

Dictamen n.º: **100/15**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **11.03.15**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 11 de marzo de 2015, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1 de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, en el asunto promovido por A.L.O., sobre responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios que atribuye a la defectuosa asistencia sanitaria prestada en el Hospital Universitario Infanta Cristina.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 6 de febrero de 2015 tuvo entrada en este órgano consultivo, solicitud de dictamen preceptivo firmada por el consejero de sanidad, sobre el expediente de responsabilidad patrimonial aludido en el encabezamiento.

A dicho expediente se le asignó el número 76/15, comenzando el día señalado el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 34.1 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por Decreto 26/2008, de 10 de abril, del Consejo de Gobierno.

La ponencia ha correspondido, por reparto de asuntos, a la Sección IV, presidida por la Excm. Sra. D.^a María José Campos Bucé quien formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, la cual fue deliberada y

aprobada en la reunión de la Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en sesión celebrada el día 11 de marzo de 2015.

SEGUNDO.- El expediente remitido trae causa de la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por A.L.O., bajo dirección letrada, registrada de entrada en el Servicio Madrileño de Salud el día 13 de diciembre de 2013, (folios 1 a 22 del expediente administrativo).

Según el escrito de reclamación, el interesado acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Infanta Cristina el día 23 de marzo de 2013 por un cuadro de disnea de esfuerzo de 24 horas de evolución, siendo ingresado directamente en UCI con el diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda. El reclamante detalla que durante el ingreso sufrió un shock séptico con fracaso multiorgánico, por lo que se colocó al paciente un catéter radial de monitorización. El interesado denuncia la pasividad de los servicios médicos pues señala que desde la colocación del catéter, sus familiares refirieron el mal estado de la mano izquierda del paciente, que “estaba muy inflamada y extremadamente fría”, pero sin embargo ni médicos ni enfermeras hicieron nada al respecto. Detalla que desarrolló una isquemia digital de 3º, 4º y 5º dedo de la mano izquierda que evolucionó directamente a necrosis, por lo que el día 7 de mayo tuvieron que intervenirle para la amputación de la parte distal del 4º dedo y falanges 2ª y 3ª del 3º dedo.

El reclamante considera que hubo una colocación incorrecta del catéter, retraso diagnóstico y una actitud terapéutica expectante y pasiva, que provocó una demora en la instauración del tratamiento correcto, a lo que añade una falta de información y de consentimiento informado sobre los riesgos del catéter.

El interesado considera que ha sufrido un daño desproporcionado, por lo que solicita una indemnización en cuantía de cien mil euros (100.000 €).

Con el escrito de reclamación se adjunta diversos informes médicos del Hospital Universitario Infanta Cristina y tres fotografías sobre el estado del paciente (folios 1 a 22 del expediente administrativo).

TERCERO.- Del examen de la historia clínica y restante documentación médica obrante en el expediente se extraen los siguientes hechos que se consideran de interés para la emisión del dictamen:

El reclamante, de 59 años de edad en el momento de los hechos, el 23 de marzo de 2013 acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario “Infanta Cristina” por “*disnea de menos de 24 horas de evolución*”. Se anota que el paciente refiere un cuadro pseudocatarral leve hace 15 días, de dos días de duración y autolimitado y que el día anterior había comenzado con sudoración y sensación de escalofríos, junto con disnea de esfuerzo que ha ido aumentando hasta hacerse de reposo, junto con dolor de tipo punzante en región costal izquierda con la inspiración. Con la sospecha de sepsis respiratoria (broconeumonía) sin poder descartar tromboembolismo pulmonar submasivo, se informa a la familia de la situación de gravedad. El paciente ingresa en la UCI.

En las primeras horas de ingreso, el paciente desarrolla shock séptico con fracaso multiorgánico (hemodinámico, acidosis láctica, histolisis hepática asociada, coagulopatía leve-moderada que precisa aportes de vitamina K, fracaso renal prerrenal con elevación transitoria de CK y troponina 1 con D. dímero elevado), precisando resucitación hemodinámica con fluidos y soporte vasoactivo (Noradrenalina hasta 0.56 mcgr/kg/min). Además entra en fibrilación auricular rápida con importante repercusión hemodinámica (a 145 lpm). Se canaliza catéter de monitorización hemodinámica (PICCO) el 24 de marzo y recibe tratamiento antibiótico con levofloxacino y ceftriaxona.

Desde el ingreso en la UCI el reclamante precisa ser sedoanalgesiado e intubado. Se conecta a ventilación mecánica. La evolución es tórpida.

El 4º día de ingreso en la UCI (26 de marzo de 2013) se retira arteria radial izquierda por posible embolización de la arteria cubital desde radial. Se anota que del 3º al 5º dedo presentan cianosis marcada distal y frialdad. Se canaliza arteria femoral derecha y se inicia tratamiento con alprostadilo por isquemia arterial. También se pauta tratamiento con enoxaparina para profilaxis de trombosis venosa profunda tras resolución de coagulopatía.

El día 27 de marzo se anota la retirada de la arteria radial por posible embolia hacia arcada cubital. No hay progresión de las lesiones de los dedos con mejoría de la temperatura de los mismos. Se escribe que el paciente está en tratamiento desde hace 24 horas con alprostadilo (durante 21 días). Se realiza fibrobroncoscopia por sospecha de patología tumoral.

El 6º día de ingreso (28 de marzo) se anota que las lesiones en los dedos se han delimitado, no hay progresión pero tampoco mejoría. Ese día el paciente presenta un empeoramiento respiratorio. Se suspende tratamiento con corticoides por shock y se inicia con metilprednisolona por sospecha de síndrome de dificultad respiratoria aguda.

El balance en los días posteriores es levemente negativo. No hay progresión ni mejoría en las lesiones en los dedos. Se está pendiente del resultado de cultivos para valorar retirada de antibióticos.

El día 2 de abril de 2013 se obtienen los resultados de los cultivos, todos ellos negativos, salvo Ag Neumococo, débilmente positivo en Urgencias.

El 4 de abril se pide interconsulta para traqueotomía quirúrgica y se solicita consentimiento a la familia. Se anota que el paciente presenta isquemia distal en los dedos de la mano izquierda similar, en tratamiento.

En los días posteriores no hay evolución de la isquemia, el paciente se encuentra estable hemodinámicamente y afebril, sin signos de infección. Presenta polineuropatía del enfermo crítico.

Se realiza traqueostomía quirúrgica bajo sedación por Otorrino el 8 de abril de 2013, sin incidencias reseñables.

El 12 de abril de 2013 se anota que el resultado del cultivo de punta de catéter es negativo. Las lesiones en los dedos de la mano izquierda continúan sin cambios.

En los días posteriores se realiza destete lento por polineuropatía del enfermo crítico. Se inicia rehabilitación.

El 16 de abril de 2013 termina el tratamiento con prostaglandinas por las lesiones en los dedos de la mano izquierda, que continúan sin cambios.

En los días posteriores el paciente presenta secreciones muy abundantes, por lo que se inicia antibioterapia empírica con imipenem.

El reclamante presenta buena evolución desde el punto de vista respiratorio y muestra mejoría progresiva de la polineuropatía severa, por lo que el 22 de abril de 2013 es trasladado a planta a cargo del Servicio de Neumología. Se anota que terminado el tratamiento con prostaglandinas, el paciente está pendiente de ser valorado por Traumatología para amputación digital.

El 23 de abril de 2013 el Servicio de Traumatología indica amputación de 3º y 4º dedo de la mano izquierda. Se programa intervención para el día 7 de mayo. Se realiza consulta de preanestesia y se explica cirugía y probables niveles de amputación. Se entrega consentimiento informado.

El paciente recibe el alta el día 3 de mayo, asintomático con buena auscultación pulmonar, pendiente de cirugía por parte de Traumatología.

El 7 de mayo de 2013 el reclamante ingresa para cirugía. Es intervenido ese mismo día, bajo anestesia de plexo axilar, realizándose amputación de parte distal del 4º dedo y de parte distal de F2 y F3 de 3º dedo, con resección de tejido necrótico y regularización con cirugía plástica. El día siguiente a la intervención, el reclamante recibe el alta “*por curación o mejoría*”.

CUARTO.- 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 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y el Procedimiento Administrativo Común (en adelante, LRJ-PAC) y el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento del Procedimiento de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante, RPRP).

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del reclamante del Hospital Universitario Infanta Cristina (folios 31 a 234 del expediente).

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 10 del RPRP, se ha incorporado al procedimiento el informe de 15 de enero de 2014 del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Infanta Cristina (folios 26 a 30), en el que se destaca que la patología que presentaba el paciente es considerada en la literatura médica con una mortalidad superior al 60% de los casos, si bien en este paciente, gracias a los cuidados realizados por todo el equipo asistencial de la Unidad de Cuidados Intensivos, se pudo salvar su vida tras un período prolongado de ingreso en la UCI que requirió también traqueotomía para el mantenimiento de la ventilación mecánica durante 27 días. El informe añade que la complicación descrita, favorecida por la situación de shock del paciente así como por la necesidad de utilizar fármacos

vasoconstrictores en su tratamiento, aparece en el 1,7% de los pacientes. El informe concluye indicando que la totalidad del equipo médico que atendió al paciente llevó a cabo su actuación de acuerdo a los más estrictos procedimientos de *Lex Artis ad hoc*, con un seguimiento escrupuloso y comprometido con el paciente.

También figura en los folios 237 a 243 el informe de la Inspección Sanitaria de 24 de abril de 2014, que concluye que la asistencia prestada al reclamante, *“fue básicamente correcta y aunque la complicación es consecuencia del procedimiento realizado, este se aplicó según lex artis”*.

Igualmente se ha evacuado con fecha 13 de junio de 2014, el oportuno trámite de audiencia al interesado, tal y como establecen los artículos 84 de la LRJ-PAC, y 11 del RPRP. En cumplimiento del trámite conferido al efecto, el reclamante presentó escrito de alegaciones el día 17 de noviembre de 2014 en las que incide en la infravaloración por los servicios sanitarios del cuadro necrótico. Propone que se cite a dos testigos, a los que identifica en su escrito de alegaciones (folios 247 y 248).

Consta en el expediente que el 4 de diciembre de 2014 se acordó inadmitir la prueba testifical solicitada, encaminada a probar la evolución progresiva del proceso necrótico, pues se considera que dicha evolución no se pone en duda y está suficientemente documentada en la historia clínica que obra en el expediente (folios 249 y 250).

Finalmente, por el viceconsejero de Asistencia Sanitaria -por delegación en la secretaria general del Servicio Madrileño de Salud, según Resolución 6/2014, de 17 de marzo- se dicta propuesta de resolución en fecha 30 de enero de 2015, en la que se desestima la reclamación indemnizatoria presentada por entender que la actuación sanitaria reprochada fue conforme a la *lex artis*.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes,

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- Es preceptiva la solicitud y emisión de dictamen por la Comisión Permanente del Consejo Consultivo, de acuerdo con el artículo 13.1.f).1º de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, reguladora del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, conforme al cual este órgano deberá ser consultado en el caso de *“Expedientes tramitados por la Comunidad de Madrid, las entidades locales y las universidades públicas sobre: 1.º Reclamaciones de responsabilidad patrimonial, cuando la cantidad reclamada sea igual o superior a 15.000 euros o cuando la cuantía sea indeterminada”*.

En el caso que nos ocupa, la reclamación patrimonial presentada se ha cifrado por el reclamante en una cantidad superior a 15.000 euros, por lo que resulta preceptivo el dictamen del Consejo Consultivo.

SEGUNDA.- El reclamante está legitimado activamente para formular la reclamación de daños por responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 139 de la LRJPAC, por cuanto que es la persona que ha recibido la asistencia sanitaria que es objeto de reproche y de la que derivaría el daño por el que se reclama.

La legitimación pasiva resulta indiscutible que corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por personal médico del Hospital Universitario Infanta Cristina integrado dentro de la red sanitaria pública madrileña.

El 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, en el que se reclama por la amputación de los dedos de la mano izquierda del interesado, que se llevó a cabo mediante intervención quirúrgica realizada el 7 de mayo de 2013, no cabe duda de que la reclamación presentada el 13 de diciembre de 2013, se habría formulado en plazo legal, con independencia de la fecha de la curación o de estabilización de las secuelas.

En la tramitación del procedimiento se han seguido los trámites legales y reglamentarios. Dicho procedimiento para la tramitación de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, se encuentra regulado en el título X de la LRJ-PAC (artículos 139 y siguientes), desarrollado en el citado RPRP.

Como se dijo *supra*, se ha recabado y evacuado informe de los servicios implicados en el proceso asistencial de la reclamante así como el informe de la Inspección Sanitaria. De igual manera se ha incorporado al procedimiento la historia clínica del interesado y se ha rechazado motivadamente la prueba testifical solicitada por el reclamante para acreditar la evolución del proceso necrótico, al considerar el instructor que no era una cuestión controvertida y estar suficientemente documentada en el expediente. Asimismo, se ha dado trámite de audiencia al interesado, de conformidad con los artículos 84 de la LRJ-PAC y 11 del RPRP.

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.- El instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración se reconoce en el artículo 106.2 de la Constitución de

1978, desarrollado por los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC, y supone el reconocimiento del derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos.

Según abundante y reiterada jurisprudencia, para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con 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 de los servicios públicos, en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran alterar dicho nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor, y d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración 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, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

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, es que se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios, siendo fundamental para determinar la responsabilidad, no sólo la existencia de lesión, en el sentido de daño antijurídico, sino también la infracción de ese criterio básico, siendo obligación del profesional sanitario prestar la debida asistencia y no garantizar, en todo caso, el resultado.

CUARTA.- En el presente caso, el reclamante dirige su reproche al personal médico del Hospital Universitario Infanta Cristina, al que imputa un mala praxis en la colocación del catéter arterial radial que precisó para monitorización, así como un retraso en el diagnóstico de la isquemia que afectaba a los dedos de la mano izquierda y una actitud terapéutica expectante y pasiva, con demora en la instauración del tratamiento correcto. Además alega falta de información previa y consentimiento informado sobre la colocación del catéter y riesgos del mismo. A dichas actuaciones sanitarias el reclamante imputa haber sufrido un daño desproporcionado, pues sostiene que el resultado de amputación de los dedos resulta injustificable ante el proceso de cuadro séptico por el que ingresó en el centro hospitalario.

Respecto a la invocación del reclamante de haber sufrido un daño desproporcionado, resulta oportuno traer a colación la doctrina del Tribunal Supremo, así en su Sentencia de 4 de diciembre de 2012, en la que expresa lo siguiente:

«La Administración sanitaria debe responder de un “daño o resultado desproporcionado”, ya que éste, por sí mismo, por sí sólo, denota un componente de culpabilidad, como corresponde a la regla “res ipsa loquitur” (la cosa habla por sí misma) de la doctrina anglosajona, a la regla “Anscheinsbeweis” (apariencia de la prueba) de la doctrina alemana y a la regla de la “faute virtuelle” (culpa virtual), que significa que si se produce un resultado dañoso que normalmente no se produce más que cuando media una conducta negligente, responde el que ha ejecutado ésta, a no ser que pruebe cumplidamente que la causa ha estado fuera de su esfera de acción (sentencias de 19 de septiembre de 2012, recurso de casación 8/2010, 17 de septiembre de 2012, recurso de casación 6.693/2010, 29 de junio de 2011, recurso de casación

2.950/2007, y 30 de septiembre de 2011, recurso de casación 3.536/2007)».

Además como señala la Sentencia del Tribunal Supremo de 9 de marzo de 2011, debe recordarse lo siguiente:

“es jurisprudencia reiterada de esta Sala la que expresa que no resulta adecuada la invocación de la doctrina del daño desproporcionado a efectos probatorios, cuando la lesión padecida por la interesada como consecuencia de la intervención a que fue sometida constituye un riesgo propio de la misma en un porcentaje considerable, como informan los peritos, de modo que lo ocurrido no puede considerarse como un daño desproporcionado atendiendo a las características de la intervención que se practicó”.

También el Tribunal Supremo en su Sentencia de 10 de abril de 2014 recoge que:

«El criterio del daño desproporcionado, recogido por la jurisprudencia contencioso-administrativa (entre otras, Sentencias de 20 de junio de 2006 o de 10 de julio de 2007), implica, esencialmente, que, ante ciertos datos empíricos y en ausencia de una prueba directa, puede deducirse la infracción de la lex artis cuando las circunstancias y el sentido común indican que el resultado lesivo “es inusual” en relación con intervenciones y actuaciones similares, suponiendo, por tanto, un juicio probabilístico basado en las máximas de experiencia».

En este caso, si bien resulta indudable la gravedad del resultado, no por ello puede calificarse sin más de “desproporcionado” como aduce el reclamante, teniendo en cuenta que no nos encontramos con un resultado anormal o insólito, sino que, como se deduce de los informes incorporados al procedimiento, se trata de una complicación posible en relación con el

uso de catéteres arteriales. En este sentido se manifiesta tanto el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Infanta Cristina como la Inspección Sanitaria. Del informe del servicio implicado en el proceso asistencial del reclamante, así como de la bibliografía que aporta, puede extraerse que la principal complicación documentada de la colocación de un catéter en la arteria radial viene constituida por la oclusión temporal de la arteria y que en algunos estudios se ha constatado una isquemia grave después de la canulación con necrosis y amputación de dedos e incluso de la mano entera. En esta misma consideración incide también la Inspección Sanitaria, que destaca que la oclusión temporal de la arteria, que puede evolucionar en algunos casos a daño isquémico grave, es la principal complicación de la canalización arterial.

De este modo, la propia ejecución de la técnica médica conlleva la posibilidad de sufrir lesiones como la acontecida, pero ello no quiere decir que en presencia de un riesgo propio, la actuación médica se halle siempre exonerada de responsabilidad, sino que dicha responsabilidad concurrirá si se demuestra que ha existido mala praxis, entendida como: *“una actuación negligente y descuidada”*.

Conviene detenernos en este punto en el análisis de los reproches de mala praxis efectuados por el reclamante. Debe destacarse que los informes que obran en el expediente, en particular, el de la Inspección Sanitaria, a cuyas conclusiones debemos atender dada su presumible actuación con criterios de profesionalidad, objetividad e imparcialidad respecto del caso y de las partes, (así Sentencia de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de abril de 2014, entre otras), descartan una actuación contraria a la *lex artis* en el caso del reclamante.

En concreto, la Inspección Sanitaria destaca que el reclamante ingresó en el Hospital Universitario Infanta Cristina con un proceso de extrema

gravedad, un shock séptico respiratorio con fracaso multiorgánico, con una mortalidad en torno al 50%. Indica que se adoptaron tratamientos tanto antiinfecciosos, como terapias hemodinámicas, respiratorias y vasculares, utilizando para ello como vía de canalización de soporte y control la arteria radial. La Inspección Sanitaria subraya en su informe que la asistencia mencionada *“es la oportuna y necesaria para resolver una situación muy grave, en la que el objetivo principal era la vida del paciente aunque se produjeran daños colaterales como es la necrosis de zonas distales”*. Por otro lado, el inspector médico informa que la canalización arterial es una técnica indicada en el paciente que precisa monitorización continua de la presión arterial sistémica, siendo la arteria radial el sitio más utilizado, y que en este caso *“se actuó correctamente al elegirla”*, sin que por otro lado señale ninguna nota negativa en relación con la colocación del catéter, respecto a la que no consta ninguna incidencia en la historia clínica examinada.

De los informes que obran en el expediente es posible colegir que el proceso isquémico que sufrió el paciente no deriva de una mala praxis en la colocación del catéter, como reprocha el reclamante, sino que resulta favorecida por el cuadro de extrema gravedad que padeció. En este punto coinciden el informe de la Inspección Sanitaria y el del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Infanta Cristina. Este último explica que en el origen de la complicación surgida existen factores de riesgo claramente establecidos en la práctica clínica, como son, la falta de oxígeno en la sangre arterial producto de la neumonía comunitaria grave que padecía el paciente; la situación clínica de shock séptico, con una baja presión arterial que limita el riego sanguíneo de las partes distales del organismo favoreciendo la isquemia; la necesidad de usar fármacos que produzcan vasoconstricción para el tratamiento del shock, lo cual puede disminuir aun más el riego sanguíneo de las partes distales al circular una sangre poco oxigenada y con baja presión en una circulación con un

menor diámetro arterial, así como la prolongación en el tiempo (durante más de 15 días), de los factores descritos debido a la extrema gravedad de la situación clínica del paciente.

Respecto a la pasividad en la instauración del tratamiento que denuncia el reclamante, resulta rechazada por la Inspección Sanitaria. En este punto resulta de la historia clínica examinada, que tan pronto se aprecia cianosis marcada distal en el 3º a 5º de la mano izquierda, a las 48 horas de la canalización arterial, se procede a cambiar la localización del catéter a la arteria femoral, instaurando un tratamiento antitrombótico y vasodilatador, con prostaglandinas durante 21 días, consiguiendo con este tratamiento, en palabras de la Inspección Sanitaria, *“la delimitación y no progresión de las lesiones isquémicas”*.

En definitiva, a la luz de los informes incorporados al procedimiento, en particular el informe de la Inspección Sanitaria, no es posible concluir que se haya producido la mala praxis denunciada por el reclamante durante su estancia en la UCI del Hospital Universitario Infanta Cristina. Por el contrario, a la luz de los informes y de la documentación obrante en el expediente, cabe concluir que la atención médica prestada al interesado fue constante y adecuada a la práctica médica y que el efecto indeseable surgido es el resultado de complicaciones posibles del uso de catéteres arteriales radiales.

QUINTA.- En cuanto a la queja que efectúa el reclamante relativa a la información suministrada y a la falta de consentimiento informado en relación con la canulación arterial para monitorización del interesado, ha de recordarse 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, de Autonomía del Paciente y Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica. Más adelante, el

artículo 8.1 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”*.

En este caso, a la hora de valorar la ausencia de información denunciada no pueden desconocerse las particularidades que presenta la atención en las Unidades de Cuidados Intensivos, que condicionan y dificultan la obtención del consentimiento informado de los pacientes ingresados. A estas particularidades se ha referido en distintos estudios la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias, destacando la singularidad que representa tanto los tratamientos en esas unidades, la mayoría de ellos invasivos y dolorosos, como la situación crítica de los pacientes ingresados, con la capacidad de decisión muy mermada en la mayoría de los casos, así como la necesidad de continuos cambios de tratamiento que han de adoptarse con la máxima celeridad para adecuarse con prontitud a la situación de gravedad del paciente ingresado.

En este contexto, el informe de la Inspección Sanitaria es claro cuando señala que en los Servicios de Medicina Intensiva no es preciso el consentimiento para cada uno de los procedimientos que se realizan en ellos, *“tales como monitorización y vías de acceso imprescindibles para los tratamientos necesarios como catéter arterial, venoso, sonda Foley, tubo endotraqueal (...) y sí se debería realizar en traqueostomía, hemodiálisis, fibroscopia, marcapasos (...)”*. La Inspección Sanitaria aclara que el consentimiento se requiere por tanto en intervenciones puntuales y específicas, no en la forma habitual de trabajo en la unidad, pues ello sería *“tanto como exigir la información en cada uno de los fármacos suministrados y su correspondiente vía de administración”*.

En el mismo sentido que la Inspección Sanitaria se ha manifestado el grupo de bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias, quien en sus recomendaciones sobre el consentimiento informado en la UCI, rechaza el consentimiento genérico por la dificultad de documentar toda la complejidad del procedimiento en esas unidades y apoya el consentimiento por procedimientos en las siguientes situaciones: traqueostomía, transfusión sanguínea no urgente, fibroscopia, intervención quirúrgica urgente, hemodiálisis, marcapasos que no sea de urgencia vital, plasmaféresis, angioplastia, nuevas tecnologías o aquellas que aún no han demostrado su eficacia.

De acuerdo con lo expuesto, no podemos considerar que en este caso se haya vulnerado el derecho a la información que reclama el interesado, pues está documentada la gravedad del cuadro que presentaba, que hizo necesario el ingreso inmediato en la UCI, de lo que fue informada debidamente la familia del reclamante (folio 59 del expediente) y de la que se recabó el consentimiento para la realización de procedimientos que, conforme a lo expuesto anteriormente, está consensuada su necesidad, como es el caso de la traqueostomía que se le realizó en la UCI, el día 8 de abril de 2013 (folio 84 del expediente)

En mérito a cuanto antecede, el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado mala praxis en la asistencia sanitaria prestada al reclamante ni el defecto de información denunciado.

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 este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3.7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 11 de marzo de 2015

