecha 11 de noviembre de 2022 se realizó quirúrgicamente DEPACKING, no observándose sangrado activo ni coágulos importantes

Posteriormente, el 15 de noviembre tuvo lugar un intento fallido de explante de ECMO-VA central, por lo que el día 16 se incluyó al reclamante en alerta de trasplante cardiaco (en ventilación mecánica y bajo terapia de HFVVC) (técnica de hemofiltración veno-venosa continua).

Ese mismo día, el 16 de noviembre de 2022, se realizó al paciente trasplante cardiaco ortotópico en urgencia 0, resultando un postoperatorio tórpido con las siguientes complicaciones:

- Lesiones isquémicas corticales agudas de etiología hipóxica por bajo gasto. Hemorragia subaracnoidea espinal difusa con datos de compresión medular. Paraplejía como secuela.

- Hipertensión pulmonar y dilatación/disfunción de ventrículo derecho postrasplante que precisa inotrópicos, vasopresores y óxido nítrico.

- Fracaso renal agudo que precisa HDFVVC (Hemodiafiltración veno-venosa continua) hasta el día 28 de noviembre.

- Mediastinitis por *S. epidermidis* metil en tratamiento con vancomicina en perfusión continua desde el 15 de noviembre hasta el 13 de diciembre de 2022.

- Neumonía inicialmente en tratamiento empírico con Meropenem hasta aislamiento en BAL de Mycoplasma hominis el 29 de noviembre.

- El 29 de diciembre infección respiratoria por Rhinovirus e infección urinaria por Pseudomona aeruginosa productora de betalactamasa y Serratia.

- Colonización rectal por Pseudomona aeruginosa productora de betalactamasa por lo que se encuentra en aislamiento de contacto.

- El 19 de enero de 2023 infección tracto urinario por pseudomona aeruginosa productora de betalactamasa aislada en urocultivo y cultivo de úlcera por presión, recibe antibioterapia empírica con Ceftazidima/Avibactan (x 7 días).

- El 27 de enero neumonía nosocomial en LSD tratada nuevamente con ceftazidima/avibactan (x 5 días).

- El 1 de febrero diarrea por clostridium difficile iniciándose Fidaxomicina x 5 días con posterior pauta descendente que mantiene hasta el 26 de febrero.

- Bacteriemia asociada a PICC (catéter central colocado por vía periférica) por Clostridium spirogenes por lo que se retira PICC el 14 de febrero, se cambia PIT y Daptomicina por Metronidazol iv que mantiene hasta el 22 de febrero.

- El 16 de febrero nueva infección tracto urinario por pseudomona aeruginosa productora de betalactamasa por lo que se cambia antibioterapia empírica por Ceftazidima + Avibactam hasta el 25 de febrero.

- Reactivación por CMV (máximas copias durante el ingreso 690 copias)

- Derrame pleural izquierdo crónico.

- Úlcera por presión sacra grado 3 valorada en varias ocasiones por Cirugía Plástica recomendando curas locales y cambios posturales.

Con fecha 22 de noviembre de 2022 se le realizó al paciente TC de tórax con contraste, siendo la conclusión de dicho estudio la siguiente:

- Cambios postquirúrgicos de trasplante cardiaco.

- Hemopericardio significativo

- Colapso casi total de la confluencia de las v. innominadas y de la VCS (vena cava superior) en probable relación con compresión por el derrame pericárdico, sin poder descartar trombosis por completo.

- Hematoma periesternal que presenta un pequeño foco de sangrado activo pre-esternal.

- Derrame pleural bilateral con hemotórax asociado del lado izquierdo.

Con fecha 22 de noviembre de 2022 se realizaron al reclamante resonancias magnéticas de cráneo sin/con contraste, de columna lumbar sin contraste, de columna dorsal sin contraste y de columna cervical sin contraste, siendo las conclusiones de éstas:

“Lesiones isquémicas corticales agudas, en territorios limítrofes con mayor afectación perirrolandica izquierda y temporooccipital basal derecha en relación con hipoxia por bajo gasto.

Alteración de señal y estructura de la médula (presumiblemente por isquemia) y probable contenido hemático subaracnoideo, sin hematoma organizado que determinan compresión medular”.

En esa misma fecha el reclamante fue sometido a un procedimiento de “*evacuación de hematoma pericárdico*”, siendo el diagnóstico postoperatorio principal: “*Taponamiento cardiaco y el procedimiento realizado principal: limpieza de cavidad pericárdica*”.

Durante los meses de noviembre y diciembre de 2022 se realizaron al reclamante numerosas pruebas como consecuencia de las complicaciones del postoperatorio del trasplante cardiaco a que ya hemos hecho referencia.

Con fecha 21 de diciembre de 2022 se realizó al paciente revisión por parte del Servicio de Rehabilitación con el siguiente juicio clínico:

“ENMEC (Enfermedad neuromuscular del enfermo crítico), con afectación de MMSS.

Paraplejia secundaria a lesión medular: RMN con HSA (Hemorragia subaracnoidea) espinal difusa, al menos desde T8 hasta cono medular, con datos de compresión medular.

El paciente se beneficiaría de traslado a Hospital Nacional de Paraplégicos”.

Con fecha 29 de diciembre de 2022 se le realizó al reclamante radiografía de tórax portátil y nuevamente resonancias magnéticas de cráneo sin/con contraste, de columna lumbar sin contraste, de columna dorsal sin contraste y de columna cervical sin contraste, siendo las conclusiones de dicho estudio las siguientes:

“Lesiones isquémicas establecidas en territorios limítrofes superficiales de ambos hemisferios cerebrales, que sugieren un mecanismo hemodinámico, sin que se identifiquen lesiones isquémicas de nueva aparición.

Focos microhemorrágicos múltiples en estructuras encefálicas, con afectación tanto supra como infratentorial y de localización periférica y profunda.

Infarto medular establecido desde D7 hasta el cono medular con fenómenos hemorrágicos en su interior.

Datos compatibles con una extensa rabdomiolisis con atrofia y bandas fluidas que afectan a la musculatura paraespinal lumbar y a la musculatura pélvica”.

Durante los meses de enero y febrero de 2023 el reclamante fue sometido a diferentes pruebas de control y revisión.

El 27 de febrero de 2023 se efectuó solicitud de traslado no urgente en ambulancia al Centro Nacional de Paraplégicos de Toledo, si bien el reclamante paciente volvió a ingresar en el HUGM en marzo de 2023 por la mala evolución de las úlceras por presión sacras, de manera que el 3 de marzo de 2023 se le realizó TC toraco-abdomino-pélvico con contraste, resultando del mismo “*úlceras sacras derechas: se objetivan calcificaciones adyacentes al margen anterior de las últimas vertebrae sacras que no se visualizaban en el estudio TC previo, inespecíficas, aconsejando correlacionar con los tratamientos practicados*”.

Posteriormente, el 7 de marzo, fue intervenido por Cirugía Plástica de “*úlceras por presión sacra de grado IV realizándose un colgajo de avance glúteo V-Y bajo anestesia general, previo desbridamiento de tejido desvitalizado y Friedrich de bordes. La parte central de la cicatriz impresiona de macerada*”, siendo valorado el 17 de marzo nuevamente por Cirugía Plástica que recomendó mantener curas con Betatul y cambios posturales.

Desde ese momento y hasta el 11 de abril de 2023 continuaron las revisiones del trasplante realizado el 16 de noviembre de 2022 siendo de

nuevo trasladado al Centro Nacional de Paraplégicos de Toledo, si bien el 22 de mayo de 2023 es de nuevo trasladado al HUGM por déficit motor.

Continúan las revisiones del trasplante y realización de pruebas diagnósticas durante los meses siguientes, acudiendo a consulta del Servicio de Cardiología del HUGM el día 16 de noviembre de 2023 resultando:

“El paciente presenta una situación clínica similar. Continúa caminando con ayuda de andador, sube escaleras y realiza ejercicio físico con silla de ruedas. Sin disnea de reposo, ortopnea ni DPN. Sin episodios de dolor torácico, palpitaciones, mareo ni síncope. Control de TA con valores en torno a 110/70 mm Hg. Se realiza sondaje vesical sin clínica miccional urinaria. Sin cuadros infecciosos intercurrentes. No vacunado de Shingrix ni 3ª dosis de COVID 19. No utiliza protector solar. Buena adherencia terapéutica.

Se realizan los siguientes Comentarios de Evolución: Revisión 1er año postransplante cardiaco (sacados ac citotóxicos):

- Injerto con hipertrofia moderada y función biventricular normal, cateterismo derecho con presiones no elevadas + gasto cardiaco normal, sin EVI y con biopsia sin rechazo.*
- Niveles de Tacrolimus por encima de rango (objetivo 5-7 por ITde repetición y reactivación de CMV). Se reduce dosis. Se cambia MMF por Everolimus por leucopenia y reactivación persistente de CMV.*
- Enfermedad renal crónica G2-A1 (cistatina).*
- Recurrencia de leucopenia leve.*

- *Reactivación asintomática persistente de CMV tras suspensión de Valganciclovir por leucopenia. Persiste mínima reactivación de CMV, asintomático, de momento sin indicación de reiniciar Valganciclovir.*
- *Se administró Flebogamma 20 gr iv por indicación de Inmunología en junio 2023.*
- *ITU de repetición, persiste con bacteriuria asintomática.*
- *Buen control de FRCV”.*

Constan así mismo en la historia clínica los documentos de consentimiento informado firmados por el paciente o su representantes legales a lo largo de todo su proceso evolutivo y en particular, y en lo que interesa a este dictamen, los que se corresponden con las siguientes intervenciones quirúrgicas, (i) cateterismo cardiaco diagnóstico en cardiopatías congénitas del adulto, de 17 de agosto de 2022; (ii) sustitución valvular pulmonar con catéter, de 19 de octubre lde 2022; (iii) sustitución tricúspide y pulmonar, de 27 de octubre de 2022; (iv) recambio de conducto valvulado, plastia tricúspide (o prótesis) +/- recambio aorta, de 7 de noviembre de 2022 y; (v) trasplante cardiaco ortopédico, de 16 de noviembre de 2022.

TERCERO.- Presentada la reclamación anterior, por el Servicio Madrileño de Salud se inicia el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo de lo establecido en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC), dándole traslado al reclamante de su admisión a trámite y solicitándole que aportara la historia clínica completa correspondiente al Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo al tratarse de un centro sanitario de otra comunidad autónoma.

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del reclamante del HUGM (folios 429 a 1.276 del expediente).

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 81 de la LPAC, se ha emitido el informe del Servicio de Cirugía Cardiovascular del HUGM, de 24 de noviembre de 2023, en el que, tras relatar cronológicamente la atención sanitaria dispensada al paciente desde el 19 de octubre de 2022, fecha en la que se realizó la intervención de implante de válvula pulmonar, hasta el 11 de abril de 2023, que es cuando se le da el alta definitiva del HUGM y continúa el programa de Rehabilitación en el Hospital de Paraplégicos de Toledo, con seguimiento en Hospital de Día por parte del equipo de Trasplante Cardíaco, realiza una serie de consideraciones médicas sobre la asistencia dada al reclamante que acompaña de la bibliografía correspondiente, para concluir que; (i) la intervención del día 9 de noviembre de 2022 era un procedimiento de riesgo elevado, pero era la única posible; (ii) en todo momento se informó a la familia y al reclamante de los riesgos que implicaba la intervención; (iii) en ningún momento se demoraron procedimientos para salvar la vida del paciente y se reaccionó ante las complicaciones de forma adecuada en tiempo, forma y manera; (iv) se informó diariamente de la evolución del paciente durante la estancia en UVI; (v) la inclusión en lista de trasplante cardíaco, fue consensuada por un equipo amplio de profesionales expertos en la materia y se ajustó debidamente a las normas de la organización nacional de trasplantes, informándose en todo momento a los padres del paciente, que estuvieron de acuerdo con la inclusión en lista; (vi) las úlceras sacras por presión, en ningún caso están provocadas por el personal sanitario como refiere la demanda y; (vii) aunque el reclamante llevaba una vida normal y activa, no es menos cierto que había sido sometido a múltiples procedimientos quirúrgicos con anterioridad y presentaba un innegable riesgo de muerte súbita, motivo por el cual se le implantó un desfibrilador subcutáneo y se

intentó ablacionar una cicatriz antigua en la pared del ventrículo derecho.

Consta también un informe fechado el 26 de diciembre de 2023, dirigido por el jefe del Servicio de Cardiología del HUGM al jefe del Servicio de Atención al Paciente del referido Hospital en el que se señala que *“En lo referente a la forma de la toma de decisiones terapéuticas que se fueron encadenando, siempre las decisiones recomendadas en las Sesiones Médico-Quirúrgica son consensuadas con el paciente, se procede a la entrega de las correspondientes Hojas de Información al paciente (en las que se informa de los potenciales riesgos de las intervenciones) y se procede a la firma de los correspondientes consentimientos informados. Esto es práctica establecida en el funcionamiento del Servicio de Cardiología y me consta que así se hizo en el caso que nos ocupa para todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos a los que fue sometido (...), específicamente para los procedimientos de cardiología intervencionista, cirugía y pruebas diagnósticas invasivas.*

En lo referente a las tres complicaciones graves que sufrió el paciente y que ocasionaron la morbilidad consecuente (el desprendimiento de la prótesis del catéter de implantación, la disfunción ventricular tras cirugía extracorpórea y la isquemia medular tras cirugía), si bien infrecuentes, son conocidos como potencialmente secundarios a los procedimientos sometidos”.

Con fecha 21 de diciembre de 2023 la entidad aseguradora del SERMAS acusa recibo de la reclamación presentada.

El 12 de septiembre de 2024 el reclamante se dirige al SERMAS solicitando resolución expresa de la reclamación presentada.

En contestación a esta escrito se comunica al reclamante el 16 de septiembre de 2024 que el expediente está pendiente de ser informado por la Inspección Sanitaria y que una vez que se reciba este informe se le

dará trámite de audiencia, facilitándole copia de toda la documentación existente en el expediente, con objeto de que pueda formular las alegaciones que tenga por conveniente.

El reclamante vuelve a solicitar resolución expresa del procedimiento con fecha 30 de enero de 2025, constando en el expediente acuse de notificación de certificado de acto presunto de 6 de febrero de 2025.

Con fecha 21 de mayo de 2025 la Inspección Sanitaria emite informe en el que después de hacer una detallada relación de los hechos y descripción de los riesgos que constan en algunos de los documentos de consentimientos informados que fueron firmados por el reclamante o sus representantes legales en diferentes pruebas e intervenciones que le fueron realizadas, realiza una serie de consideraciones médicas en relación con; (i) el reemplazo valvular pulmonar transcater; (ii) el shock cardiogénico; (iii) el sistema de oxigenación por membrana extracorpórea o ECMO; (iv) la paraplejía tras la cirugía aórtica y en particular la isquemia medular perioperatoria y; (v) la úlcera por presión. En este informe se hace también referencia a los informes ya mencionados en este dictamen del Servicio de Cirugía Cardiovascular del HUGM, de 24 de noviembre de 2023 y del jefe del Servicio de Cardiología del HUGM de 26 de diciembre de 2023, para concluir que “*no existe evidencia de que la asistencia prestada haya sido incorrecta o inadecuada a la lex artis*”, no obstante lo cual, y dada la mala evolución del paciente realiza una serie de observaciones a las que nos referiremos posteriormente en este dictamen.

Con fecha 17 de septiembre de 2025 se procede a dar trámite de audiencia al reclamante, el cual, a través de su representante, presenta sus alegaciones el 7 de octubre de 2025 en las que señala que, a su juicio, a la vista del expediente no resulta posible conocer cuándo se produjo la lesión medular del reclamante. Así mismo, pone de manifiesto

el consentimiento informado incompleto de algunas de las pruebas realizadas al reclamante, haciendo también responsables de las úlceras por presión sacras que sufrió durante su estancia en el HUGM a la negligencia y desidia de su personal. Por último, cuantifica la indemnización solicitada en *“800.000 euros atendiendo, especialmente a la edad de mi mandante y a la grave situación en la que se encuentra actualmente”*, y lo hace sin desglose alguno.

Finalmente, se dicta propuesta de resolución por la viceconsejera de Sanidad y directora general del Servicio Madrileño de Salud, en fecha 27 de octubre de 2025, en la que se desestima la reclamación indemnizatoria presentada, por entender que no ha existido mala praxis, ni nexo causal en sentido jurídico entre la actuación facultativa y el daño reclamado.

CUARTO.- El 7 de noviembre de 2025, tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid la solicitud de dictamen en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente al letrado vocal D. Ángel Chamorro Pérez, que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 17 de diciembre de 2025.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de

diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros, y a solicitud de la consejera de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, la cual debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 4 de la LPAC en relación con el artículo 32.1 de la LRJSP, en cuanto recibió la asistencia sanitaria que es objeto de reproche.

Ahora bien, el interesado ha actuado representado por abogada autorizada en documento privado. Como ha señalado esta Comisión en sus dictámenes 399/16, de 8 de septiembre, 430/16, de 29 de septiembre y 500/16, de 3 de noviembre, entre otros, si bien es cierto que, en el ámbito privado, el artículo 1.710 del Código Civil establece que el mandato puede ser expreso o tácito, y que el expreso puede otorgarse en documento público o privado, y aun de palabra, en el ámbito del procedimiento administrativo, el artículo 5 de la LPAC, al igual que establecía el artículo 32 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), es muy explícito al exigir la acreditación de la representación. Se infiere así que los documentos privados no cumplen el requisito de fehaciencia impuesto por la normativa de procedimiento administrativo, tal como, por ejemplo, se

indicó en la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana, de 1 abril de 2004 (Rec.109/2003), que confirmaba una resolución administrativa en la que no se admitía la representación otorgada a un abogado mediante documento privado.

Hecha la anterior puntualización, y como quiera que la Administración ha procedido a tramitar el procedimiento por entender correctamente acreditada la representación conferida, esta Comisión, a pesar de considerar que existe un defecto de falta de representación, examinará la concurrencia de los requisitos para estimar, en su caso, la presencia de responsabilidad patrimonial, sin perjuicio de recordar a la Administración la necesidad de que la representación se acredite en forma adecuada

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, ya que el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por personal médico del HUGM, centro hospitalario perteneciente a su red sanitaria pública.

Por último y en lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.2 LPAC el derecho a reclamar la responsabilidad patrimonial de la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En este sentido, al reclamante se le realizó un trasplante de corazón el 17 de noviembre de 2022, teniendo que se reintervenido el 22 de noviembre de 2022 y fue en resonancia magnética de 29 de diciembre de 2022 cuando se apreció el infarto medular establecido desde D7 hasta el cono medular que le provocó la paraplejía, por lo que la reclamación de 21 de noviembre de 2023 ha sido presentada el plazo legalmente establecido.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se ha solicitado el informe preceptivo previsto en el artículo 81.1 de la LPAC, esto es, del Servicio de Cirugía Cardiovascular implicado en el proceso asistencial por el que se reclama. También se emitió informe por la Inspección Sanitaria, tras lo cual se dio audiencia al reclamante, que realizó sus alegaciones en el sentido ya expuesto. Finalmente, se ha formulado la correspondiente propuesta de resolución, en sentido desestimatorio de la reclamación.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el artículo 106.2 de la Constitución Española, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la LRJSP.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada (por todas, las Sentencias del Tribunal Supremo de 5 de noviembre de 2012 y de 29 de julio de 2013), requiere la concurrencia de varios requisitos:

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

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

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005) y otras sentencias allí recogidas, “*no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa*”.

También es doctrina jurisprudencial consolidada la que entiende que esa responsabilidad patrimonial 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, dado que no es posible constituir a la Administración en aseguradora universal (Sentencias del Tribunal Supremo de 21 de julio y 14 de noviembre de 2011).

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2022 (recurso 771/2020), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo:

«el hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el

mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar, debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la "lex artis ad hoc".

En consecuencia, lo único que resulta exigible a la Administración Sanitaria " ... es 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 este tipo de responsabilidad es una indebida aplicación de medios para la obtención de resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente."

En la mayoría de las ocasiones, la naturaleza jurídica de la obligación de los profesionales de la medicina no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo, obligación del resultado, sino una obligación de medios, es decir, se obligan no a curar al enfermo, sino únicamente a dispensarle las atenciones requeridas, según el estado de la ciencia (SS del TS de 4 de febrero y 10 de julio de 2002 y de 10 de abril de 2003).

En definitiva, el título de imputación de la responsabilidad patrimonial por los daños o perjuicios generados por el funcionamiento normal o anormal de los servicios de asistencia sanitaria, no consiste sólo en la actividad generadora del riesgo, sino que radica singularmente en el carácter inadecuado de la prestación médica llevada a cabo, que puede producirse por el incumplimiento de la lex artis o por defecto, insuficiencia o falta del servicio.

A lo anterior hay que añadir que no son indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido evitar o prever según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento que se producen aquéllos, de suerte que si la técnica empleada fue correcta de acuerdo con el estado del saber, el daño producido no sería indemnizable por no tratarse de una lesión antijurídica sino de un riesgo que el paciente tiene el deber de soportar y ello aunque existiera un nexo causal.

En la asistencia sanitaria, el empleo de la técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido ya que cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si a pesar de ello causó el daño o más bien pudiera obedecer a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente».

CUARTA.- Del breve resumen de los presupuestos de la responsabilidad patrimonial incluidos en la consideración jurídica precedente, se deduce que no cabe plantearse una posible responsabilidad de la Administración sin la existencia de un daño real y efectivo a quien solicita ser indemnizado.

A estos efectos, en la reclamación y en el posterior escrito de alegaciones se reprocha la mala praxis profesional en las diferentes intervenciones quirúrgicas que concluyeron en el trasplante cardiaco a que fue sometido el reclamante el 22 de noviembre de 2022, de forma que, durante la extubación en postoperatorio, se le produjo un infarto medular desde D7 hasta cono medular que le provocó paraplejia como secuela. Así mismo, se señala que posteriormente le fue diagnosticada una úlcera por presión sacra en grado 4 que precisó desbridamiento y cobertura con injerto, como consecuencia, según hace constar en la reclamación, de la falta del cuidado necesario por parte del personal del

HUGM en cuanto a sus obligaciones de realizarle cambios posturales al reclamante. Por último, se alega la *“falta de consentimiento informado, o lo que es lo mismo, en la información y por ende posterior consentimiento informado incompleto (sic)”*.

Concretado el daño en los términos anteriormente expuestos, vamos a analizar los reproches del interesado, partiendo de lo que constituye la regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En este sentido se ha pronunciado, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 8 de abril de 2022 (recurso 1079/2019), cuando señala que *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica”*.

A estos efectos el reclamante alega, en primer lugar, mala praxis profesional en las intervenciones que se realizaron el 8, 9, 15 y 16 de noviembre de 2022, esta última en la que se llevó a cabo el trasplante de corazón. Sin embargo y no obstante corresponderle, como acabamos de señalar, la carga de la prueba, no ha incorporado al procedimiento, ni en su escrito de reclamación ni en sus alegaciones posteriores, medio probatorio ni pruebas pericial médica alguna de la que resulte que la atención que le fue dispensada fuera incorrecta o inadecuada, sin que sirvan a este propósito las afirmaciones contenidas en dichos escritos.

Por el contrario, los informes médicos que obran en el expediente coinciden en señalar los facultativos en su actuación no infringieron la *lex artis ad hoc*.

En efecto, en el informe del Servicio de Cirugía Cardiovascular del HUGM de 30 de noviembre de 2023 se hace constar que, (i) la intervención del día 9 de noviembre de 2022, era un procedimiento de

riesgo elevado dada las múltiples cirugías previas, la anatomía compleja y la lesión accidental de la válvula tricúspide, pero que tomando en consideración toda la patología acumulada y la no existencia de otro procedimiento alternativo más seguro, era la única opción posible era la cirugía; (ii) la compresión del conducto protésico en la sutura distal no condicionó inicialmente una obstrucción severa, dado que se objetivó adecuada pulsatilidad femoral y se comprobó aflojando el control de la arteria que llegaba sangre de la aorta. Por otro lado, la evolución del paciente en las primeras horas fue la esperable, con cifras de láctico bajas, diuresis espontánea y hemoglobina estable en 10mg/dl. En ningún caso una elongación del conducto puede condicionar un sangrado como refiere la demanda, por otro lado, los coágulos pueden comprimir con más facilidad un conducto protésico de Dacron que una aorta nativa; (iii) en ningún momento se demoraron procedimientos para salvar la vida del reclamante, se reaccionó antes las complicaciones de forma adecuada en tiempo, forma y manera y; (iv) la reclamación argumenta que no debimos plicar el diafragma durante el trasplante cardiaco. El hecho de plicar el diafragma izquierdo es una maniobra rutinaria para alojar el corazón en el hemitórax izquierdo; de esta forma se pueden aceptar órganos de un tamaño mayor y aumentar mucho las posibilidades de recibir un corazón donante, añadiendo que esta técnica se lleva utilizando en esta institución y otras desde hace más de 30 años, con resultados excelentes.

En este mismo sentido, en el informe de la Inspección Sanitaria de 21 de mayo de 2025, se concluye que *“a la vista de todo lo actuado anteriormente no existe evidencia de que la asistencia prestada haya sido incorrecta o inadecuada a la lex artis”*. Así, hace constar que (i) *“la indicación de cateterismo derecho en cardiopatías congénitas, previo a la sustitución de válvula pulmonar por vía percutánea, estaba totalmente bien realizada ya que este procedimiento es una de las pruebas más completa que ayuda a comprender el funcionamiento del corazón y valorar con precisión la necesidad de administración de medicaciones específicas*

o realizar intervenciones cardiacas percutáneas (con catéter) o quirúrgicas (en quirófano) siendo siempre su realización previa a cualquier intervención”; (ii) “la indicación de sustitución de la válvula pulmonar percutánea por doble lesión pulmonar era la adecuada, siendo además el procedimiento menos agresivo para realizar dicha intervención”; (iii) “Las sucesivas intervenciones realizadas al paciente para reparación de la válvula tricúspide y conducto pulmonar, decididas en sesión multidisciplinar también estaban indicadas, resultando todas ellas fallidas, produciéndose shock cardiogénico y precisando la implantación de ECMO” y; (iv) “al presentar el paciente disfunción biventricular severa y persistente se decide asimismo en sesión multidisciplinar, incluir al paciente en lista de trasplante urgente, que se realiza 6 horas después, transcurriendo la cirugía con normalidad”.

Sin perjuicio de lo señalado, debemos referirnos de manera concreta a continuación al infarto medular desde D7 hasta cono medular que le ha provocado al reclamante una paraplejía como secuela. A estos efectos debemos tener en cuenta que en el informe del Servicio de Cirugía Cardiovascular del HUGM ya referido se hace constar (relacionando bibliografía al efecto), que cualquier procedimiento de recambio de arco aórtico implica un riesgo de paraplejía ampliamente descrito en la literatura científica, variando dicho riesgo según las publicaciones entre el 0.5 y el 8%.

En relación con esta cuestión, en el informe de la Inspección Sanitaria, se señala que con fecha 7 de noviembre de 2022 el paciente firma documento de consentimiento informado del para “*recambio de conducto valvulado + Plastia tricúspide (o prótesis) +/- recambio aorta*” del que resulta que existen riesgos que, siendo infrecuentes, pero no excepcionales, se consideran graves como “*el daño neurológico con secuelas de coma, parálisis, coreoatetosis, temblores etc, hemorragia, infecciones de prótesis, arritmias que pueden requerir la implantación de*

marcapasos definitivo, parálisis frénica, dehiscencia de parches o prótesis con posible reintervención. El riesgo de presentación de estas complicaciones es menor del 1%.

Así mismo el 16 de noviembre de 2022 los representantes legales del paciente firman documento de consentimiento informado para “*trasplante cardiaco ortotópico*”, y entre los riesgos infrecuentes pero graves están el “*daño neurológico con secuelas de coma, parálisis, coreoatetosis, temblores, etc hemorragias, infecciones de prótesis, parches o cualquier material extraño implantado, arritmias que pueden requerir la implantación de marcapasos definitivo, parálisis frénica dehiscencia de parches o prótesis con posible reintervención*”.

Añade la Inspección Sanitaria en su informe que “*la paraplejia tras la cirugía aórtica es una complicación devastadora. La nueva era de la cirugía endovascular disminuye la morbimortalidad perioperatoria pero no es capaz de evitar el riesgo neurológico (...) La isquemia medular perioperatoria es una de las complicaciones más graves de la cirugía de la aorta torácica y/o abdominal, con una incidencia entre el 4 y el 25% (...) La paraplejía en la cirugía aórtica torácica y toracoabdominal se explica principalmente a causa de la oclusión de las arterias segmentarias: el principal predictor de paraplejía es la extensión de la arteria espinal anterior sacrificada. Este riesgo se presenta tanto en la cirugía abierta como en las intervenciones endovasculares, presentando menor riesgo esta última, con un 14 % y un 5 % respectivamente (...) La médula es especialmente vulnerable durante las primeras 24-48 horas tras un sacrificio extenso de la espinal anterior, hasta que ocurre una adaptación del sistema de colaterales. Por ello la cirugía en varios tiempos ha demostrado que disminuye el riesgo de complicaciones neurológicas. En base a esto está surgiendo una nueva hipótesis para la prevención de la paraplejia: la embolización de arterias segmentarias semanas antes de la intervención para favorecer la apertura de nuevas colaterales. Todavía se encuentra en experimentación*”, concluyendo que “*al ir retirando la*

sedación al paciente se evidencia que este no mueve las piernas y se objetiva mediante RM infarto medular que condiciona paraplejia y lesiones isquémicas cerebrales, complicaciones descritas en los consentimientos informados firmados por los representantes legales del paciente y descritas en la literatura médica”.

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

O más recientemente, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 24 de febrero de 2025 (recurso 258/2023): “*se ha tener en consideración el informe de la Inspección Sanitaria que, sin ser propiamente una prueba pericial, constituye un notable elemento de juicio cuya fuerza de convicción proviene de la circunstancia de que los médicos inspectores informan con criterios de profesionalidad e imparcialidad respecto del caso y de las partes (...)*”.

En segundo lugar, reprocha el reclamante que posteriormente a la operación de trasplante de corazón, le fue diagnosticada una úlcera por presión sacra en grado 4, que precisó desbridamiento y cobertura con injerto, como consecuencia, según manifiesta, de la falta del cuidado necesario por parte del personal del HUGM en cuanto a sus obligaciones era realizarle cambios posturales necesarios. Tampoco en este caso

aporta medio probatorio ni pruebas pericial médica alguna más allá que sus las afirmaciones contenidas en sus escritos.

En este sentido, debemos tener en cuenta que según el informe del Servicio de Cirugía Cardiovascular del HUGM *“las úlceras sacras por presión, en ningún caso están provocadas por el personal sanitario como refiere la demanda. Por desgracia, es una complicación frecuente en pacientes encamados con daño neurológico, que se ve empeorada por estados de bajo gasto cardiaco”*, señalando al efecto el informe de la Inspección Sanitaria, con el especial valor que hay que otorgarle como acabamos de referir, que *“estas úlceras se producen como consecuencia del aplastamiento tisular entre una prominencia ósea y la superficie externa durante un periodo prolongado. Para la prevención de las úlcera por presión, entre otras medidas, deben realizarse cambios posturales cada dos horas, evitando el contacto directo entre las prominencias óseas con almohadas o cualquier otra superficie blanda. Son un problema grave y frecuente, representando una de las principales complicaciones de las situaciones de inmovilidad como es el caso del paciente”*, concluyendo que *“las úlceras por presión sacras son complicaciones frecuentes en pacientes encamados con daño neurológico como es el caso del paciente, llegando a requerir para su reparación intervención quirúrgica por parte de cirugía plástica (tal y como ocurrió en el caso que nos ocupa)”*.

Por tanto, y según lo señalado, podemos concluir, por un lado, que la asistencia sanitaria prestada al reclamante fue conforme con la *lex artis ad hoc* y, por otro, que la paraplejía que ha sufrido éste es una complicación devastadora (según terminología del propio informe de la Inspección Sanitaria), pero descrita en los documentos de consentimiento informado firmados por los representantes legales del reclamante.

QUINTA.- Queda por analizar el defecto de información alegado por el interesado que señala al efecto en su escrito de alegaciones de 7 de

octubre de 2025, *“tanto en las páginas 54 y 55 del expediente (informe de la inspectora) como en sus conclusiones, páginas 58 y 59 se indica, expresamente que al intentar subir la válvula Myral 29 mm se produce un desprendimiento de la misma del catéter que la guía, siendo esta una complicación no descrita en el Consentimiento Informado, gravísima y potencialmente fatal ya que la prótesis puede embolizarse y producir un colapso circulatorio total”* añadiendo que *“posteriormente, durante la extracción de la prótesis se produjo una lesión de la válvula tricúspide severa, complicación que tampoco está recogida en el consentimiento informado”*.

A estos efectos debemos recoger lo que, en relación con esta cuestión, se señala en el informe de la Inspección Sanitaria: *“... desafortunadamente durante la realización de dicha intervención se produjo de manera fortuita un desprendimiento de la prótesis del catéter que la guía, siendo esta una complicación no descrita en el consentimiento informado firmado por el paciente. Durante la maniobra de extracción de la prótesis se produjo una lesión de la válvula tricúspide que condicionó una insuficiencia tricuspídea severa”*. Añadiendo que *“esta complicación tampoco está descrita en el consentimiento informado firmado por el paciente y es consecuencia directa del desprendimiento previo de la válvula pulmonar introducida por vía percutánea”*.

Es decir, del informe de la Inspección Sanitaria resulta que el desprendimiento de la prótesis del catéter que la guía se produjo de manera fortuita, es decir que sucedió de manera inopinada y casual. En este punto cabe recordar que esta Comisión Jurídica Asesora viene resaltando en sus dictámenes (por todos, el 54/18, de 8 de febrero), que la necesidad de suministrar al paciente información completa de las actuaciones que se van a llevar a cabo en el ámbito de su salud, viene impuesta legalmente en el artículo 4 de 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.

En concreto, el artículo 8 de la misma Ley dispone sobre el consentimiento informado que *“toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso”* y, en su apartado segundo que *“el consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente”*.

La finalidad de la información es permitir al paciente tomar la decisión de someterse a la técnica médica de que se trate con conocimiento de los riesgos que pueden derivarse de la misma, y la falta de información equivale a una limitación del derecho a consentir o rechazar una actuación médica determinada, inherente al derecho fundamental a la integridad física y moral contemplado en el artículo 15 de la Constitución Española, según ha considerado el Tribunal Constitucional, en su Sentencia 37/2011, de 28 de marzo.

Como hemos sostenido en anteriores dictámenes (así el Dictamen 402/21, de 31 de agosto y el Dictamen 712/2022, de 22 de noviembre), en la información que se ha de ofrecer en los documentos de consentimiento informado ha de existir un equilibrio, de tal forma que se contenga una información suficiente sin caer en informaciones excesivas o de naturaleza técnica.

Como recuerda la Sentencia de 30 de septiembre de 2022, del Tribunal Superior de Justicia de Murcia (recurso 76/2020), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo (así la Sentencia de 21 de diciembre de 2012) *“la información previa a la actividad médica no puede*

ser excesiva, ilimitada, ya que de lo contrario puede contrarrestar la finalidad de la misma. Pretender que en la información previa se constaten todos y cada uno de los riesgos y posibilidades existentes supone -por exceso- contravenir los principios de la norma, ya que el mismo no se adapta a la claridad, concreción y exigencia de adaptación a los conocimientos de aquellos que lo reciben”.

En este mismo sentido, la reciente Sentencia de 6 de noviembre de 2025, del Tribunal Superior de Justicia de Madrid (recurso 852/2023) advierte que los «llamados "riesgos atípicos" no tienen que figurar en el consentimiento informado, tal y como señala la sentencia de 30 de enero de 2012 (RCAs. 5805/2010) no es necesario incluir en los consentimientos informados riesgos no normales, esto es, que no forman parte de la previsibilidad fundamentada en la literatura médica, pues es evidente que el deber de información no puede entenderse genérico y carente de previsibilidad real o hipotética según el paciente, ya que, como así se recoge en la sentencia, recogiendo la Jurisprudencia de esta Sala, nos encontraríamos ante un información excesiva y desproporcionada con las finalidades curativas o preventivas de la ciencia médica».

Por lo expuesto, esta Comisión Jurídica Asesora entiende que la información facilitada al reclamante fue completa, suficiente y realizada como exigen los artículos 4 y 10 de Ley 41/2002 sin que el hecho de que durante la intervención se produjera de manera fortuita el desprendimiento de la prótesis del catéter que la guía, suponga que pueda considerarse lesionado su derecho a conocer toda la información disponible sobre la actuación en el ámbito de su salud.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado mala praxis en la asistencia sanitaria prestada al reclamante en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

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 17 de diciembre de 2025

El Presidente de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen n.º 679/25

Excma. Sra. Consejera de Sanidad

C/ Aduana, 29 - 28013 Madrid