

Dictamen nº: **712/22**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **22.11.22**

**DICTAMEN** del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 22 de noviembre de 2022, sobre la consulta formulada por el consejero 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 Dña..... por los daños y perjuicios sufridos que atribuye a la realización de un cateterismo cardíaco en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** El día 29 de junio de 2021, la persona citada en el encabezamiento de este dictamen presenta en una oficina de Correos un escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial en el que reprocha la asistencia sanitaria dispensada por el Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

En concreto, la reclamante denuncia el error médico consistente en la realización de un cateterismo cardíaco el 26 de marzo de 2019, que considera innecesario y evitable, y que además le ha causado una lesión de la coronaria derecha, por lo que ha precisado la colocación

de un stent y le obliga a control farmacológico y controles clínicos de por vida.

Por lo expuesto, la interesada reclama una indemnización de 149.367,95 euros conforme a lo expresado en un informe pericial, elaborado por un especialista en Medicina Legal y Forense, que adjunta a su escrito de reclamación. Además, dicho escrito se acompaña con diversa documentación médica relativa a la interesada y los partes de baja por incapacidad temporal (folios 1 a 53 del expediente).

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

La reclamante, de 44 años de edad en el momento de los hechos, acudió el día 15 de marzo de 2019 al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Príncipe de Asturias (HUPA) por dolor torácico. En la anamnesis se anotó que *“mientras estaba sentada en el sillón ha comenzado con dolor torácico opresivo con irradiación hacia espalda, con cortejo vegetativo y hormigueo en la mano”*. La reclamante pasó a BOX VITAL tras evidenciarse *“descenso en ST* (segmento de electrocardiograma entre la onda S y la T) *en V3 con ascenso leve en AVR”* permaneciendo con dolor. Primera seriación enzimática negativa. Tras la administración de analgesia convencional, cedió parcialmente el dolor. Se comentó el caso con el Servicio de Cardiología, que valoró a la paciente y refirió que el descenso del ST podía ser apreciado cuando la paciente presentara taquicardia. El juicio diagnóstico en Urgencias fue de *“dolor torácico atípico de baja probabilidad para cardiopatía isquémica”*. Dada la buena evolución clínica, se decidió el alta domiciliaria, con control por su médico de Atención Primaria y cita en consulta de Cardiología para el 9 de abril de 2019. Se dio cita también para una ergometría.

El 20 de marzo de 2019, la reclamante volvió al Servicio de Urgencias por dolor en el hemitórax izquierdo que se iniciaba por la noche y no se modificaba con los cambios posturales. Se realizó analítica, electrocardiograma y RX de tórax sin hallarse alteraciones, por lo que se pautó el alta a domicilio, con el diagnóstico de dolor torácico inespecífico, sin datos de alarma.

El 22 de marzo de 2019, la reclamante acudió al centro hospitalario para la realización de una ergometría si bien, al haber presentado la paciente varios episodios de dolor torácico en reposo desde el 15 de marzo, con cambios en ECG con dolor, se decidió no realizar la prueba y se remitió a Urgencias para ingreso y completar estudio.

Se contactó con Cardiología para ingreso hospitalario. Por parte de dicho servicio se anotó *“mujer de 44 años con los antecedentes descritos que ingresa remitida desde ergometría, la cual se solicitó el 15/03 por dolor centro torácico opresivo irradiado a espalda con entumecimiento de ambas manos y síntomas vegetativos acompañantes. En ECG de ese día se evidencia descenso del ST en V3 que tiende a normalizarse sin dolor (menos taquicardia) con pruebas complementarias normales. Desde entonces, la paciente refiere persistencia de molestias centro torácicas de menos intensidad, pero constantes. Dada la clínica, se decide no realizar ergometría e ingreso para completar estudio. Además, la paciente refiere cuadro de astenia y debilidad generalizada de 2 meses de evolución, sin otra clínica acompañante”*. En los antecedentes se hizo constar trastorno de la coagulación *“heterocigota para mutación 20210 G + A del gen F2 protrombina”*. Hábito tabáquico y tratamiento previo: Sedotime 30 mg.

El 25 de marzo de 2019 se realizó un ecocardiograma, que estaba dentro de los límites normales. FEVI (fracción de eyección del

ventrículo izquierdo): 82%. Se anota que está pendiente de completar estudio de dolor torácico con cateterismo programado para el día siguiente, que se explica y la paciente firma el documento de consentimiento informado que obra en los folios 158 a 161. En dicho documento se describe el cateterismo cardiaco, que es y para qué sirve, como se realiza y sus riesgos típicos, algunos leves y otros graves, incluyendo el riesgo excepcional de muerte.

El 26 de marzo de 2019, se realiza el cateterismo: *“TCI vaso de buen calibre y desarrollo. DA vaso de buen calibre y desarrollo, sin estenosis, alcanza y rodea el ápex. Cx de buen calibre y desarrollo, sin estenosis. CD vaso de buen calibre y desarrollo, sin estenosis, dominante”*. En la inyección final presenta disección iatrogénica desde ostium hasta segmento medio de arteria coronaria derecha (CD), que fue tratado con implante de stent farmacoactivo sin otras incidencias. Se administra carga de Ticagrelor 180 mg.

El diagnóstico fue de dolor torácico. Coronarias epicárdicas sin lesiones significativas. Disección iatrogénica de la CD tratada con stent farmacoactivo.

Recibió el alta hospitalaria el 28 de marzo. Se pautó tratamiento con Adiro 100 mg al día y Brilique 90 mg, durante al menos 6 meses, Omeprazol 20 mg y Tardyferon. Se recomendó abandonar el hábito tabáquico y control por su médico de Atención Primaria. También cita en consulta de Cardiología a partir de un mes del ingreso.

Consta que la reclamante realizó rehabilitación cardíaca hospitalaria hasta el 7 de octubre de 2019 y continuó con revisiones periódicas en el Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

Según la documentación aportada por la interesada recibió el alta por incapacidad temporal el 20 de julio de 2020.

**TERCERO.-** A raíz de la formulación del escrito de reclamación, se ha instruido el correspondiente procedimiento de responsabilidad patrimonial con arreglo a la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante, LPAC).

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la reclamante del Hospital Universitario Príncipe de Asturias y el informe del servicio médico implicado en el proceso asistencial de la interesada.

En concreto, en el informe de 9 de julio de 2021 del Servicio de Cardiología del referido centro hospitalario se da cuenta de la atención dispensada a la interesada. De igual modo se precisa que cuando un paciente con factores de riesgo cardiovascular presenta un dolor torácico de características no mecánicas, recurrente y con alteraciones del ECG como las descritas, está indicado el ingreso para manejo antitrombótico y la realización de un cateterismo cardiaco, como se decidió en vez de realizar una prueba de esfuerzo. Explica que, aunque la existencia de un descenso del segmento ST puede deberse a frecuencia elevada (que no era tanta, ya que varió de 100 a 80 lpm), o a hiperventilación por ansiedad, en el contexto de dolor torácico no mecánico recurrente y la presencia de factores de riesgo cardiovascular debe considerarse como un posible síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST), como se hizo.

El informe destaca que el perito de la reclamante se basa en un diagnóstico posterior de otra enfermedad, con otra presentación clínica y exploración, hecho un año después, en 2020 (enfermedad de Tietze y ansiedad) para rebajar el nivel de sospecha de enfermedad

coronaria, sacándolo del contexto en el que se produjo el ingreso y del riesgo a priori de la paciente.

Por otro lado, el informe aclara que, en el contexto descrito, las Guías de la Sociedad Europea de Cardiología para el manejo del SCASEST consideran como opción razonable tanto la realización de una angiografía coronaria invasiva como un TAC coronario, si bien este último es de utilidad en pacientes de riesgo bajo e intermedio sin alteraciones del ECG, que no era el caso de la paciente. Por ello, subraya que, aunque en otro contexto clínico, el TAC de coronarias es una opción excelente, que su servicio no ignora y realiza de forma habitual en el contexto clínico de la paciente se optó por el cateterismo cardíaco, de forma acorde a las guías europeas de Cardiología.

En cuanto a la complicación sufrida, señala que se trata de una complicación posible durante la realización del procedimiento y que fue tratada con un stent con buen resultado final, sin datos de isquemia tras el procedimiento.

Además, el informe aclara que el tratamiento de por vida al que se alude es aspirina y un segundo antiagregante el primer año, ya cumplido, y a partir de entonces aspirina, a dosis de 100 g al día, sin precisar otro tratamiento cardiológico. Añade que la paciente puede hacer una vida completamente normal, como se le ha indicado en rehabilitación cardíaca y que los "cambios de vida" a los que el perito se refiere son recomendaciones de vida saludable aplicables a toda la población, incluido el dejar de fumar, el ejercicio físico y la dieta saludable.

Por último, aclara que en ningún caso puede compararse un stent a una prótesis, ni por su finalidad, complicaciones o pronóstico.

El 23 de junio de 2022 emitió informe la Inspección Sanitaria en el que, tras analizar la historia clínica y los informes emitidos en el procedimiento y tras valorar la asistencia sanitaria dispensada a la interesada, señaló como conclusión que, por las características del dolor y la exploración, se consideró un síndrome coronario agudo, y a la vista de las recomendaciones recogidas en las “Guías de la Sociedad Europea de Cardiología 2015 sobre el tratamiento de los síndromes coronarios agudos en pacientes sin elevación persistente del segmento ST”, el cateterismo es una prueba correctamente indicada, por la recurrencia de los síntomas y, con respecto a todo el proceso diagnóstico que se siguió en la paciente desde que acude a Urgencias por primera vez, se concluye que no existe evidencia de que la asistencia prestada haya sido incorrecta o inadecuada a la *lex artis*.

Añade que durante el cateterismo se produce una disección iatrógena de coronaria derecha, no recogida en el consentimiento informado firmado por la paciente, y que se trata de una complicación que aparece descrita en la literatura, como de muy baja probabilidad, que se produce sobre todo en coronarias dañadas.

Incorporados los anteriores informes al procedimiento, se concedió trámite de audiencia a la reclamante que formuló alegaciones en las que incidió en los términos de su reclamación inicial. Además, con apoyo en el informe de la Inspección Sanitaria, puso de relieve la falta de constancia en el documento de consentimiento informado sobre la posible lesión coronaria que se materializó en su caso. Asimismo, destacó que el documento firmado no contemplaba las alternativas al cateterismo.

Finalmente, se formuló propuesta de resolución el 3 de octubre de 2022, en el sentido de desestimar la reclamación de

responsabilidad patrimonial por falta de acreditación de la infracción de la *lex artis*.

**CUARTO.-** El consejero de Sanidad formula preceptiva consulta que tuvo entrada en el registro de la Comisión Jurídica Asesora el día 25 de octubre de 2022, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la letrada vocal Dña. Ana Sofía Sánchez San Millán que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberada y aprobada, en el Pleno de este órgano consultivo celebrado el día 22 de noviembre de 2022.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

### **CONSIDERACIONES DE DERECHO**

**PRIMERA.-** La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros y a solicitud de un órgano legitimado para ello a tenor del artículo 18.3 del Reglamento de Organización y funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid aprobado por Decreto 5/2016, de 19 de enero (ROFCJA).

**SEGUNDA.-** La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo,



LRJSP), cuyo capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

La 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 que perjudicada por la asistencia sanitaria reprochada.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto la atención médica se prestó por el Hospital Universitario Príncipe de Asturias, centro hospitalario de la red sanitaria pública madrileña.

Por lo que se refiere al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, a tenor del artículo 67.1 de la LPAC que se contará desde que se haya producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

En este caso, en que se reclama por el cateterismo cardiaco realizado el 26 de marzo de 2019, que se reputa innecesario, y del que resultó una lesión coronaria que precisó rehabilitación cardiaca posterior, habiendo recibido la reclamante el alta de incapacidad temporal el 20 de julio de 2020, debe reputarse formulada en plazo la reclamación presentada el 29 de junio de 2021.

En cuanto al procedimiento seguido en la tramitación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, se observa que en cumplimiento del artículo 81 de la LPAC se ha emitido informe por el Servicio de Cardiología del referido centro hospitalario, en cuanto implicado en la asistencia sanitaria reprochada. También se ha

incorporado al procedimiento la historia clínica de la reclamante y se ha emitido informe por la Inspección Sanitaria con el resultado expuesto en los antecedentes de este dictamen. Tras ello, se confirió trámite de audiencia a la interesada y se redactó la propuesta de resolución en sentido desestimatorio de la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada.

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 y 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.

Según constante y reiterada jurisprudencia, el sistema de responsabilidad patrimonial presenta las siguientes características: a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral.

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, 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 nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea 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" ( STS Sección 6ª Sala C-A, de 7 marzo 2007).*

*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 (SSTS 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.-** En este caso, como hemos visto en los antecedentes de este dictamen, la reclamante reprocha que el cateterismo cardiaco realizado en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias el 26 de marzo de 2019, fue innecesario y evitable, y que además le causó una lesión de la coronaria derecha, por lo que ha precisado la colocación de un stent y le obliga a control farmacológico y controles clínicos de por vida. Posteriormente, durante el curso de procedimiento, la interesada ha alegado la falta de información sobre el riesgo de sufrir la mencionada lesión coronaria y sobre las posibles alternativas al cateterismo cardiaco.

Centrado así el objeto de la reclamación, vamos a analizar los reproches de la interesada, 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”*.

En este caso, la reclamante ha aportado al procedimiento el informe de un médico especialista en Medicina Legal y Forense en el que se sostiene que se produjeron serios errores y deficiencias en la asistencia médica, claramente evitables, y que han ocasionado una grave secuela consistente en llevar un stent coronario, lo que nunca debió haber ocurrido en unas coronarias sanas si se hubiesen tomado unas mínimas precauciones. En este sentido argumenta que se efectuó una exploración invasiva, como es un cateterismo cardiaco, no exenta de graves riesgos como la lesión de una arteria coronaria, como así ocurrió, sin indicación suficiente pues ya fue advertida el mismo día 15 de marzo de 2019 en el Servicio de Urgencias, en que a pesar del descenso del segmento ST en el contexto de dolor torácico había una baja probabilidad para cardiopatía isquémica. El informe sostiene que, a pesar de ello y ante la persistencia del dolor torácico, se decidió el cateterismo cardiaco, sin haber explorado otras etiologías de dolor torácico de cualquier otro origen no cardiaco, por ejemplo, osteoarticular, lo que a juicio del perito constituyó un acto precipitado e irreflexivo, pues expuso a la interesada a un riesgo innecesario. Añade que era legítimo pensar en la posibilidad de un riego coronario y tratar de confirmarlo o excluirlo, pero olvidaron otros procedimientos diagnósticos tan eficaces como un cateterismo y sin ningún riesgo como es la realización de un TAC que es una prueba que permite descartar o confirmar al 99% enfermedades coronarias.

Por el contrario, los informes médicos que obran en el procedimiento defienden tanto la certeza del diagnóstico de sospecha

como el acierto de la prueba diagnóstica realizada. En cuanto la lesión coronaria sufrida, los informes sostienen que está descrita en la literatura médica como propia del cateterismo cardiaco.

Ante la concurrencia de informes periciales de sentido diverso e incluso contradictorio en sus conclusiones, la valoración conjunta de la prueba pericial ha de hacerse, según las reglas de la sana crítica, con análisis de la coherencia interna, argumentación y lógica de las conclusiones a que cada uno de ellos llega.

En este sentido, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de febrero de 2016 (rec. 1002/2013) manifiesta que *“las pruebas periciales no acreditan irrefutablemente un hecho, sino que expresan el juicio o convicción del perito con arreglo a los antecedentes que se le han facilitado (...)”* y *“no existen reglas generales preestablecidas para valorarlas, salvo la vinculación a las reglas de la sana crítica en el marco de la valoración conjunta de los medios probatorios traídos al proceso (...)”*.

La Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 17 de febrero de 2022 (rec. 77/2019) señala que, *“en estos casos es procedente un análisis crítico de los mismos, dándose preponderancia a aquellos informes valorativos de la praxis médica que, describiendo correctamente los hechos, los datos y fuentes de la información, están revestidos de mayor imparcialidad, objetividad e independencia y cuyas afirmaciones o conclusiones vengan dotadas de una mayor explicación racional y coherencia interna, asumiendo parámetros de calidad asentados por la comunidad científica, con referencia a protocolos que sean de aplicación al caso y estadísticas médicas relacionadas con el mismo. También se acostumbra a dar preferencia a aquellos dictámenes emitidos por facultativos especialistas en la materia, o bien con mayor experiencia práctica en la misma. Y en*

*determinados asuntos, a aquéllos elaborados por funcionarios públicos u organismos oficiales en el ejercicio de su cargo y a los emitidos por sociedades científicas que gozan de prestigio en la materia sobre la que versa el dictamen”.*

En este caso, el informe del Servicio de Cardiología implicado en el proceso asistencial de la interesada defiende que la reclamante, en el momento de su primera atención en el Servicio de Urgencias (15 de marzo de 2019) era una paciente fumadora activa y heterocigota para mutación 20210 G+A del gen F2 protrombina, que se asocia a un riesgo de trombosis venosa profunda, lo que junto con el hábito tabáquico no permitía considerar a la reclamante como de bajo riesgo y obligaba a una especial precaución en su manejo. Por lo que se refiere al descarte de otras etiologías de dolor torácico de cualquier otro origen no cardíaco, por ejemplo, osteoarticular, el informe sostiene que no existía dato alguno que orientase a un dolor de características mecánicas. Añade que el mismo centro privado que en 2020 emitió el diagnóstico de costocondritis y ansiedad, remitió a la reclamante el 20 de marzo de 2019 al Hospital Universitario Príncipe de Asturias por considerar el cuadro de una gravedad potencial que excedía sus posibilidades de manejo.

El informe del Servicio de Cardiología defiende que cuando un paciente con factores de riesgo cardiovascular presenta un dolor torácico de características no mecánicas, recurrente y con alteraciones del ECG como las descritas, está indicado el ingreso para manejo antitrombótico y la realización de un cateterismo cardíaco, como se decidió en vez de realizar una prueba de esfuerzo. Sostiene que en el contexto descrito, las Guías de la Sociedad Europea de Cardiología para el manejo del SCASEST consideran como opción razonable tanto la realización de una angiografía coronaria invasiva como un TAC coronario, si bien este último es de utilidad en pacientes de riesgo bajo e intermedio sin alteraciones del ECG, que no



era el caso de la paciente y aclara que en el estudio VEREDICT, el valor predictivo negativo del TAC de coronarias era del 90%, lo que deja una posibilidad de un 10% de error diagnóstico, además no permite estudiar la angina de pecho con arterias coronarias normales, mucho más frecuente en mujeres, ni el vasoespasmo coronario, que sí se pueden estudiar mediante un cateterismo cardiaco, mediante estudios de reserva funcional coronaria y test de provocación. Por ello se optó por el cateterismo cardiaco, de forma acorde a las guías europeas de Cardiología. Destaca que la indicación de TAC de coronarias antes de hacer una coronariografía, en el contexto de dolor torácico agudo es *“en paciente con dolor no recurrente, sin hallazgos en el electrocardiograma, y con niveles normales de troponina”* y esta paciente no cumplía las dos primeras características, por lo que se optó por un cateterismo diagnóstico, para el cual la paciente dio su consentimiento.

Respecto a la complicación sufrida por la paciente, el informe sostiene que se trata de una complicación posible durante la realización del procedimiento y que fue tratada con un stent con buen resultado final, sin datos de isquemia tras el procedimiento.

Por último, el informe aclara que el tratamiento de por vida al que alude la interesada es aspirina y un segundo antiagregante el primer año, ya cumplido, y a partir de entonces aspirina. Añade que tampoco son necesarias pruebas de esfuerzo periódicas, salvo que la paciente tenga síntomas, ni son imprescindibles las revisiones cardiológicas. Como todos los pacientes con un stent, la paciente puede hacer una vida completamente normal, como se le ha indicado en rehabilitación cardiaca y los "cambios de vida" a los que el perito se refiere son recomendaciones de vida saludable aplicables a toda la población, incluido el dejar de fumar, el ejercicio físico y la dieta saludable. Finalmente, incide en que, en ningún caso puede

compararse un stent a una prótesis, ni por su finalidad, complicaciones o pronóstico.

Las consideraciones del informe del Servicio de Cardiología son corroboradas por la Inspección Sanitaria que ha sostenido, en síntesis, que el dolor que describía la reclamante presentaba las características de un síndrome coronario agudo. Además, no se modificaba con la postura ni con la palpación, que hiciera sospechar un origen osteomuscular. Además, defiende que lo recomendado según la Guía médica sobre el tratamiento de los síndromes coronarios agudos en pacientes sin elevación persistente del segmento ST, en este caso, dada la recurrencia de los síntomas, era la realización de un cateterismo y no una prueba de imagen no invasiva como el TAC o la RMN. Por último, sostiene que la complicación sufrida, consistente en una disección iatrogénica de coronaria derecha, está descrita en la literatura médica, como de muy baja probabilidad, pero posible en este tipo de intervenciones, y que no aparecía recogida en el documento de consentimiento informado firmado por la reclamante.

En este caso, en una valoración conjunta de la prueba conforme a las reglas de la sana crítica, hemos de coincidir con el informe de la Inspección Sanitaria, no solo por la objetividad que se presume del ejercicio de sus funciones, sino por su mayor rigor argumental, complementario de las explicaciones facilitadas por el informe del Servicio de Cardiología que ha informado en el procedimiento y los datos recabados de la historia clínica, y considerar que el cateterismo cardíaco era la prueba indicada dado el contexto clínico de la interesada y que la lesión que sufrió la reclamante es un riesgo posible de dicha prueba, respecto la que no se ha acreditado que se realizara con contravención de la *lex artis*. El informe pericial aportado por la reclamante, que además no ha sido elaborado por un especialista en la materia, carece de la necesaria fuerza de convicción

exigida por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en su Sentencia de 6 de octubre de 2016 (rec. 258/2013), convicción que reside, en gran medida, en la fundamentación y coherencia interna de los informes, en la cualificación técnica de sus autores y en su independencia o lejanía respecto a los intereses de las partes.

**QUINTA.-** Resta por analizar el reproche de la interesada relativo a la falta de información previa al cateterismo realizado el 26 de marzo de 2019, pues sostiene que el documento de consentimiento informado suscrito no contemplaba el riesgo de lesión coronaria que se materializó ni las alternativas al cateterismo.

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), 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.

En este caso, se observa que en el documento de consentimiento informado firmado por la reclamante se resalta especialmente la posibilidad de que en el curso del cateterismo se produzca, como efecto adverso, un infarto de miocardio e incluso la muerte, de forma excepcional. En este sentido en el informe de la Inspección Sanitaria se recoge que uno de los eventos que puede llevar al infarto de miocardio y a la muerte del paciente en el curso de un cateterismo cardíaco es la disección coronaria (que es un evento de extraordinaria rareza). Si bien en este caso, como hemos visto, dichas complicaciones se pudieron evitar al detectarse la disección durante la intervención y colocarse un stent farmacoactivo con buenos resultados.

Por lo tanto, cabe destacar, que, en el documento de consentimiento informado firmado por la reclamante, como en otros muchos documentos de consentimiento informado, se hace alusión a la complicación (infarto de miocardio e incluso muerte) y no a las múltiples causas que pueden provocarla (entre ellas, la lesión de la

arteria coronaria), lo que podría convertir la información en excesiva. 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 cuanto a la mención de posibles alternativas, cabe considerar con arreglo a lo informado por el Servicio de Cardiología y la Inspección Sanitaria, que dadas las circunstancias de la paciente no estaban recomendadas otras pruebas diagnósticas menos invasivas que el cateterismo cardiaco, como por ejemplo el TAC, de ahí que resulte razonable que el documento no recoja otras alternativas.

Por lo expuesto, esta Comisión Jurídica Asesora entiende que la información facilitada a la interesada fue completa y suficiente, y le permitió conocer las complicaciones que podrían producirse, aunque la intervención cursase con arreglo a la *lex artis*, por lo que cabe concluir que fue debidamente informada con carácter previo al cateterismo realizado como exigen los artículos 4 y 10 de Ley 41/2002, y que consintió la intervención conociendo las complicaciones que podrían producirse, incluida la posibilidad excepcional de la muerte, sin que en consecuencia 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 infracción de la *lex artis* en la asistencia sanitaria reprochada.

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 22 de noviembre de 2022

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 712/22

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid