

Dictamen nº: **34/17**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **26.01.17**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 26 de enero de 2017, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por dos abogados en nombre y representación de Don J.C.C., su cónyuge Doña A.P.A., y los tres hijos de ambos, Don J.A., Don T. y Don C.C.P., todos mayores de edad, por dos perforaciones iatrogénicas que le causaron a Don J. en el Hospital Universitario La Paz (en adelante, HULP) durante una angioplastia coronaria y una pericardiocentesis.

#### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.** El 2 de octubre de 2015 se presentó en el registro del SERMAS una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios sufridos por la, a juicio de los solicitantes, defectuosa asistencia sanitaria que se le dispensó en el HULP a don J.C.C.

En la reclamación, tras relatar la asistencia sanitaria a la que fue sometido el cabeza de familia durante los días 30 y 31 de octubre de 2014 cuando acudió al hospital por un dolor torácico opresivo, son dos los reproches que se dirigen a la atención recibida.

Por un lado, se reprocha un daño material producido por la perforación de la arteria coronaria y del ventrículo derecho del corazón durante el transcurso de una angioplastia coronaria transluminal percutánea con implante de stent farmacoactivo en la arteria coronaria circunfleja media-distal y de una pericardiocentesis que se intentó para solventar el taponamiento cardíaco originado en el cateterismo, complicaciones que describen como graves, inusuales y desproporcionadas, que superan el porcentaje racional de riesgo, y que le obligaron a someterse a una esternotomía media longitudinal con apertura y drenaje de pericardio para resolución de un punto sangrante en el ventrículo derecho y retirada de una aguja utilizada en el fallido intento de pericardiocentesis, y que le obligaron a permanecer en el hospital durante 11 días y a someterse a rehabilitación cardiaca hasta el 26 de marzo de 2015 tras 135 días impeditivos para el trabajo habitual, que no especifica.

Para incidir en lo insólito y desproporcionado de las complicaciones ocurridas, cita tres estudios de la Revista Española de Cardiología de 2001 y 2004 en los que se señala que la incidencia estadística de perforación coronaria durante una angioplastia transluminal percutánea es del 0,2 % de las intervenciones en las que no se utilicen dispositivos tales como aterótomo o láser y mayor si se utilizan dichos dispositivos percutáneos, mientras que, con respecto a la perforación cardiaca durante una pericardiocentesis guiada, la incidencia es del 0,9 de los casos estudiados.

Por otro lado, señalan que las lesiones más importantes que sufrieron -tanto el paciente, como su cónyuge y los tres hijos de ambos-, son de naturaleza moral y se derivan del sufrimiento soportado, por la “*contumaz omisión de información clínica comprensible y puntual sobre las causas de lo sucedido*” que entienden que constituye “*un grave daño moral para todos los perjudicados por no haberles facilitado, a pesar de haberla solicitado en tres ocasiones a lo largo de cuatro meses, ninguna explicación o razón válida sobre lo ocurrido que vaya más allá de aducir un simple percance o un accidente fortuito cuando solamente un caso probado de fuerza mayor hubiera podido justificar el daño*”.

No cuantifican la indemnización que solicitan no solo por las dificultades que comporta la conversión de circunstancias complejas y subjetivas a una suma dineraria, sino también porque se hace imposible mientras no sean aportadas por parte de la Administración sanitaria las pruebas, explicaciones o razones convincentes de que el daño, físico y, sobre todo, moral, no se pudo prevenir ni tampoco se pudo evitar con una atención y asistencia de profesionales más experimentados.

Aportan con la reclamación la escritura notarial que acredita la representación de los letrados que actúan en nombre de los reclamantes y un testimonio notarial del libro de familia.

**SEGUNDO.** Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos de interés para la emisión del Dictamen:

El paciente, de 65 años, acudió al Servicio de Urgencias del HULP el 30 de octubre de 2014 sobre las 21:27 horas por presentar dolor torácico opresivo en la zona xifoidea irradiado de forma

subcostal bilateral. El dolor no se acompañaba de malestar ni de cortejo vegetativo y cedió de forma espontánea en 10-15 minutos.

Como antecedentes constaba que había sufrido una cardiopatía isquémica en 2001 que ocasionó tres paradas cardiorrespiratorias asociadas por lo que le realizaron un cateterismo en el que se evidenciaron las coronarias obstruidas que no precisaron stents. Estaba en seguimiento desde entonces en el Servicio de Cardiología del Hospital de la Cruz Roja. Además, el 7 de febrero de 2014 había sido sometido la resección anterior baja del recto-sigma por un adenocarcinoma recto-sigma, estadio III pT3pN1 que debutó con una obstrucción intestinal, y que precisó de reintervención el 10 de febrero de 2014 por dehiscencia de la anastomosis colorrectal. Estuvo en tratamiento con quimioterapia hasta el último ciclo suministrado en agosto de 2014.

Tras ingresar en el Servicio de Urgencias por el dolor torácico obstructivo, la exploración no evidenció características isquémicas pero al tener antecedentes coronarios importantes, se le realizó un electrocardiograma en el que no se objetivaron signos de cardiopatía isquémica en ese momento y una determinación de tropomina que resultó elevada por lo que se valoró por el Servicio de Cardiología, se le monitorizó y se realizó una segunda determinación de tropomina tras lo que ingresó a cargo del Servicio de Cardiología.

El 31 de octubre se realizó un ecocardiograma que mostraba buena función sistólica biventricular. La coronariografía evidenció una enfermedad coronaria obstructiva crítica a nivel del tercio medio distal (según el informe que obra a los folios 232 y 241) de un vaso principal (arteria coronaria circunfleja) y severa de dos secundarios (la diagonal y arteria coronaria derecha) de escaso calibre y desarrollo. Para resolver las obstrucciones se emplearon guías hidrofílicas y se

realizó una angioplastia coronaria transluminal percutánea con implante de stent farmacoactivo en la arteria coronaria circunfleja media-distal y en la diagonal, con buen resultado angiográfico. Al finalizar el procedimiento se observó una pequeña extravasación del contraste (tatuaje) a nivel de la arteria coronaria distal descendente posterior por lo que se practicó un ecocardiograma transtorácico que no mostró derrame.

Horas después comenzó con dolor de características pericardíticas, acompañado de mal estado general e hipotensión por lo que se realizó un ecocardiograma que mostró signos de taponamiento cardiaco, se administró protamina para revertir la anticoagulación y se avisó a la familia por urgencia vital del paciente, explicando la necesidad de una pericardiocentesis urgente y los riesgos asociados (folio nº 241). Durante la pericardiocentesis el paciente desarrolló un shock cardiogénico con gran inestabilidad hemodinámica que precisó expansores plasmáticos, volumen e inotrópicos en altas dosis para revertir la anticoagulación. Como complicación se perforó con la aguja de la pericardiocentesis la pared del ventrículo derecho, por lo que se avisó a Cirugía Cardiaca para drenaje quirúrgico y sutura del punto sangrante lo que, tras la firma del documento de consentimiento informado por parte de la esposa (folios nº 291-292) se procedió a realizar poco tiempo después mediante esternotomía media longitudinal con apertura del pericardio. Se apreciaron abundantes coágulos y sangre en la cavidad pericárdica.

El paciente pasó a Reanimación Cardiotorácica donde pudo ser extubado al día siguiente manteniéndose hemodinámicamente estable. Se realizó un ecocardiograma de control que mostró buena función sistólica biventricular, y persistencia de leve derrame pericárdico anterior, sin signos de aumento de la presión

intrapericárdica, por lo que, tras retirada de los tubos de drenaje, el paciente fue trasladado a planta el 5 de noviembre de 2014. Durante su estancia la herida quirúrgica evolucionó favorablemente.

Posteriormente consta una recidiva de su enfermedad oncológica por lo que el paciente fue sometido el 4 de noviembre de 2015 a una metastasectomía hepática para extirpar una metástasis hepática de 2 cms.

Consta en el expediente remitido (folios 753-755) que el 17 de diciembre de 2014 el paciente se dirigió al hospital en requerimiento de información sobre las incidencias ocurridas durante el cateterismo que le fue realizado. El Servicio de Atención al Paciente le trasladó la contestación del Servicio de Cardiología de 26 de diciembre de 2014:

*“-El cateterismo cardiaco fue una decisión urgente, ya que presentaba un síndrome coronario agudo. Habitualmente se informa al paciente (como se hizo) y se firma un consentimiento informado, que en este caso no se presentó al enfermo por la urgencia de la intervención.*

*-Durante el cateterismo se perforó una arteria coronaria, complicación que es poco frecuente en estos procedimientos pero que siempre puede ocurrir. El control de ecocardiograma al finalizar el procedimiento no mostró derrame pericárdico. Horas más tarde presenta un cuadro clínico compatible con taponamiento cardiaco que se confirma en otro estudio ecocardiográfico. En esta circunstancia la indicación de pericardiocentesis es urgente y habitualmente se informa al paciente y no se ofrece consentimiento informado por escrito por la urgencia del procedimiento. El paciente fue informado verbalmente y la familia por teléfono.*

*El procedimiento de pericardiocentesis no fue efectivo por lo que el enfermo tuvo que ser intervenido quirúrgicamente de forma urgente, de lo que también fue informado, igual que la familia”.*

El 28 de enero de 2015 volvió a requerir información sobre las dos perforaciones producidas, una de la arteria coronaria y otra del ventrículo derecho, los documentos de consentimiento informado y los informes facultativos relativos a la coronariografía, a la pericardiocentesis y a la esternotomía, y solicitaba que se le diera por escrito información clínica comprensible, adecuada y suficiente acerca de las posibles causas específicas de ambas perforaciones de la arteria coronaria y del ventrículo derecho, tanto generales para todo paciente como particulares para el paciente en concreto. Se contestó que estaba en tramitación dicha solicitud.

Nuevamente se solicitó dicha información el 16 de abril de 2015 tanto al director gerente del hospital como al viceconsejero de Asistencia Sanitaria. El jefe del Servicio de Información y Atención al Paciente y Trabajo Social contestó recordando la información que se le había facilitado al solicitar información en diciembre de 2014 y le comunicó que, requerido nuevamente, el Servicio de Cardiología se había ratificado en la anterior contestación.

**TERCERO.** Antes de la apertura del procedimiento, los reclamantes presentaron dos escritos (el 4 de abril y 3 de mayo de 2016) en los que reiteraban la solicitud de información y en los que ponían de manifiesto que, tratándose de un caso en el que el daño moral causado por la posible falta de información asistencial exigible podía ser incluso más importante que el daño físico, corporal o material que se había sufrido, el expediente estaba incompleto porque faltaban los documentos de consentimiento informado de la

arteriografía y de la pericardiocentesis que debieron firmar el paciente o uno de sus familiares para autorizarlas.

Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente conforme a lo previsto en el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (en adelante, RPRP).

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 10 del RPRP, se incorporaron al expediente la historia clínica y el informe del Servicio de Cardiología, remitido por el director médico del hospital el 27 de octubre de 2015 (folios núm. 30-32 del expediente), en el que se señalaba que se procedió de acuerdo a las guías vigentes de práctica clínica así como a los protocolos aprobados por el Servicio de Cardiología del HULP. Relataba que el paciente fue diagnosticado de Síndrome Coronario Agudo, se le realizó la prueba médica conocida como coronariografía siendo practicada dentro de las primeras 12 horas desde su ingreso, quedando dicha prueba definida como preferente dentro de un marco de tiempo establecido entre las primeras 24-72 horas. Durante dicho cateterismo se evidenció una anatomía coronaria compleja con enfermedad multivaso, realizándose angioplastia con implante de stents fármaco- activos tanto en lesión obstructiva crítica de CX distal (lo que significa una obstrucción del 99%) como en una gran diagonal. En cuanto a la incidencia estadística de la perforación coronaria durante angioplastia trasluminal percutánea informó que se veía incrementada hasta en un 133% en caso de utilizar guías hidrófilas, y que, después de realizada la prueba, el paciente ingresó en la Unidad de Cuidados Agudos Cardiológicos para vigilancia, ya que en el 5-10% de los casos puede aparecer un taponamiento cardíaco diferido (sobre todo durante las primeras 24h) por lo que se monitorizaron las constantes

vitales del paciente y se le mantuvo vigilado con el sistema de vigilancia con cámara de circuito cerrado de TV, con acceso desde el control de enfermería.

Relataba que el ecocardiograma de control evidenció derrame pericárdico con coágulos por lo que, de acuerdo con las guías médicas, estaba indicada la realización de una pericardiocentesis urgente y en caso de que fuera fallida, se requiere drenaje quirúrgico. Manifestaba que en un hemopericardio agudo con coágulos, aun colocando la aguja en el lugar correcto, la incidencia de pericardiocentesis fallida es mayor (hasta un 39% de pacientes acaban requiriendo cirugía).

Por su parte, el Servicio de Urgencias emitió informe el 27 de octubre de 2005 (folio núm. 34) en el que indicó que, tras la exploración y las pruebas realizadas, el paciente quedó a cargo del Servicio de Cardiología.

La Inspección Sanitaria emitió informó el 18 de abril de 2016 (folios núm. 743-748) que no había habido mala praxis y sí complicaciones que pueden surgir (taponamiento cardíaco entre un 5 o 10% y perforación del ventrículo en la pericardiocentesis en un 39 % de los casos). No encontró ninguna actuación alejada de la *lex artis* y valoró como correcta la asistencia sanitaria recibida por el paciente.

El 18 de abril de 2016 el jefe de servicio de Cardiología, informó que no se firmaron los consentimientos informados de la arteriografía ni de la pericardiocentesis por ser intervenciones urgentes. Los médicos que realizaron el cateterismo consideraron como consentimiento informado verbal el siguiente hecho "*la mujer del paciente se identificó como enfermera que había trabajado en el Servicio de hemodinámica del Hospital Clínico, pidiendo permiso para*

*estar en la sala de hemodinámica durante la intervención. Se le concedió este permiso y estuvo durante toda la intervención y desde el principio en la Sala de Hemodinámica, incluso comentando los aspectos de la misma con el resto del personal de enfermería*" (folio núm. 750).

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes, se evacuó el oportuno trámite de audiencia y el 27 de julio de 2016 tuvieron entrada en el registro del SERMAS las alegaciones de los reclamantes en las que incidían en la falta de información y señalaban que, si bien la decisión del paciente no se hubiera razonablemente modificado de haberle facilitado previamente la información clínica adecuada, la falta de posterior información sobre las causas de lo ocurrido, y más cuando lo sucedido se considera algo previsible pero también desproporcionado por inusual, constituía ciertamente un verdadero daño moral indemnizable que había de ser debidamente reparado.

El 15 de noviembre de 2016 la secretaria general del SERMAS, por delegación de firma del viceconsejero de Sanidad, formuló propuesta de resolución que desestimó la reclamación.

Consta que existe un procedimiento ordinario sobre estos hechos (PO. 580/2016) ante la sección 10<sup>a</sup> del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, al que se le ha remitido copia del expediente administrativo.

**CUARTO.** El 23 de diciembre de 2016 tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid un escrito del viceconsejero de Sanidad por el que, por delegación del consejero de Sanidad, se formuló preceptiva consulta.

Correspondió la solicitud de consulta del presente expediente a la letrada vocal D.<sup>a</sup> M.<sup>a</sup> Dolores Sánchez Delgado que formuló y firmó la

oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 26 de enero de 2017.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo venía acompañado de documentación -en soporte CD-, adecuadamente numerada y foliada, 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, de 28 de diciembre al tratarse de una reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía indeterminada, y por solicitud delegada del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

**SEGUNDA.** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial se regula en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, según establece su artículo 1.1. No obstante, de conformidad con su disposición transitoria tercera, apartado a), dado que este procedimiento se incoó antes de su entrada en vigor, resulta de aplicación la normativa anterior, esto es, los artículos 139 y

siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC), que han sido desarrollados en el RPRP.

En cuanto a la legitimación activa, la reclamación se ha interpuesto por el paciente, su esposa y sus hijos, debidamente representados mediante letrado. La legitimación activa del paciente, de conformidad con el artículo 139 de la LRJ-PAC, no se discute al ser persona que ha recibido la asistencia sanitaria que supuestamente le ha causado daños.

En cuanto a la esposa y los hijos del paciente hemos de hacer algunas consideraciones en cuanto a su legitimación partiendo de los dos conceptos por los que se está reclamando: por las graves lesiones provocadas al paciente y por la falta de información previa y posterior a la realización de un cateterismo y una pericardiocentesis.

Los padecimientos físicos de un paciente son daños personalísimos que solo a él incumbe reclamarlos como se ha pronunciado esta Comisión en dictámenes anteriores, por ejemplo, el Dictamen núm. 285/16, de 7 de julio o el 396/16, de 4 de agosto, siguiendo el criterio que viene acogiendo el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en sentencias como la de 6 de junio de 2014 (recurso núm. 595/2011) o más recientemente, de 29 de septiembre de 2016 (recurso núm. 701/2014). Por tanto, los parientes del paciente no tendrían legitimación para reclamar por este concepto.

En cuanto a la falta de información denunciada, el titular del derecho a la información es el propio paciente como expresa con claridad el artículo 5.1 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. No obstante, el

el mismo precepto continúa en los siguientes términos: “*También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita*”.

En virtud del citado precepto los familiares, siempre que no haya una manifestación contraria por parte del paciente, tienen derecho a ser informados del estado y evolución del enfermo. Así se consideró también por el Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid en su Dictamen núm. 96/15 de 11 de marzo, aunque matizaba que había que diferenciar este derecho a la información de la prestación de consentimiento informado, que solo correspondía al paciente y que, excepcionalmente, se puede admitir que lo presten los familiares en los casos previstos en el artículo 9 de la Ley 41/2002. Por tanto, los parientes sí estarían legitimados para reclamar por la falta de información que denuncian.

La legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, por cuanto la asistencia sanitaria se prestó dentro de la red sanitaria pública madrileña.

En cuanto al plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año, contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (cfr. artículo 142.5 de la LRJ-PAC). En el presente caso, la reclamación fue presentada el día 2 de octubre de 2015 para reclamar por las complicaciones derivadas de las intervenciones que se le practicaron al paciente el 31 de octubre de 2014 por lo que es claro que se interpuso en plazo.

En cuanto al procedimiento, no se observa ningún defecto en su tramitación. De acuerdo con el artículo 10 del RPRP, se recabó el informe de los servicios médicos implicados. Y consta que el

instructor del procedimiento solicitó también un informe a la Inspección Sanitaria que obra en el expediente.

Tras la incorporación de los anteriores informes, se dio audiencia a los reclamantes, de conformidad con los artículos 9, 10 y 11 del RPRP, y 82 y 84 de la LRJ-PAC, que formularon alegaciones.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

**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 Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público en su Título Preliminar, Capítulo IV, artículos 32 y siguientes, y que, en términos generales, coincide con la contenida en los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, requiere la concurrencia de varios requisitos, conforme a lo establecido en el artículo 139 de la LRJ-PAC:

- 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*”.

Ha destacado esa misma Sala (por todas, en Sentencia de 16 de marzo de 2016, RC 3033/2014), que es el concepto de lesión el que ha permitido configurar la institución de la responsabilidad patrimonial con las notas características de directa y objetiva, dando plena armonía a una institución como garantía de los derechos de los ciudadanos a no verse perjudicados de manera particular en la prestación de los servicios públicos que benefician a la colectividad, y que ese concepto de lesión se ha delimitado con la idea de constituir un daño antijurídico:

“(…) lo relevante es que la antijuridicidad del daño es que no se imputa a la legalidad o no de la actividad administrativa -que es indiferente que sea lícita o no en cuanto que la genera también el

*funcionamiento anormal de los servicios- o a la misma actuación de quien lo produce, que remitiría el debate a la culpabilidad del agente que excluiría la naturaleza objetiva; sino a la ausencia de obligación de soportarlo por los ciudadanos que lo sufren. Con ello se configura la institución desde un punto de vista negativo, porque es el derecho del ciudadano el que marca el ámbito de la pretensión indemnizatoria, en cuanto que sólo si existe una obligación de soportar el daño podrá excluirse el derecho de resarcimiento que la institución de la responsabilidad comporta (...). Interesa destacar que esa exigencia de la necesidad de soportar el daño puede venir justificada en relaciones de la más variada naturaleza, sobre la base de que exista un título, una relación o exigencia jurídica que le impone a un determinado lesionado el deber de soportar el daño”.*

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 recuerda la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de mayo de 2016 (recurso 1153/2012 ) “que cuando se trata de reclamaciones derivadas de actuaciones sanitarias, la doctrina jurisprudencial viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la *lex artis* como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente, de manera que, si el servicio sanitario o médico se prestó correctamente y de acuerdo con el estado del saber y de los medios disponibles, la lesión causada no constituiría un daño antijurídico”.

**CUARTA.** En el presente caso, son dos los reproches que se denuncian en la asistencia sanitaria que le fue prestada al paciente: haber ocasionado dos perforaciones iatrogénicas -en la arteria coronaria por el cateterismo y en el ventrículo derecho por una pericardiocentesis fallida- que se califican como desproporcionadas, y la falta de información previa sobre las complicaciones que podían surgir y posterior sobre las posibles causas de lo ocurrido.

En relación con las perforaciones, la reciente sentencia del Tribunal Supremo de 19 de mayo de 2016 (recurso 2822/2014) resume los requisitos del daño desproporcionado tal y como la ha configurado la jurisprudencia contencioso administrativa. Señala la sentencia:

*"La doctrina del daño desproporcionado o "resultado clamoroso" significa lo siguiente:*

*1º Que el resultado dañoso excede de lo previsible y normal, es decir, no guarda relación o proporción atendiendo a la entidad de la intervención médica pues no hay daño desproporcionado, por ejemplo, si el resultado lesivo es un riesgo inherente a la intervención, pero ha habido una errónea ejecución.*

*2º El daño desproporcionado implica un efecto dañoso inasumible - por su desproporción - ante lo que cabe esperar de la intervención médica; es, por tanto, un resultado inesperado e inexplicado por la demandada.*

*3º Ante esa quiebra de lo normal, de lo esperable y lo desproporcionado del efecto dañoso, se presume que el daño es causado por una quiebra de la lex artis por parte de la Administración sanitaria, presunción que puede destruir si prueba*

*que la causa está fuera de su ámbito de actuación, es decir, responde a una causa de fuerza mayor.*

*4º Por tanto, para que no se le atribuya responsabilidad por daño desproporcionado, desde el principio de facilidad y proximidad probatoria la Administración debe asumir esa carga de probar las circunstancias en que se produjo el daño.*

*5º De no asumir esa carga, la imprevisibilidad o la anormalidad del daño causado atendiendo a la entidad de la intervención médica es lo que hace que sea antijurídico, sin que pueda pretextarse un caso fortuito, excluyente de la responsabilidad por el daño causado”.*

El informe del Jefe de Servicio de Cardiología informó, respecto de la angioplastia con cateterismo que algunos de los factores que inciden en la aparición de perforación coronaria son el grado de estenosis coronaria y el empleo de guías hidrofilicas (que puede incrementar la aparición de perforación en un 133%. En el caso del reclamante tenía una estenosis crítica (con una obstrucción del 99 %) por lo que, para poder cruzar la obstrucción, en la angioplastia con cateterismo se empleó un alambre guía Whisper de 0,014 pulgadas que es una guía del tipo hidrofilico, es decir, con recubrimiento polimérico en la punta que facilitan mejor la navegación coronaria en lesiones coronarias tortuosas o gravemente estenóticas como era el caso del paciente. Añadía que el “tatuaje” en un tipo de perforación de los grados más leves (II/IV) y el taponamiento cardiaco diferido se produce en el 5-10 % que, en el caso del derrame pericárdico agudo (hemopericardio), es una urgencia vital con alta tasa de mortalidad si no se actúa en un corto intervalo de tiempo.

Respecto a la perforación del ventrículo por la pericardiocentesis, manifestó que hasta un 39 % de los pacientes acaban requiriendo

cirugía después de una pericardiocentesis aun colocando la aguja en el lugar correcto y en este caso había que considerar además la existencia de coágulos.

Con estas explicaciones ha de considerarse que la Administración ha acreditado cómo se produjo el daño,-daño que no excede de lo previsible y que incluso reconocían los reclamantes al mencionar la incidencia estadística de dichas complicaciones- lo que determina que no pueda considerarse como desproporcionado ni que haya existido una *mala praxis* en la realización de la prueba.

Así lo consideró la Inspección Sanitaria que estimó que el taponamiento cardíaco (un 5 o 10% de los casos) y la perforación del ventrículo en la pericardiocentesis (39 %), eran complicaciones que podían surgir en este tipo de intervenciones. No encontró ninguna actuación alejada de la *lex artis* y valoró como correcta la asistencia sanitaria recibida por el paciente.

A falta de otro criterio médico hemos de coincidir con esta conclusión, que obedece a criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad tal y como ha declarado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 4 de febrero de 2016 (recurso 459/2013) y, por tanto, hay que rechazar las críticas de las reclamantes y considerar acreditada y cumplida esa obligación de medios de los servicios sanitarios.

**QUINTA.-** El segundo reproche se refiere a la falta de información previa y posterior a las intervenciones realizadas.

No cabe duda de la importancia de la información que ha de suministrarse al paciente para que preste su consentimiento, tal y como se regula en la actualidad en la citada Ley 41/2002, de 14 de

noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, cuyo artículo 3 lo define como “*la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a la salud*”. Información que incluye los posibles riesgos que se puedan producir (art. 8.3 Ley 41/2002).

En relación con la información posterior consta acreditado que se remitió al paciente la contestación del Jefe de Servicio de Cardiología tras la primera reclamación de información y, con posterioridad, los reclamantes han tenido acceso a la historia clínica y a los demás informes que obran en ella y en este expediente por lo que no puede estimarse que no hayan sido informados de lo que ocurrió.

En cuanto a la información facilitada antes de las intervenciones hemos de referirnos a la forma de prestar el consentimiento, atendiendo al artículo 8.2 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, que sienta 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*”.

En este caso, no hubo consentimiento informado por escrito previo a la angioplastia con cateterismo ni a la pericardiocentesis, mientras que en la tercera cirugía prestó el consentimiento por escrito la esposa del paciente.

Sin embargo, el jefe de Servicio de Cardiología calificó estas tres intervenciones como urgentes, por lo que, como hemos visto, no sería necesario recabar el consentimiento, de conformidad con el artículo

9.2 de la citada Ley 41/2002. La urgencia de las intervenciones consta también en la historia clínica. No hay que olvidar que el cateterismo se practicó para solventar una obstrucción crítica del 99% de las arterias implicadas, que la pericardiocentesis trató de revertir el taponamiento cardíaco que finalmente hubo de drenarse quirúrgicamente, y que todas las intervenciones se realizaron sin pérdida de tiempo en cuanto se detectaron las complicaciones.

Aun así, también consta que tanto el paciente como su familia fueron informados de las distintas pruebas realizadas e incluso su esposa, enfermera, accedió al quirófano y estuvo comentando los aspectos de la angioplastia. Y, en el caso de la cirugía a corazón abierto incluso se le requirió el consentimiento a la esposa del paciente antes de practicarla, posibilidad contemplada en el artículo 9.3 de la Ley 41/2002, para diversos casos, entre ellos y por lo que afecta al que nos ocupa, en que *“el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho”*. Habida cuenta que la segunda perforación se produjo durante la pericardiocentesis, y que sin retirar siquiera la aguja para evitar el sangrado, se condujo al paciente al quirófano, es ajustado a derecho el que lo firmara su cónyuge, aunque no fuera preciso.

Por todo lo expuesto la Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente,

## **CONCLUSIÓN**

Procede desestimar la reclamación presentada al no haberse acreditado la existencia de mala praxis en la atención dispensada al paciente ni concurrir la antijuridicidad del daño.

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 26 de enero de 2017

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 34/17

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid