



DICTAMEN N.º 39 / 2026

Sr. D. Xavier DE PEDRO BONET,
Presidente
Sr. D. Gerardo GARCÍA-ÁLVAREZ GARCÍA
Sr. D. Jesús LACRUZ MANTECÓN
Sra. D.ª Virginia LAGUNA MARÍN-YASELI
Sra. D.ª Gloria MELENDO SEGURA
Sra. D.ª Cristina MORENO CASADO
Sr. D. Ignacio SALVO TAMBO

La Comisión del Consejo Consultivo de Aragón, con asistencia de los miembros que al margen se expresan, en reunión celebrada el día 16 de abril de 2026, emitió el siguiente dictamen.

La Comisión del Consejo Consultivo de Aragón ha examinado el expediente remitido por el Consejero de Sanidad del Gobierno de Aragón, relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por D.ª [A], D.ª [B] y D. [C], por la deficiente asistencia sanitaria prestada en el hospital Miguel Servet, a su madre y esposa, D.ª [D], por la que solicita una indemnización de 275.762´71 euros.

De los ANTECEDENTES resulta:

Primero.- Con fecha de 24 de enero de 2024 tuvo entrada en el Registro general del Gobierno de Aragón, la reclamación de responsabilidad patrimonial, presentada por D.ª [A], D.ª [B] y D. [C], por la deficiente asistencia sanitaria prestada en el hospital Miguel Servet, a su madre y esposa, D.ª [D].

La reclamación denuncia una deficiente atención de los servicios públicos del SALUD, por la asistencia prestada en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza solicitando una cantidad de 275.762´71 euros, invocando como fundamentos de la reclamación, la falta de habilidad y diligencia médica, así como la doctrina del resultado desproporcionado. Según el tenor literal de la misma (reproducido parcialmente):

«1.- ANTECEDENTES DE HECHO.

23 DE ENERO DE 2023. INGRESO EN CARDIOLOGÍA DE SERVET.

[D] con DNI ..., y fecha de nacimiento 03/08/1947, ingresa el día 23 de enero de 2023 en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza con el objeto de ser intervenida quirúrgicamente el día 25 de enero de 2023, para el reemplazo de válvula mitral de corazón por insuficiencia mitral severa e hipertensión pulmonar y cierre de la orejuela. (para evitar más ictus, le habían dado anteriormente; el origen de su ACV era trombótico).

En fecha 7 de junio de 2022, se le realizó una eco transesofágica y un cateterismo cardíaco, para valorar que la paciente realmente era candidata a reemplazo de la válvula mitral. El 19 de agosto de 2022 se realiza el preoperatorio correspondiente, con electrocardiograma, analítica de sangre y radiología de torax. El 25 de agosto de 2022, se realizó consulta telefónica con anestesiología con el Dr. [E] del Hospital Miguel Servet de Zaragoza. Por último, [D] tuvo una consulta de cardiología en agosto de 2022 con el Dr. [F] en el Hospital Obispo Polanco de Teruel.

24 DE ENERO DE 2023.

El día anterior a la intervención quirúrgica, el Dr. [G], cirujano cardíaco responsable de la IQ, visitó a [D] en planta. La hija de la paciente, [B], preguntó al doctor, si no era necesario repetir alguna prueba, puesto que habían pasado ya varios meses desde el preoperatorio. La respuesta del cirujano fue que no era necesario, y que la paciente estaba perfecta para intervenir el día programado.

25 DE ENERO DE 2023. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

El día 25 de enero de 2023, a las 9 de la mañana llevan a la paciente a quirófano para ser sometida a la cirugía tal y como estaba programada. A las 12 de la mañana desde el Hospital Miguel Servet, llaman a las hijas para que se personen rápido en el Hospital, puesto que la operación "se había complicado".

Una vez en el Hospital, la familia es atendida por las Doctoras Intensivistas [H] y [I] (residente), comunicando que la paciente había llegado a UCI en una situación de "extremísima gravedad", que iban a tratar de salvar su vida.

Sobre las 3 de la tarde es el Dr. [G] (cirujano cardíaco responsable de la operación), quien se reúne con la familia para explicar lo sucedido. A la familia allí reunida, 4 personas, sus hijas [B], y [A], acompañadas de sus maridos, [J] y [K] respectivamente, se le informó de lo siguiente:

"La paciente [D] ha sufrido un sangrado espontáneo por el tubo endotraqueal durante la intervención, desconociéndose el origen de este sangrado. Ha sido por algo ajeno a la intervención del corazón, la cual se ha desarrollado sin ninguna complicación, Los radiólogos intervencionistas están intentando localizar el punto de sangrado porque van a ciegas y no saben si van a poder solucionarlo". En un segundo parte, el Dr. [G] informa a la familia que se había detenido el sangrado, pero que esto le había ocasionado un tromboembolismo pulmonar en la operación que según el médico y de manera textual "le podía haber ocurrido en la cama de su casa", es decir ocurrió de manera natural y fortuita.

Esta es toda la información recibida por la familia respecto a lo ocurrido en quirófano. Tal es así que la familia sintió y transmitió otros familiares la "relativa suerte" de que este tromboembolismo pulmonar le ocurriera a [D] en un quirófano rodeada de médicos, porque de cualquier otro modo la muerte hubiera sido inexorable. Una vez transcurrido este evento, [D] ingresó en la UCI Coronaria del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, donde el médico [L], informó a la familia, sobre el estado de salud de la paciente calificándolo como extremadamente grave, debatiéndose entre la vida y la muerte.

25 DE ENERO A 21 DE MARZO DE 2023. PERMANENCIA EN LA UCI.

[D] permaneció en la UCI Coronaria desde el día 25 de enero de 2023 al 21 de marzo del mismo año, día en que falleció. Durante la estancia allí, las hijas [B] Y [A], residentes en Teruel, estuvieron allí cada día en las visitas de mañana y tarde que les permitían. Dejaron sus trabajos v sus casas y se hospedaron en un hotel y alquilaron una vivienda, para estar absolutamente todos días junto a su madre. Durante estos dos meses se sucedieron los siguientes acontecimientos:

En quirófano, ROTURA DE LA ARTERIA PULMONAR, que le provocó una hemoptisis severa, desoxigenación, hipotensión, una parada cardiorespiratoria durante aproximadamente 10 minutos, transfusión sanguínea de 3 concentrados de hematíes, shock hipovolémico, y dosis alta de drogas, y una vez "estabilizada" su hipertensión arterial pulmonar era mayor que al comienzo de la cirugía, entre otros. Al ingreso en la UCI el día 25 de enero de 2023 atendida por el Dr. [L], la paciente llegó, en una situación muy precaria, en shock cardiogénico. Ese mismo día, a las 20 horas hizo otra parada cardiorespiratoria de aproximadamente 2 minutos, seguido se le tuvo que poner un balón de contrapulsación para mantener la contractibilidad cardíaca. Durante este tiempo, sedación y ventilación

mecánica durante 10 días, Para la retirada del balón, se le retiró la anticoagulación durante unos días, y se produjo un infarto agudo de miocardio. Y se advirtió a la familia de la alta posibilidad de una endocarditis bacteriana (que nunca existió). Una vez despierta, Dña. [D], después de tantos días de sedación, quedó con una polineuropatía severa e irreversible y no tenía capacidad de respirar de forma autónoma y se le practicó el 7 de febrero una traqueotomía que mantuvo hasta el final de sus días. Mientras tanto se le administró dosis altas de amiodarona, porque a juicio de los intensivistas de la UCI coronaria, era el único antiarrítmico que le podían administrar, siendo la paciente intolerante al mismo, como se recoge en el informe de anestesia de 25 de enero de 2023. Aunque las hijas insistieron que [D] era totalmente intolerante a dicha medicación y llevaron un informe del Hospital Obispo Polanco de Teruel, donde se constataba tal intolerancia y que le provocaba leucocitosis, los doctores siguieron durante todo su ingreso con este medicamento y con primperan a la vez para paliar los vómitos de la paciente, la cual por su traqueotomía no podía hablar y comunicar como se encontraba, ni moverse un ápice. Coincidió que en un primer momento el Dr. [M] retiró el trangorex y, bajo el nivel de leucocitos. Sin embargo, los doctores dijeron que era por una infección, y le dieron antibiótico masivo. Advirtieron a la familia entonces, del cuadro séptico en la paciente, y mal pronóstico a corto plazo (que no se dió porque la leucocitosis le provenía del trangorex). Paralelamente acontecieron varias infecciones de tracto urinario. En marzo, [D], consecuencia de la prolongación de su estancia en UCI, sufrió una traqueobronquitis. En marzo, [D] tuvo un sangrado rectal, informando la Dra. [N] a las hijas de la familia, que la paciente tenía un adenocarcinoma rectal, y que la familia tenía que elegir la causa de la muerte de su madre, o bien por trombosis valvular o por sangrado rectal. El adenocarcinoma rectal, de nuevo, nunca existió, y eran úlceras rectales.

Finalmente el día 21 de marzo de 2023 tiene lugar el fallecimiento de [D]. La sensación de las hijas durante todo este periplo en la UCI, era que siempre se buscaba una causa de fallecimiento: Endocarditis bacteriana, cuadro séptico agudo, adenocarcinoma rectal, trombosis valvular... en muchas ocasiones sin ser real, y con gran falta de empatía. Se sorprendían las hijas de cómo siempre los doctores ponían ante la mesa una causa de muerte para la paciente (...).»

A continuación, se transcriben parcialmente declaraciones de varios de los médicos y del resto del personal que atendió a la paciente. Y continúa el escrito de reclamación:

«2.- RESPONSABILIDAD

2.1.- USO DE SWAN.

La probabilidad de ocasionar esta COMPLICACIÓN a la que aluden los médicos (que un catéter avance más de la cuenta, o no se desinche cuando se debe y rompa una arteria pulmonar), disminuye a medida que aumentan las habilidades técnicas, pericia, competencia, y experiencia del cirujano o equipo interviniente, tal y como describen los propios doctores, Dra. [N] y Dr. [G], que vinculan el éxito de esta técnica al grado de experiencia, como se ha descrito anteriormente (...).

Además, y dado que antes y después de la operación (desde el 23 de enero a 21 de marzo) se aludió a la fragilidad de la paciente por activa y por pasiva, como un punto determinante en la cirugía, y en lo acontecido los 50 posteriores días en la UCI Coronaria, a la familia le interesa saber si para la operación de Dña. [D], también se tuvo en consideración esta fragilidad a la hora de determinar el EQUIPO MÉDICO MAS ACORDE Y EXPERIMENTADO para llevar a cabo esta IQ, anteponiéndose de este modo, a cualquier imprevisto y /o a una mala ejecución o error durante la intervención quirúrgica, por imprudencia o impericia.

2.2.- CLASES DE DAÑOS PROPIOS DE LA IATROGENIA.

La iatrogenia se identifica en el paciente, a través de algún tipo de alteración. La mala praxis se identifica en el médico, al ejecutar mal una acción, por negligencia, impericia, imprudencia, error en intervención quirúrgica, inobservancia de los reglamentos., error en diagnóstico, prescripción inadecuada de medicamentos, ocasionando por ello un daño en el paciente. Una Negligencia se reconoce cuando en el 90% de los casos, la ejecución es realizada por médicos sin que ocurra ninguna complicación, y en otro caso ocurre la complicación por la imprudencia e impericia de un médico. Tal y como reconoce el Dr. [G] en la historia del Servet de los últimos 20 años, ha podido ocurrir este evento en 4-5 ocasiones, quedando como datos anecdóticos. Es por tanto, un porcentaje superior al 90% de los casos, el éxito ligado a la manipulación de este catéter en el Hospital Servet de Zaragoza,

Es un riesgo que no se había ni si quiera valorado, es un error remoto producido por una imprudencia del Doctor, por una mala ejecución médica (NEGLIGENCIA), porque como se ha expresado los catéteres no funcionan de manera robótica o programada una vez están en el interior del pulmón, no avanzan solos ni desinchan solos, por lo que en su ejecución o bien introdujo de más el catéter o bien no lo desinfló cuando procedía, entre las teorías más evocadas por los médicos. En cualquier caso, SE MANIPULÓ DE FORMA ERRÓNEA EL CATÉTER QUE PROVOCÓ LA ROTURA DE LA ARTERIA. No

fue una cuestión de mala suerte como alude la doctora [N] os catéteres son objetos inertes que necesitan ser empujados para introducirse hasta impactar contra una arteria, produciendo su rotura. No obstante, la familia todavía no sabe qué fue lo ocurrido el día de la cirugía de Dña. [D], pues aunque se han pronunciado varios doctores jugando al despiste con porcentajes, con juegos de palabras, aprovechando el desconocimiento de la familia de lo que es un catéter de Swan-Ganz, e incluso con apabullantes mentiras que faltaba al respeto a la familia tratándolos en ocasiones como "si fueran tontos" con la consiguiente humillación, para que éstos no continuaran preguntando, todavía NO HAN SABIDO LA VERDAD (...).

4. RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL

NEGLIGENCIA POR MALA PRAXIS, AL EJECUTAR MAL UNA ACCIÓN MEDICA POR UN ERROR DURANTE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR o IMPRUDENCIA E IMPERICIA. Con el antecedente de NO haber seleccionado el EQUIPO o MEDICO FACULTATIVO DEBIDO Y MAS ACORDE A LA FRAGILIDAD DE LA PACIENTE A INTERVENIR, OCASIONANDO EL FALLECIMIENTO DE [D].

(...)

7. SOLICITUD. (...) La familia solicita le sea reconocida la responsabilidad patrimonial derivada del fallecimiento de la esposa y madre de los reclamantes, y poder poner fin al dolor generado por el traumático acontecimiento, que si ya la pérdida de un ser querido es dolorosa, las circunstancias que enturbiaron el final de los días de [D] todavía agravó más el dolor que se ha prolongado hasta la actualidad.»

Segundo.- El 21 de marzo de 2024 se acordó admitir la reclamación y nombrar instructor del procedimiento, siendo comunicado dicho acuerdo al letrado del reclamante y a la compañía aseguradora, para que puedan comparecer como interesados en el procedimiento.

Tercero.- Se inicia la instrucción del procedimiento solicitando el instructor la siguiente documentación:

- Historia clínica obrante en el Hospital Universitario Miguel Servet.
- Informe del Servicio responsable del procedimiento de canalización de la arteria pulmonar durante la intervención de cirugía cardiaca efectuada el 25-1-23, en aclaración al argumento de la reclamación que hace referencia, como causa del sangrado pulmonar, a una iatrogenia causada por lesión de la arteria durante la manipulación de un catéter que, según se informó, se instauró a través de la yugular hasta la arteria pulmonar para monitorizar la presión (necesario para conocer la función cardiaca). En caso de que efectivamente, esta lesión se hubiese producido, interesa conocer: los años de experiencia y cualificación profesional del médico que efectuó dicho procedimiento; si dicha complicación constituye un riesgo consustancial o inherente al propio procedimiento y si se dieron otros factores (de dificultad técnica) que pudiesen haber favorecido la lesión; y si se aplicaron las medidas científicamente recomendadas para minimizar el riesgo de lesión arterial.
- Informe del Jefe del Servicio responsable de la asistencia postoperatoria y de la información transmitida a la familia.

Cuarto.- Con fecha de 22 de mayo queda incorporada a la instrucción la información solicitada integrada por la historia clínica de la paciente, así como los informes solicitados y todas las notas evolutivas durante su ingreso en la UCI.

Informe del Jefe de Servicio de Medicina Intensiva del HUMS

En informe de remisión de documentación firmado con fecha 13 de mayo de 2024, el Jefe de servicio de Medicina intensiva del HUMS señala:

«En relación a la solicitud de documentación tramitada desde el Departamento de Sanidad, por reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por la asistencia prestada a Dª [D], se adjuntan informes de la atención y evolución durante el ingreso que precisó la paciente: ingreso/alta UCI 25/01/2023 al 21/03/2023; nota de ingreso y evolución clínica; tratamiento farmacológico recibido; resultados cultivos microbiológicos; informe consultas externas e interconsultas realizadas.

En relación con las diversas aclaraciones solicitadas informa:

Se adjunta el informe médico desde su ingreso y todas las notas evolutivas durante el periodo de estancia en UCI. Nuestra obligación como personal sanitario es proporcionar la asistencia más apropiada en dependencia de las necesidades de los pacientes y sus deseos (principios de beneficencia y autonomía). Esto no implica hacer siempre todo, a veces esta actitud puede interpretarse como maleficente cuando es desproporcionada con la situación de éste y sus expectativas de vida. Con los datos de valoración quirúrgica, y datos clínicos evolutivos, el contenido de la información pronóstica emitido a la familia, y la decisión de establecer medidas de confort en la fase final del proceso médico por futilidad es unánime en todo el equipo médico asistencial. La eficacia de la asistencia médica exige una plena relación de confianza entre el médico y paciente (o responsable legal). Ello presupone el respeto del derecho de éste a elegir o cambiar de médico o de centro sanitario. Posibilidad que en todo momento tuvieron abierta.

No hay contraindicación para el uso de amiodaroma con la documentación disponible en la historia clínica. Dado el contexto clínico de la paciente el beneficio de su administración era mayor al potencial perjuicio que se relata. El 12/02/2023 21:13 queda registrado la explicación del motivo de su uso, y la justificación de la leucocitosis de la paciente. Se adjuntan informes microbiológicos confirmatorios de las complicaciones infecciosas documentadas durante su estancia.

Lamento que tras 54 días de esfuerzo terapéutico no se haya conseguido el final deseado por todos.»

El informe del servicio de anestesiología y reanimación del HUMS, indica:

«...

En respuesta a la solicitud del Servicio de Asuntos Jurídicos de la Secretaría General técnica del Departamento de Sanidad:

a) Los años de experiencia y cualificación profesional del médico que efectuó dicho procedimiento.

Cualificación profesional del Dr. [E], entre otros:

- Graduado en Medicina por la Universidad de Zaragoza (2010-2016): se adjunta título.
- Especialista en Anestesiología y Reanimación por el Hospital Universitario Miguel Servet (2017-2021). Se adjunta título.
- Experto Universitario en Anestesiología, Sedación y Reanimación por la Universidad San Jorge (2020). Se adjunta título.
- Curso de Ecocardiografía Perioperatoria y en Cuidados Críticos por MSD (2021). Se adjunta título.

Trayectoria profesional:

- MIR en Servicio de Anestesiología y Reanimación en Hospital Universitario Miguel Servet (2017-2021).
- Rotaciones externas: Unidad de Reanimación en Hospital Clínico de Valencia: enero-febrero 2019; Unidad de Anestesiología Infantil del Hospital Universitario de la Paz de Valencia: abril 2021.

- Facultativo Especialista de Área en Servicio de Anestesiología del Hospital Obispo Polanco de Teruel junio 2021-mayo 2022.
- Facultativo especialista en área en unidad de anestesia Cardio torácica, perteneciente al Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital Universitario Miguel Servet, desde mayo de 2022 hasta la actualidad. Dicha Unidad presenta la certificación ISO de calidad asistencial (se adjunta certificación) desde 2019, siendo un grupo de trabajo cerrado cuya labor asistencial se desarrolla exclusivamente en procedimientos quirúrgicos cardiovasculares y torácicos.

b) Si dicha complicación constituye un riesgo consustancial o inherente al propio procedimiento y si se dieron otros factores (de dificultad técnica) que pudiesen haber favorecido la lesión.

Existen 3 categorías de complicaciones relativas al uso del catéter de arteria pulmonar (CAP): complicaciones derivadas de la inserción (colocación en lugar inadecuado, neumotórax, arritmias cardíacas, anudamiento del propio catéter, rotura de miocardio o de otras estructuras cardíacas), derivadas del uso y mantenimiento (rotura de arteria pulmonar, infarto pulmonar, tromboembolismo pulmonar, infecciones,...), y derivadas de las mediciones obtenidas y sus consecuentes decisiones clínicas (calibración inapropiada, transductor mal posicionado, infra o sobreestimación de la presión pulmonar, variabilidad interpersonal en la interpretación...).

Puesto que en el caso que tratamos, la posible complicación ocurrida pero no demostrada es la rotura de una arteriola pulmonar (en nuestro caso de una arteria del lóbulo inferior derecho, como se pudo comprobar en radiología intervencionista durante la embolización urgente), se revisa la bibliografía existente de esa complicación y del manejo de la misma. Se trata de una de las complicaciones más graves de la utilización del CAP, y su incidencia es muy variada, pero está descrita en cualquier revisión sobre este tema: se estima que su incidencia puede darse en 0,5% de los casos; con una mortalidad que va desde el 33% hasta el 80%. Su manifestación clínica puede variar desde una leve hemoptisis hasta una hemorragia masiva con importante compromiso hemodinámico.

Los factores de riesgo para esta complicación están bien descritos en la literatura, siendo los siguientes: Sexo femenino; Edad mayor de 60 años; Valvulopatía mitral; Hipertensión pulmonar; Hipotermia (por endurecimiento del catéter); Alteraciones de la coagulación.

Estos factores de riesgo (los cuáles la paciente cumplía todos) están asociados con una fragilidad extrema de los tejidos, lo que aumenta considerablemente el riesgo de rotura.

No presentándose ninguna dificultad técnica ni durante la inserción del introductor (se realizó con técnica Seldinger, estéril y eco-guiada), ni en la colocación del catéter en el lugar adecuado (arteria pulmonar), identificándose con las correctas curvas de presiones en el monitor de anestesia. En su recolocación posterior a la circulación extra-corpórea, tampoco hubo ninguna dificultad en su movilización, volviendo al posicionamiento adecuado, guiado por las curvas de presión pulmonar como se indica en la bibliografía.

c) Si se aplicaron las medidas científicamente recomendadas para minimizar el riesgo de lesión arterial.

Se siguieron todas las recomendaciones para minimizar el riesgo de lesión arterial.

- Utilización única y exclusivamente del material incluido en el equipo de inserción de catéter Swan-ganz (material estéril y específico para la técnica).
- Introducción de catéter con balón hinchado.
- No introducción de más de 40 cm (habitualmente la arteria pulmonar se encuentra a esa distancia de catéter).
- Tras correcta localización, deshinchado del balón.
- Retirada del Swan-Ganz, con balón deshinchado, durante el bypass cardiopulmonar para evitar atrapamiento con suturas quirúrgicas.
- No movilización hasta reversión de anticoagulación.
- Ante paciente con factores de riesgo para rotura arterial, no se realizó enclavamiento pulmonar del catéter, utilizando la presión pulmonar diastólica como aproximación para esa presión pulmonar de enclavamiento.

Una vez se produce la complicación, las opciones terapéuticas también son muy variadas en dependencia de la gravedad de la hemorragia. En el caso que nos atañe se produjo una hemorragia masiva objetivada como salida de sangre a través del tubo endotraqueal, acompañado de hipoxemia, hipotensión y taquicardia. Previo a esta situación, se procedió a recolocar el CAP, ya que se había retirado durante la circulación extracorpórea para comprobar que no había sido anclado con alguna sutura durante

la cirugía (complicación también descrita). El catéter se movilizó correctamente sin resistencia al movimiento y con el balón hinchado, se introdujo hasta visualizar nuevamente la curva de presión pulmonar en el monitor. Alcanzada esa localización, se desinchó el balón y se continuó monitorizando la presión pulmonar. Al cabo de 3-4 minutos se produjo la hemorragia que comprometió el estado hemodinámico de la paciente, por lo que se retiró inmediatamente el catéter de SwanGanz por si éste pudiese ser el causante, y se procedió a introducir un bloqueador bronquial en el bronquio principal derecho (guiado bajo broncoscopia) cesando de inmediato el sangrado (esta operación tardó aproximadamente 8 minutos desde la identificación de la situación hasta la introducción del bloqueador). Se avisó al servicio de Neumología para intentar localizar el lugar exacto de sangrado sin éxito, por lo se decidió contactar con el servicio de Radiología Intervencionista para comentar el caso y la posibilidad de embolización.

Durante todo este proceso se realizaron y aplicaron las maniobras que necesitaba la paciente en ese momento (resucitación agresiva con volumen, uso de drogas vasoactivas para el mantenimiento de la tensión y de la correcta función cardiaca, transfusión de hemoderivados etc.). Tras la estabilización hemodinámica y del sangrado, se procedió a finalizar la cirugía y a trasladar a la paciente al servicio de Radiología Intervencionista donde se realizó el tratamiento definitivo del sangrado (adjunto informe de Radiología Intervencionista). Esta manera de proceder (bloqueador bronquial + embolización endovascular) está descrita en multitud de casos en los que se ha reportado esta complicación.»

Informe del Jefe de Servicio de Cirugía Cardiovascular del HUMS, que indica:

«Tras leer con detenimiento la solicitud de la sección de asuntos jurídicos, observamos que no se solicita nada específico para contestar o informar por parte de nuestro servicio. Solamente por lo tanto haremos un comentario único con respecto a la petición que figura en el escrito de reclamación de imponer una falta disciplinaria al Dr [G], cirujano de nuestro servicio. Y es que el Dr. [G] no omitió ninguna información respecto a lo sucedido durante la cirugía; información que dio en dos ocasiones: al terminar el procedimiento, cuando fue preciso trasladar a la paciente a la unidad de Radiología Intervencionista, y al volver de allí a la UCI con el problema resuelto (amén de dejarlo por escrito en el protocolo quirúrgico).»

Informe de la Subdirección médica de Servicios Quirúrgicos del HUMS

«(...) Tras valorar los informes y el relato que me aportaron las conversaciones con los profesionales de cirugía cardiovascular, anestesia y radiología intervencionista CONCLUYO:

1.- NO SE PUEDE AFIRMAR TAXATIVAMENTE QUE EL ORIGEN DEL SANGRADO FUESE POR EL SWAN-GANZ puesto que no puede descartarse la apertura espontánea de un vaso sanguíneo deteriorado por toda la patología que presentaba la paciente (valvulopatía, alteraciones de la coagulación, hipertensión pulmonar, etc.).

2.- Aun asumiendo que el motivo más probable de sangrado, contemplado en la bibliografía médica e inherente a la técnica-procedimiento, es que el vaso sanguíneo ya deteriorado, por toda la patología que presentaba la paciente, en contacto del catéter se hubiera podido rasgar ocasionando un punto de sangrado, este se embolizó precozmente y por lo tanto se resolvió la incidencia.

3.- La Dra. [O] y el Dr. [G] creen que fueron grabadas sus conversaciones, sin su consentimiento, habiendo sido EXCLUIDAS INTENCIONALMENTE las partes de la conversación de quién realizó las grabaciones y, por ende, el contexto y la intención de la grabación consideran que deberían tenerse en cuenta.

4.- Al respecto del punto anterior, consideran que al Dr. [G], SE LE CONDUJO EN LAS CONVERSACIONES con la familia, PARA QUE RESPONSABILIZARA AL ANESTESIOLOGO que colocó en Swan-Ganz. Por tanto, consideran que el contexto y la intención de la grabación deberían ser tenidas en cuenta.

5.- En ningún momento hubo intención de ocultar información al respecto, como lo demuestran los informes.

6.- Se resolvió la complicación del sangrado pulmonar con profesionalidad y pericia. Al respecto, hablo también con el Dr. [P] (radiólogo intervencionista que realizó la embolización del vaso sangrante) y me confirma que el sangrado pulmonar se solucionó en la sala de radiología intervencionista sin mayores complicaciones.

7.- El Dr [E] no informo a la familia tras la intervención, porque siguió el protocolo habitual en el que el anestesiólogo transmite la información del paciente al intensivista que lo recibe, siendo el cirujano primero y el intensivista después quienes informan a la familia de la intervención. No obstante reconozco que dada la complejidad del caso, hubiera sido adecuado informar personalmente a la familia.

8.- El día que la doctora [O] junto al resto del equipo informa a la familia en lugar del Dr [E] que era el anestesiólogo titular, lo hizo por dos motivos; la Dra [O] fue la facultativa que acudió a ayudar al Dr [E] a resolver la hemorragia pulmonar y era perfecta conocedora del caso; y los inmediatos superiores del Dr [E], como segunda víctima de este incidente, entendieron que era mejor mantener cierta distancia emocional con la familia y por eso delegaron en la sra [O] para dar la información.

9- Parece que resultaría de interés, para esta reclamación, conocer si la trabajadora de la UCI que facilitó información a la familia, podía acceder a la HCE de la paciente, tenía asignada su asistencia o tenía algún tipo de relación personal con la familia del paciente. Llama la atención que después de más de dos meses de ingreso en la uci, con lo que parece una falta de entendimiento entre la familia y los profesionales según las declaraciones que se reflejan en la reclamación, el grueso de la reclamación se base en una complicación intraoperatoria que se resolvió con éxito y que nunca volvió a dar muestras de sangrado durante el ingreso.»

Quinto.- Con fecha de 9 de julio de 2024 se emite informe de Inspector médico que concluye lo siguiente:

«...

6. JUICIO CRÍTICO

Nos encontramos ante una paciente de 75 años con antecedentes de múltiples factores de riesgo cardiovasculares (hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, historial de ictus previos, fibrilación auricular permanente, antecedentes de patologías neoplásicas, paciente frágil, con afasia global secuela de los ictus sufridos).

La paciente era seguida por el servicio de cardiología del hospital Obispo Polanco por valvulopatía mitral. En los últimos controles en 2022 se había constatado insuficiencia mitral severa. Se realizó estudio de la paciente y se decidió derivar al HUMS para valorar recambio valvular más cierre de orejuela.

La paciente ingresó en el HUMS el 23 de enero para ser operada el 25 de enero, consta en historia clínica el consentimiento informado sobre el procedimiento a realizar. Se trata de un consentimiento informado general donde se hace referencia a que el cirujano ha dado explicaciones detalladas sobre las características de la intervención y los posibles riesgos en relación a las circunstancias del caso, así como de los posibles riesgos si la paciente decidiera no realizarse la intervención. Se trataba de una intervención no exenta de riesgos y máxime cuando se trataba de una paciente con múltiples factores de riesgo y fragilidad, no obstante, los antecedentes de varios ictus y el riesgo evidente de volver a sufrirlos hacían recomendable la realización de la intervención.

Según el protocolo quirúrgico de fecha 25 de enero firmado por el médico adjunto de cardiovascular Dr. [G] y la anotación en historia clínica de 25 de enero a las 19:21 del Dr. [E] todo el procedimiento se realizó de forma adecuada y sin que exista evidencia de que se cometiera algún error del cirujano o del anestesista. Resultó necesaria la utilización de un catéter de arteria pulmonar (Swan-Ganz) que está indicado en cirugías correctivas por enfermedad valvular grave con posible existencia de hipertensión arterial pulmonar. Se realizaron todas las recomendaciones para el uso adecuado del catéter: no introducción de más de 40 cm, comprobación del deshinchado del balón y utilización de la presión pulmonar diastólica como aproximación, por la existencia de factores de riesgo de rotura vascular.

Ambos facultativos coinciden en describir la existencia de una complicación intraoperatoria. Se produjo un cuadro de hipotensión y desoxigenación coincidiendo con una hemorragia severa a través del tubo orotraqueal. No existe evidencia que permita afirmar taxativamente que el origen de la hemorragia fuera por manipulación errónea del catéter, ya que, no podemos descartar la posible rotura de un vaso sanguíneo dados los antecedentes de patologías y factores de riesgo que presentaba la paciente.

El Dr. [G] especifica que posiblemente la hemorragia guarde relación con una movilización del catéter que se realizó minutos antes del evento, aunque no hay evidencia de que la movilización fuera realizada de forma inadecuada. De hecho, esta complicación está descrita en la bibliografía en un 0,5 % de los casos, con una mortalidad que va del 33% al 80%. Los factores de riesgo de esta complicación son: sexo femenino, edad mayor de 60 años, valvulopatía mitral, hipertensión pulmonar, hipotermia, alteraciones de la coagulación. La paciente cumplía todos estos factores de riesgo que están asociados a una fragilidad vascular que aumenta el riesgo de rotura. Una vez detectada la complicación, la reacción fue muy rápida consiguiéndose un embolizado precoz, por lo que la paciente una vez estabilizada pasó a UCI.

En otro orden de cosas ha quedado acreditada la formación suficiente para realizar este tipo de intervenciones del facultativo Dr. [E] cuyo curriculum ha quedado plasmado en el informe emitido por el jefe de servicio de anestesiología y reanimación Dr. [Q] y que consta en la documentación del expediente.

La paciente estuvo ingresada en UCI hasta su fallecimiento el 21 de marzo del 2023. Aunque la familia pone el énfasis en la negligencia por mala praxis durante la intervención, también realizan algunas afirmaciones como el uso inadecuado de amiodarona, sin embargo, en anotación del servicio de intensivos de fecha 12.02.23 queda claramente justificado el uso de la amiodarona, dado que la paciente no presentaba leucocitosis por su uso sino por la existencia de un cuadro séptico activo.

En el contexto clínico de la paciente el beneficio de la administración de amiodarona era mayor que el potencial perjuicio.

Tampoco existe clara justificación para reclamar como imprescindible para la evolución de la paciente la realización de un estudio de trombofilias; la paciente presentaba un alto riesgo trombótico y hemorrágico con un pronóstico muy malo, en un contexto donde el equipo de UCI había aconsejado centrarse en el confort y evitar medidas fútiles.

7. CONCLUSIONES

Como consecuencia de todos los datos analizados en los apartados anteriores, podemos afirmar que no existe evidencia en la historia clínica de que haya existido una actuación inadecuada. Nos encontramos con una paciente con múltiples factores de riesgos que precisaba sustitución valvular mitral por grave insuficiencia mitral. Fue necesaria la utilización de un catéter Swan-Ganz. La capacitación del facultativo de anestesia para manejar el catéter ha quedado acreditada. No podemos afirmar que existiera un error en la ejecución del procedimiento. En la rotura vascular que provocó la hemorragia que agravó el pronóstico de la paciente, pudieron influir claramente todos los factores de riesgo que presentaba Dª [D]. Se trata de una complicación descrita en la bibliografía en un 0,5 % de los procedimientos.»

Sexto.- Con fecha de 26 de julio de 2024 se emite informe por el Dr [R], (medico especialista en cirugía cardiovascular) por cuenta de PROMEDE, para la Compañía Aseguradora BERKSHIRE HATHAWAY INC. En este informe, tras una detallada relación de la historia clínica de la reclamante, se alcanzan las siguientes

«IV.- CONSIDERACIONES MÉDICO-LEGALES.

Las complicaciones derivadas de la colocación del catéter de arteria pulmonar se sitúan entre el 3 y el 17%, que van desde las más frecuentes y leves (punción carotídea, extrasístoles, etc.) a las más graves (rotura de la arteria pulmonar, infarto pulmonar, fibrilación ventricular, bloqueo auriculoventricular, etc.) con una mortalidad de hasta el 70% en casos de ruptura arterial pulmonar. Los factores de riesgo incluyen edad superior a 60 años, sexo femenino, hipertensión pulmonar, alteraciones de la coagulación o tratamiento anticoagulante, hipotermia y manipulación durante la cirugía. La angiografía pulmonar se considera el "gold standard" para el diagnóstico, prueba que se realizó en este caso.

La rotura de la arteria pulmonar puede provocar lesiones que abarcan desde un daño vascular poco detectable, hasta una hemorragia masiva. Las causas pueden ser la migración espontánea de la punta del catéter, volumen insuflado inapropiado o manipulación excesiva.

La indicación de la intervención está perfectamente justificada al igual que la utilización del catéter de Swan-Ganz por las características clínicas de la paciente. No es demostrable ni la impericia del Anestesiólogo que introdujo el catéter ni la incorrecta manipulación del mismo, pues el departamento de Anestesiología acredita una experiencia amplia en su manejo. La hemorragia pulmonar es una complicación grave poco frecuente descrita en la bibliografía y que conlleva una alta morbi-mortalidad, especialmente en pacientes con múltiples comorbilidades. El diagnóstico y posterior tratamiento de la complicación acaecida se ajusta en todo momento a la praxis médica.

V.- CONCLUSION.

Tras el análisis médico-legal del caso se considera que la asistencia sanitaria prestada fue correcta adecuada, no siendo consecuencia de la misma los hechos y daños reclamados. No se encuentra justificada la argumentación expuesta por los reclamantes.»

Séptimo.- El 30 de agosto de 2024 se presentan una serie de alegaciones por los reclamantes tras la consulta del expediente y vistos los informes del inspector médico y de Promede, con el siguiente tenor (reproducido parcialmente):

«A) RESPECTO AL INFORME TÉCNICO de D. [S], Médico Inspector del DEPARTAMENTO DE SANIDAD, de fecha 9 de Julio de 2024, en relación a la reclamación de responsabilidad patrimonial abierta a nombre de D^a [D].

Partiendo de que la paciente no tuviera otra alternativa que la IQ con catéter de Swan-Ganz, (aunque está contraindicado en mucha de la bibliografía en coagulopatias) y que era una paciente con múltiples factores de riesgo, nos encontramos ante la siguiente dicotomía, - o la arteria pulmonar se rompió de manera espontánea, - o la perforación de la arteria pulmonar se produce consecuencia de la manipulación del catéter de Swanz-Ganz que, o bien se introdujo de mas, o bien no se deshinchó el balón debidamente.

Teniendo en cuenta que el catéter no lleva una cámara que demuestre si es 100% seguro que se rompiera de manera espontánea, o no, lo más adecuado es apoyarse, según la DEFINICION DE EVIDENCIA, en el conjunto disponible de hechos o de información que indican si una creencia o proposición es válida o verdadera. Porque ademas existe otra evidencia, la moral.

EVIDENCIAS EXISTENTES DE QUE LA ROTURA SE PRODUCE POR LA MANIPULACIÓN INCORRECTA DEL CATETER. Dice el Médico Inspector que “Como consecuencia de todos los datos analizados en los apartados anteriores, podemos afirmar que no existe evidencia en la historia clínica de que haya existido una actuación inadecuada”.

Que no esté escrito, no quiere decir que no hubiese una actuación inadecuada. De haber sido adecuada, Dña [D] no hubiese fallecido.

1.- Lo único que hay escrito en la historia clínica es el INFORME MEDICO del día de la operación de 25/01/24 del Dr [G], y hace precisamente referencia a que tal suceso ocurrió probablemente por la manipulación del catéter. No pone que probablemente ocurrió por una casualidad del destino, y se rompió de manera espontanea., escribe que por la manipulación de catéter. Pero este informe no parece ser una evidencia para el Médico Inspector.

2.- En la historia clínica existe AUSENCIA DE REGISTROS del día de la operación, que puedan corroborar la afirmación del médico Inspector de que la actuación en la manipulación fue la adecuada, tal como el registro del volumen de aire de hinchado del balón, los centímetros que se introdujo el catéter, las curvas de las presiones, y su registro, PAD presión aurícula derecha, PVD presión ventrículo derecho, PCP presión capilar pulmonar o de enclavamiento, PAP presión de la arteria pulmonar (esta si que esta registrada), entre otros registros necesarios.

3.- INFORME DEL DR. [E]. El informe del Dr. [E] del día de la IQ de 25 de enero de 2023, recoge que la paciente desde el principio de la operación se muestra muy lábil hemodinamicamente. Aun eso, siguieron adelante, sin pensar que, tal vez, podía haberse producido la perforación de la arteria en ese momento. Ningún informe del Inspector médico, ni del Perito médico, hace referencia a este extremo.

3.- DECLARACIONES DR. [G]. El doctor [G] SI reconoce que hubo una actuación inadecuada. En la denuncia original, están recogidas todas las declaraciones que nos hizo a la familia los días previos y posteriores al fallecimiento de Dña. [D]. Pero no debe ser una evidencia para el Médico Inspector (...).

4.-DECLARACIONES DE LA DRA. [N]. A continuación, vamos a exponer declaraciones de la Dra. [N] el día 15 de marzo de 2023, a las 17,04 horas, en el despacho de la UCI Coronaria del HUMS. Estas declaraciones no están recogidas en la declaración original, pero sirven para aclarar las evidencias (...).

5.- DECLARACIONES DE LA DRA. [O] (la cual no estaba en el quirófano).

Reconoce que en un alto porcentaje la arteria se rompe por el impacto del catéter. De nuevo no dice que es muy improbable que fuera por el catéter, ni que casi seguro fuera una rotura espontánea, dice que en un alto porcentaje de posibilidades es por el catéter.

- “hubo una complicación que pudo ocurrir asociada al catéter, aunque al 100% es difícil saberlo, aunque un alto porcentaje de posibilidades es que fuera por ese catéter, totalmente de acuerdo”

6.- Tanto médicos como la bibliografía vinculan el éxito de esta técnica a la EXPERIENCIA del MANIPULADOR.

7.- El engaño e intento de manipulación hasta los últimos días de vida de Dña [D], enturbian la veracidad médica. Si bien, el Dr. [G] desveló lo acontecido una vez consultado.

8.- La **probabilidad** de que una arteria se rompa sola es cercana a 0, y que este suceso ocurra en el preciso instante de la operación es 0.

9.- RECONOCIMIENTO DEL RIESGO.

(..)

LOS FACTORES DE RIESGO NO SON LA CAUSA, son dificultades que hacen más complejo el **proceso**. Y este era otro motivo de la denuncia. Si incurrían en la persona a operar casi todos los factores de complicaban la operación, ¿se eligió al personal más adecuado y experimentado como obligan los protocolos de actuación para el manejo del cateter de Swan Ganz, o intervino el anestesista que tocaba por turno? Estamos hablando de personas y vidas, no de objetos materiales. Les recordamos el motivo de la denuncia:

NEGLIGENCIA POR MALA PRAXIS, AL EJECUTAR MAL UNA ACCIÓN MEDICA POR UN ERROR DURANTE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR IMPRUDENCIA E IMPERICIA. Con el antecedente de NO haber seleccionado el EQUIPO MEDICO FACULTATIVO DEBIDO Y MAS ACORDE A LA FRAGILIDAD DE LA PACIENTE A INTERVENIR, OCACIONANDO EL FALLECIMIENTO DE [D].

Fue una intervención quirúrgica programada, en la que **se pudo elegir al personal que requiere la técnica**. No fue una operación por urgencia, en la que se dispusiese si o si del anestesiolego de turno, independientemente de su experiencia.

10.- CONSENTIMIENTO INFORMADO.

La familia desconocemos de quién es la firma del consentimiento informado de las técnicas anestésicas del 25 de enero de 2023, ni quién es el Dr. [T]. Todos los consentimientos se firmaron el 23 de enero por la noche con el Dr. [U], y los firmó la hija de la paciente, Dña. [B].

B) RESPECTO el INFORME PERICIAL del Dr. [R], sobre el análisis de la asistencia prestada por el Servicio Aragonés de Salud a Dña. [D].

En este escueto Informe, recoge el Dr. que,

“No es demostrable ni la impericia del Anestesiolego que introdujo el catéter ni la incorrecta manipulación del mismo, pues el departamento de Anestesiología acredita una amplia experiencia en su manejo.”

Visto el Informe del Servicio de Anestesiología y reanimación de HUMS (Informe sin firma ni fecha):

- No conseguimos localizar la acreditación del Departamento de Anestesiología sobre la amplia experiencia del manejo del catéter por parte del Dr. [E],

- En un caso del fallecimiento de una persona, lo que se debería demostrar es la pericia de Anestesiolego., y no hacer esta afirmación sin disponer de la información que lo acredita.

- No existen registros que demuestren que la manipulación fue la correcta.

Solicitud:

A la espera de obtener el Informe del perito médico de parte y la Autopsia definitiva, la familia solicita se vaya dando trámite a todas las alegaciones planteadas y no divagar sobre los datos y registros exactos.

1.- Por tercera vez solicitamos sea resuelta la a pregunta planteada en 2 ocasiones anteriores (reclamación inicial de 24 de enero de 2024, y en la solicitud de información de 8 de mayo de 2024), y que **reiteramos en una ocasión mas:**

-Sea resuelta la cuestión sobre el número exacto de intervenciones en las que el Dr. [E] ha estado como anestesista principal en intervenciones quirúrgicas manipulando el catéter de SWAN-GANZ, hasta el 25 de enero de 2023.

- Sea resuelta la cuestión sobre si el equipo médico convocado para esta IQ programada con mucha antelación y a tenor de la fragilidad a la que han aludido en esta paciente, fue el debido. Si el Dr elegido para esta operación, es de los más experimentados del Departamento de Anestesiología.

2.- Motive el Dr. [S], cuales son las evidencias de las que dispone para poder obviar todo lo anteriormente expuesto en el apartado A, y nos explique facultativamente si la manipulación del catéter es la correcta, ¿cómo se rompe una arteria pulmonar? para que la familia lo podamos comprender.

3.- Señale el Dr. [R] donde se encuentra la acreditación por el Departamento de Anestesiología, sobre la amplia experiencia en el manejo del catéter de Swan-Ganz por parte del anestesiolego que menciona, y los datos objetivos con los que cuenta para poder deducir que la manipulación fue correcta.

4.- Si la paciente desde que se introdujo el catéter de Swan- Ganz se mostró hemodinamicamente muy lábil, ¿por qué no se detuvo la IQ, y se comprobó la causa de esa situación?»

Octavo.- En respuesta a dichas alegaciones consta en el expediente nuevo informe del Servicio de Anestesiología y Reanimación del HUMS:

«1- El Dr [E] hasta el 25 de enero de 2023 colocó y manejo 7 cateteres Swan-Ganz como anestesiólogo principal y otros 7 en su formación como residente. En ninguno de los anteriores casos se produjo ninguna complicación. Ni en la colocación. La colocación de estos catéteres ha disminuido en los últimos 15 años debido al avance de la ecocardiografía transesofágica, quedando el uso del catéter indicado en un número mucho menor de pacientes como es el caso de Dª [D], lo que supone que la casuística de cateters solicitados sea baja comparada con hace 20 años incluso en anestesiólogos especializados en cirugía cardíaca como el Dr. [E].

2. Toda la plantilla de la unidad de anestesia cardio-torácica, 10 anestesiólogos de los 95 del servicio de anestesia reúnen las competencias para afrontar este tipo de cirugías que aunque complejas son habituales. Desde el años 2011 existe una dotación específica de anestesiólogos dedicada a la atención de la anestesia cardiotorácica destinada a mejorar la seguridad y la calidad asistencial de los pacientes sometidos a estas intervenciones complejas, plantilla a la que pertenece el Dr. [E]. Además cualquier complicación o incidente, siempre están compañeros de apoyo como ocurrió en el caso que inmediatamente había varios anestesiólogos de esa unidad dando apoyo, desde el momento que surgió el sangrado y hasta la resolución del mismos en radiología intervencionista y traslado a UCI.

3. A la vista de las alegaciones formuladas por el reclamante en relación con el informe emitido con anterioridad, considero necesario matizar lo ya reflejado en el mismos porque la interpretación efectuada no se ajusta a la realidad. En el informe realizado se indicaba “monitorización estándar y canalización de vía central con introductor en vena yugular interna derecha bajo control ecográfico, se introduce catéter Swan-ganz en condiciones de asepsia sin incidencias. Hasta la entrada en CEC paciente muy lábil hemodinámicamente y con necesidad de noradrenalina prácticamente desde el inicio de la cirugía...”. En ningún momento se insinúa ni desprende del informe que la causa de la labilidad hemodinámica fuese el catéter en la arteria pulmonar ni que hubieses coincidido con la inserción del mismo ya que se recoge que la inserción del catéter se realizó sin incidencias expresando los valores de presiones pulmonares obtenidos. La labilidad hemodinámica es una situación frecuente en pacientes sometidos a cirugía cardíaca que son en general pacientes con patologías graves y situación para cuya atención están perfectamente capacitados todos los anestesiólogos de la unidad.

En cuanto a por qué se continuo la intervención quirúrgica, a pesar de la labilidad expresada, es necesario entender los efectos de los fármacos administrados para la inducción anestésica y el mantenimiento de la misma, así como la naturaleza de la cirugía a realizar. La gran mayoría de los fármacos utilizados para esto, tienen un efecto predominantemente vasodilatador, lo que va a provocar una hipotensión generalizada del paciente, que tendrá una mayor o menor repercusión según el estado basal del paciente. En este caso, debido a la disfunción cardíaca que presentaba ya la paciente previamente a la cirugía, se tuvo que acompañar de noradrenalina (fármaco vasopresor) para mantener unas tensiones arteriales adecuadas, como se realiza en un gran número de cirugías de este tipo (son cirugías de corazón, se presupone una cardiopatía a corregir).

Se descartó cualquier complicación con el CAP puesto que no había ningún signo clínico que hiciese sospechar de ello: buena curva de monitorización de presiones pulmonares, no objetivación de sangre a través de tubo endotraqueal, no anemia brusca (descenso del nivel de hemoglobina) en las distintas analíticas que se hicieron a la paciente que hicieran sospechar un sangrado activo. Y además la situación de labilidad generalizada coincidía con los antecedentes de la paciente y la cirugía a la que estaba siendo sometida.

Por todo esto y puesto que esa labilidad hemodinámica se pudo manejar con fármacos vasopresores a dosis bajas, se continuo con la cirugía como estaba prevista.»

Noveno.- Con fecha de 30 de agosto de 2024, los reclamantes presentan nuevo escrito solicitando se rehúsen tanto el informe de la inspección sanitaria como de Promede por considerar ambos informes insustanciales y parciales, siendo ambos abstractos y genéricos. Y asimismo solicita que se posponga la comisión de valoración prevista para el 26 de septiembre de 2024 del expediente de responsabilidad hasta que puedan tener a su disposición informe pericial médico de parte que se señala se está realizando.

Décimo.- El día 24 de septiembre de 2024 tiene entrada un informe médico pericial de PROMEDE ampliado. En dicho informe, adicionalmente a lo ya expuesto, se incluye la siguiente referencia:

«... El Servicio de Anestesiología presenta certificación ISO de calidad asistencial desde 2019, siendo un grupo de trabajo cerrado cuya labor asistencial se desarrolla exclusivamente en procedimientos quirúrgicos cardiovasculares y torácicos. El Dr. [E] presenta una cualificación y trayectoria excelente y acorde a la calidad del servicio. Según el informe de Anestesiología, la manipulación del CAP se realizó siguiendo todas las recomendaciones científicas para minimizar el riesgo de complicaciones y una vez detectada la hemorragia se pusieron en marcha las medidas necesarias para la corrección (introducción de bloqueador bronquial) de forma inmediata, de manera que aproximadamente en 8 minutos se había controlado la hemorragia, muestra inequívoca de la pericia de las actuaciones de anestesiología. Se avisó al servicio de Neumología para localizar el lugar exacto de sangrado y se decidió contactar con el Servicio de Radiología intervencionista para la posibilidad de embolización. Durante todo este proceso se realizaron y aplicaron las maniobras que necesitaba la paciente en ese momento para trasladarla estable a la sala de radiología, demostrando una vez más la excelente actuación de anestesiología ante una situación tan grave.»

Undécimo.- Con fecha 22 de octubre de 2025, no habiendo presentado los reclamantes informe pericial al que se refieren en escrito de 30 de agosto de 2024, se acuerda la apertura del trámite de audiencia, siendo notificada a los interesados, que no presentan alegaciones.

Duodécimo.- Con fecha de 30 de marzo de 2026 se formula propuesta de resolución proponiendo desestimar la reclamación de responsabilidad presentada, por inexistencia de daño antijurídico.

Décimo tercero.- El Consejero de Sanidad solicitó del Consejo Consultivo de Aragón dictamen preceptivo, mediante escrito de fecha 1 de marzo de 2026, registrado de entrada el día 7 de marzo, adjuntando propuesta de resolución, copia del expediente administrativo y relación- índice de los documentos que lo conforman.

CONSIDERACIONES JURIDICAS

I

Competencia del Consejo Consultivo

- 1 La ley de procedimiento administrativo común (artículo 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, LPAC) dispone que «cuando las indemnizaciones reclamadas sean de cuantía igual o superior a 50.000 euros o a la que se establezca en la correspondiente legislación autonómica (...) será preceptivo solicitar dictamen del Consejo de Estado o, en su caso, del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma».

- 2 La disposición final tercera de la Ley 5/2021, de 29 de junio, de Organización y Régimen Jurídico del Sector Público de Aragón (LRJSPAr), que entró en vigor el 02/10/2021, modificó el artículo 15.10 de la Ley 1/2009, de 30 de marzo, del Consejo Consultivo de Aragón y elevado el umbral a partir del cual es preceptivo el dictamen del Consejo Consultivo en los procedimientos de «reclamaciones administrativas de indemnización de daños y perjuicios», que pasa de 6.000 a 50.000 euros según la cuantía de la indemnización solicitada.
- 3 La reclamación de responsabilidad patrimonial a la que se refiere este dictamen fue presentada el 24 de enero de 2024 en el registro del Gobierno de Aragón y contiene una pretensión de indemnización superior a 50.000 euros, por lo que este dictamen se debe considerar preceptivo.
- 4 Los artículos 19 y 20 de la Ley 1/2009 disponen que resulta competente la Comisión para la emisión del dictamen.

II

Normativa aplicable a este procedimiento

- 5 El procedimiento se inicia por reclamación presentada el 24 de enero de 2024 y se regula por las Leyes 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común (LPAC) y 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP).
- 6 Según el artículo 36.2 de la Ley 5/2021, de 29 de junio, de Organización y Régimen Jurídico del Sector Público Autonómico de Aragón, y la estructura orgánica básica de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón, corresponde al titular de la consejería competente resolver las reclamaciones por responsabilidad patrimonial de la Administración.

III

Legitimación, plazo y otras cuestiones formales.

- 7 En relación con las cuestiones formales, los reclamantes reúnen la condición de interesados en el procedimiento conforme con lo dispuesto en la LPAC, y la reclamación se dirige a la Administración pública competente.
- 8 Por lo que se refiere a la cuantía de la indemnización, se solicita una cantidad de 275.762´71 euros, siendo la misma la suma de las cantidades correspondientes al marido (123.483´02); a las dos hijas (23.805´12 cada una) y a los hermanos (35707´68) y otros allegados (59.512´8) además de gastos económicos colaterales derivados de los gastos de las hijas durante la estancia de su madre en el hospital (9448´73 euros). La reclamación se formaliza por esposo e hijas de modo que su legitimación solo ampara la reclamación de la cuantía solicitada correspondientes a su condición, pero no a la correspondiente a los no reclamantes.
- 9 El artículo 67.1 de la LPAC establece que el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo y, en el caso de daños físicos o psíquicos, desde su curación o la determinación del alcance de las secuelas. En este caso no cabe apreciar la prescripción del derecho a reclamar atendiendo a la fecha de presentación de la reclamación el 24 de enero de 2024, por el fallecimiento que había tenido lugar en fecha de 21 de marzo de 2023.

- 10 El plazo para resolver expresamente y notificar este procedimiento de responsabilidad patrimonial es de seis meses (art. 91.3 LPAC). El procedimiento se inició por Providencia de admisión a trámite de 21 de marzo de 2024 y la propuesta de resolución es de 30 de marzo de 2026. Pero debe tenerse en cuenta que tras la instrucción del procedimiento los reclamantes solicitaron por escrito de agosto de 2024 suspensión del procedimiento hasta incorporación al mismo del informe pericial que anunciaron. Sin presentación del mismo con fecha de 22 de octubre de 2025 se concede trámite de audiencia sin alegación alguna por los reclamantes. En cualquier caso, este Consejo Consultivo debe emitir su dictamen, pues, de acuerdo con el artículo 21 de la LPAC, la Administración está obligada a dictar resolución expresa y a notificarla en todos los procedimientos, sin vinculación alguna al sentido negativo de aquel silencio (artículo 24.3.b) de la LPAC).

IV

Sobre las peculiaridades de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario

- 11 La institución de la responsabilidad patrimonial de la Administración, reconocida en el artículo 106.2 de la Constitución española, atribuye a los particulares un derecho 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, y se cumplan los demás requisitos dispuestos por el ordenamiento jurídico (art. 32 LRJSP). Los requisitos para que sea declarada la responsabilidad patrimonial de la Administración, según reiterada y pacífica formulación doctrinal y jurisprudencial, pueden resumirse en los siguientes: a) una lesión o daño antijurídico que el ciudadano no tenga el deber de soportar, lo que se traduce en la efectiva realización del daño o perjuicio evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) imputable a la Administración, esto es, que sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; c) una relación directa de causa a efecto (relación de causalidad) entre el daño causado y la actuación administrativa, sin intervención extraña que pueda influir en el nexo causal, excepto en los casos de fuerza mayor, y d) que no haya prescrito el derecho a reclamar, que legalmente se fija en un año computado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.
- 12 Siguiendo la jurisprudencia sobre la materia y la doctrina consolidada de los órganos consultivos, no cabe duda de que en el ámbito sanitario la responsabilidad administrativa no está necesariamente ligada al fracaso del tratamiento, ya que no puede existir una certeza total sobre su resultado. Cuando una persona con un padecimiento previo pretende legítimamente recuperar su salud, la responsabilidad se vincula no sólo a la consabida relación de causa-efecto entre el daño antijurídico y el servicio público sanitario (nexo causal), sino que exige un plus añadido: la infracción de los principios de buena práctica médica, es decir, el conjunto de prácticas médicas aceptadas como adecuadas para tratar al enfermo en un momento determinado, conocida como 'lex artis' (por todas, STS 1448/2016, ECLI:ES:TS:2016:1448, FJ. 1).
- 13 El Consejo de Estado (Dictámenes 166/1999 y 692/1999, de 11 y 25 de marzo, entre otros) y la Comisión Jurídica Asesora, antecesora de este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen 132/2003, de 23 de septiembre y Dictamen 178/2003, de 2 de diciembre) afirman reiteradamente que para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario es preciso acudir al parámetro de la 'lex artis', de modo que sólo se podrá imputar a la Administración sanitaria por los daños y perjuicios causados al enfermo cuando se haya

infringido la práctica médica adecuada y aplicable al caso. En el caso de que no se infrinja la 'lex artis', ha de concluirse que tales perjuicios no son imputables a la Administración y han de ser soportados por el particular sin que generen, en modo alguno, el derecho a percibir una indemnización.

- 14 Por otro lado, la responsabilidad patrimonial de la Administración consagrada en el artículo 106.2 de la Constitución no supone la instauración de un seguro universal a cargo de la Administración ni convierte a las Administraciones públicas en "aseguradoras universales de todos los riesgos", como ha señalado el Tribunal Supremo en reiteradísimas ocasiones (por todas, STS 273/2013, ECLI:ES:2013:273, FJ.3 y STS 289/2016, ECLI:ES:TS:2016:289, FJ.7).

V

Sobre la concurrencia del nexo causal y la supuesta infracción de la 'lex artis'

- 15 Expuestos así los requisitos generales de la responsabilidad patrimonial de la Administración en el ámbito sanitario ya se puede valorar si, en atención a los hechos acreditados en el expediente y, de forma especial, a los informes técnicos emitidos, dichos requisitos concurren o no en el caso sometido a nuestro dictamen.
- 16 Los reclamantes consideran que existió negligencia al haberse manipulado erróneamente el catéter Swan-Ganz (catéter de arteria pulmonar, CAP) durante la intervención quirúrgica programada consistente en el remplazo de válvula mitral de corazón, provocando la rotura de la arteria, que ocasionó una incidencia de extrema gravedad (hemorragia severa, desoxigenación e hipotensión con parada cardiorespiratoria, shock hipovolémico). Pese a que se consiguió detener de manera urgente el sangrado, la paciente llega a la UCI en una situación de extrema gravedad de shock cardigénico, miocardia de estrés e inestabilidad hemodinámica, además de trombosis intracavitaria. Tras hallar el origen de la hemorragia en radiología intensivista, se lleva a cabo una embolización de la arteria. Ese mismo día en la UCI sufre un nuevo infarto. Durante los diez días siguientes la paciente tiene sedación y ventilación mecánica; tras intentar su retirada debido a la polineuropatía producida en la paciente, es incapaz de respirar y se debe realizar traqueotomía el 7 de febrero. Su evolución posterior en la UCI es desfavorable con complicaciones sucesivas de infecciones, shock séptico secundario y hemorragias digestivas, hasta el fatal desenlace del fallecimiento de la paciente.
- 17 De manera que invocan como causa de responsabilidad del servicio sanitario en el fallecimiento de la paciente una falta de diligencia médica en el curso de la intervención quirúrgica, en lo relativo al manejo del CAP, instrumental utilizado a lo largo de la misma para monitorización de la presión pulmonar.
- 18 También invocan como fundamento de su reclamación la teoría del daño desproporcionado a la vista del lamentable e imprevisible resultado del fallecimiento de la paciente.
- 19 Por último, la familia denuncia también una falta grave de información adecuada y clara por parte de los profesionales sanitarios durante todo el proceso, considerando que se les ocultó información sobre la realidad de los hechos durante la intervención.
- 20 Sobre la falta de debida diligencia médica, sostienen los recurrentes que se llevó a cabo un manejo incorrecto del catéter ocasionado por una falta de pericia del facultativo interviniente,

provocando una rotura en la arteria pulmonar, con la consiguiente hemorragia que haber podido ser controlada, colocó a la paciente en una situación de extrema gravedad y fragilidad, que lamentablemente terminó con fallecimiento.

- 21 De modo que la reclamación se fundamenta en una relación de causalidad directa entre una impericia médica en el manejo del catéter de arteria pulmonar utilizado para monitorizar la presión arterial durante la IQ y la rotura arterial, origen de la hemorragia de extrema gravedad que determinó todas las demás complicaciones posteriores. En primer lugar, es preciso poner de manifiesto que a la vista de los informes obrantes en el expediente parece claro que la hemorragia derivó de una rotura de arteria pulmonar. Pero no queda demostrado que dicha rotura arterial (confirmada en radiodiagnóstico de UCI) fuera causada por el manejo del catéter. Así lo afirma con claridad el informe de la subdirección médica del servicio quirúrgico del hospital sosteniendo «que no se puede afirmar taxativamente que el origen del sangrado fuese por el swan-ganz puesto que no puede descartarse la apertura espontánea de un vaso sanguíneo deteriorado por toda la patología que presentaba la paciente (valvulopatía, alteraciones de la coagulación, hipertensión pulmonar, etc.)».
- 22 En el mismo sentido se pronuncia el inspector médico señalando que «no existe evidencia que permita afirmar taxativamente que el origen de la hemorragia fuera por manipulación errónea del catéter, ya que no podemos descartar la posible rotura de un vaso sanguíneo dados los antecedentes de patologías y factores de riesgo que presentaba la paciente».
- 23 Sin embargo, pese a la falta de certeza absoluta de la causa de la rotura arterial, lo cierto es que parece coincidir un momento de manipulación del catéter con la aparición de la hemorragia, convirtiendo el manejo del CAP en causa probable o al menos relacionada de la rotura arterial. Ahora bien, incluso en el supuesto de existir un nexo causal entre el manejo del catéter y la producción de la rotura arterial, la responsabilidad patrimonial por dicha asistencia sanitaria requiere que el daño sea antijurídico, es decir, que no se tenga el deber jurídico de soportar.
- 24 A este respecto coinciden también los informes médicos obrantes en el expediente en que el uso de este instrumental era el preciso, dada la patología de la paciente, para una adecuada monitorización de la presión cardiaca durante la intervención quirúrgica, que, recordemos, se lleva a cabo para solventar una insuficiencia de válvula mitral y situación de hipertensión arterial. Recoge el informe del servicio de anestesiología que no se presentó ninguna dificultad técnica ni durante la inserción del introductor (se realizó con técnica Seldinger, estéril y ecoguiada), ni en la colocación del catéter en el lugar adecuado (arteria pulmonar), identificándose con las correctas curvas de presiones en el monitor de anestesia. En su recolocación posterior a la circulación extra-corpórea, tampoco hubo ninguna dificultad en su movilización, volviendo al posicionamiento adecuado, guiado por las curvas de presión pulmonar como se indica en la bibliografía.
- 25 Pese a ello, reconocen los informes que el uso de CAP es una técnica invasiva y por ello no está exenta de riesgos, de los que fue informado la paciente, señalando el informe del servicio de anestesiología que la rotura arterial es una de las complicaciones más graves posible, pero descrita con una probabilidad del 0'5 % de los casos, con una mortalidad que va del 33% al 80%. Pese a la baja probabilidad, es importante en la aparición de este riesgo la concurrencia de factores de riesgo en el paciente. Y sobre estos insiste también el inspector médico en su informe señalando que «los factores de riesgo de esta complicación son: sexo femenino, edad mayor de 60 años, valvulopatía mitral, hipertensión pulmonar, hipotermia, alteraciones de la coagulación. La paciente cumplía todos estos factores de riesgo que están asociados a una fragilidad vascular que aumenta el riesgo de rotura. Una vez detectada la complicación, la

reacción fue muy rápida consiguiéndose un embolizado precoz, por lo que la paciente una vez estabilizada pasó a UCI».

- 26 Todos los informes médicos recogen la concurrencia en la paciente de todos los factores de riesgo de producción de esta lesión de rotura de arterias durante el proceso. Es preciso no perder de vista que la paciente estaba sometida a una operación cardiaca precisamente por fragilidad arterial, además de acumular una patología clínica previa muy comprometida.
- 27 Asimismo resulta de los informes del expediente que el uso de ese instrumental, precisamente por la concurrencia de tantos factores de riesgo y situación de fragilidad de la paciente, se llevó a cabo con todas las cautelas posibles. En este sentido resulta ilustrativo el informe del inspector médico cuando señala: «según el protocolo quirúrgico de fecha 25 de enero firmado por el médico adjunto de cardiovascular Dr. [G] y la anotación en historia clínica de 25 de enero a las 19:21 del Dr. [E], todo el procedimiento se realizó de forma adecuada y sin que exista evidencia de que se cometiera algún error del cirujano o del anestesista. Resultó necesaria la utilización de un catéter de arteria pulmonar (Swan-Ganz) que está indicado en cirugías correctivas por enfermedad valvular grave con posible existencia de hipertensión arterial pulmonar. Se realizaron todas las recomendaciones para el uso adecuado del catéter: no introducción de más de 40 cm, comprobación del deshinchado del balón y utilización de la presión pulmonar diastólica como aproximación, por la existencia de factores de riesgo de rotura vascular».
- 28 Por lo tanto, se observó la mayor diligencia posible y además se llevó a cabo dicho manejo por persona especialista y competente. Sobre este particular todos los informes insisten en la experiencia y pericia acreditada del facultativo interviniente. El facultativo médico interviniente era especialista en anestesiología con diez años de experiencia y desde 2022 facultativo especialista en área en unidad de anestesia cardio torácica, perteneciente al Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital Universitario Miguel Servet, desde mayo de 2022 hasta la actualidad. Dicha Unidad presenta la certificación ISO de calidad asistencial (se adjunta certificación) desde 2019, siendo un grupo de trabajo cerrado cuya labor asistencial se desarrolla exclusivamente en procedimientos quirúrgicos cardiovasculares y torácicos.
- 29 Frente a estas conclusiones contundentes de los informes médicos, no presentan los reclamantes ninguna acreditación sobre la falta de diligencia médica en el manejo del catéter, más allá de sostener de manera genérica la impericia del equipo facultativo actuante, obviando los datos que se referencian sobre el curriculum y especialidad de los mismos.
- 30 De modo que todos los informes valoran de manera positiva tras el análisis de las circunstancias acontecidas, tanto la necesidad de utilización de este instrumental invasivo (pese a sus riesgos) para el debido control de la presión arterial, como la diligencia empleada por facultativo competente y especialista en el manejo del mismo a la vista de los factores de riesgo concurrentes en la paciente, así como la solvencia de reacción para hacer frente a la incidencia surgida. Los reclamantes además no han aportado ninguna prueba ni pericia desvirtuadora de tales conclusiones médicas que forman parte del expediente.
- 31 Además, tras la producción de la hemorragia, consta también reconocida en los informes la adecuada asistencia sanitaria recibida por la paciente, reaccionando de manera rápida y eficaz ante cada uno de las patologías y complicaciones surgidas.
- 32 En cuanto a los tratamientos posteriores a la que tuvo que ser sometida la paciente por complicaciones posteriores, los reclamantes también invocan como un elemento de inadecuada praxis médica la administración a la paciente de un medicamento (amiodarona) al que la paciente había resultado intolerante en una ocasión. Sin embargo, en anotación del

servicio de intensivos de fecha 12.02.23 queda claramente justificado el uso de la amiodarona, dado que la paciente no presentaba leucocitosis por su uso, sino por la existencia de un cuadro séptico activo. El informe del jefe de servicio de medicina intensiva se refiere a esta anotación, y señala expresamente que no hay contraindicación para el uso de amiodaroma con la documentación disponible en historia clínica. En dicho informe se explica que, entre la documentación de la historia clínica remitida, figuran los informes microbiológicos confirmatorios de las complicaciones infecciosas durante su estancia.

- 33 A la debida justificación del uso de este medicamento en la paciente se refiere también de manera expresa el informe del inspector médico, añadiendo que «en el contexto clínico de la paciente el beneficio de la administración de amiodarona era mayor que el potencial perjuicio». También se refiere el inspector médico a la alegación de las reclamantes (también sin acreditación médica alguna de tal afirmación) relativa a que habría sido imprescindible para la evolución de la paciente la realización de un estudio de trombofilias, señalando que no existe clara justificación para esta reclamación y ello porque la paciente presentaba un alto riesgo trombótico y hemorrágico con un pronóstico muy malo, en un contexto donde el equipo de la UCI había aconsejado centrarse en el confort y evitar medidas fútiles.
- 34 Por último, otro de los elementos en los que los recurrentes fundamentan la indebida asistencia sanitaria es la inadecuada información recibida durante el proceso. Así, los recurrentes recogen de manera minuciosa en su reclamación las manifestaciones e informaciones -a su juicio, contradictorias e inexactas- del cirujano y los facultativos intervinientes, al informar a las hijas de la paciente que durante la intervención había aparecido una hemorragia espontánea desconociendo su origen, cuando se ha objetivado después que el origen de la hemorragia se encuentra en la rotura de arteria pulmonar y ha reconocido en informes posteriores que probablemente causada al manipular el catéter.
- 35 Sobre este particular, debemos señalar en primer lugar que únicamente disponemos sobre dichas conversaciones de su reproducción en la reclamación, conversaciones que entendemos fueron obtenidas por las reclamantes mediante la grabación de las mismas sin su consentimiento, como pone de manifiesto el informe de la subdirección médica de los servicios quirúrgicos del HUMS. Para que dichas grabaciones no vulneren el secreto de las comunicaciones, según la jurisprudencia es preciso que se trate de conversaciones en las que participe el que graba. En este sentido no resultan acreditadas en el expediente dichas grabaciones ni su contenido íntegro por lo que desconocemos el contexto ni la intención de las mismas, no pudiendo por lo tanto dar por probadas las manifestaciones en las que fundan las reclamantes sus conclusiones de información contradictoria o falta de transparencia debida.
- 36 Sin perjuicio de lo expuesto, no existe dicha contradicción sostenida, ya que la misma deriva de una errónea interpretación de las afirmaciones del facultativo, que no trató de ocultar el verdadero origen de la rotura arterial cuando informó a las familiares de la paciente de que se ha producido una hemorragia de origen desconocido, porque en ese momento es cierto que no se conoce el origen, que es confirmado más tarde por el servicio de radiología en UCI. De modo que solo tras la objetivación del origen de la hemorragia, pudo el facultativo reconocer que se pudo causar por el manejo del CAP.
- 37 Por otro lado, y aun en el hipotético supuesto de que concurrieran unas informaciones previas confusas a los familiares, tal comportamiento podrá ser objeto de reproche por el desasosiego que generó en las hijas de la paciente, en estado de angustia por el curso de los acontecimientos. Pero dicho comportamiento médico en todo caso no contribuye ni tiene nexo causal alguno con la producción de los daños ocasionados a la paciente, que constituyen el objeto de esta reclamación de responsabilidad patrimonial.

- 38 Por lo tanto, de acuerdo con los informes médicos del expediente, resulta acreditada la debida diligencia médica en la atención a la paciente en cada momento, esto es, en el momento de la prescripción del tratamiento quirúrgico requiriendo para su desarrollo exitoso el uso del CAP, en la resolución del problema de la hemorragia sobrevenida, siendo detenida y abordada la situación de extrema gravedad ocasionada, realizando embolización posterior de la arteria pulmonar, y en la consiguiente asistencia sanitaria a la paciente durante su estancia en la UCI ante la grave situación de tromboembolismo pulmonar y complicaciones posteriores derivadas de infecciones y hemorragias abdominales.
- 39 Los recurrentes no han aportado (pese a haberlo anunciado en sus diversos escritos de alegaciones) ningún informe médico pericial que permita rechazar las conclusiones expuestas en estos informes médicos obrantes en el expediente administrativo. En consecuencia, cabe concluir, de todos ellos, que no se ha vulnerado la *lex artis ad hoc* en la asistencia sanitaria prestada a la paciente.

VI

El daño desproporcionado

- 40 Por último, se alude por los reclamantes al denominado daño desproporcionado. Se señala sobre el daño clamoroso o desproporcionado en la doctrina del Tribunal Supremo, sentencia n.º 1136/2016, de 19 mayo, recurso de casación n.º 2822/2014, lo siguiente:

«Sobre la base de lo expuesto y una vez excluida como jurisprudencia infringida la procedente de la Sala de lo Civil de este Tribunal -pues a efectos del artículo 88.1.d) de la LJCA se está a la de este orden jurisdiccional-, 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.»

- 41 De modo que, en estos casos, acreditándose el daño desproporcionado en atención a lo que es ordinario en tales situaciones, se presume que existe una culpa o negligencia en la prestación de asistencia sanitaria (y por tanto infracción de la *lex artis*) y es la Administración la que tiene que probar lo adecuado de su actuación conforme a la *lex artis*.

- 42 A la vista de esta doctrina, consideran los recurrentes que todas las complicaciones que se derivaron tras la hemorragia surgida durante la intervención tienen ese carácter clamoroso por ser consecuencias fuera de lo normal. Sin embargo, ya hemos visto que los diferentes informes médicos (fundados en bibliografía médica) referencian la rotura arterial origen de la hemorragia como uno de los posibles riesgos más graves (aunque infrecuente) del uso del

catéter de control de presión arterial, y, por lo tanto, no tiene cabida en el concepto de daño desproporcionado.

En atención a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Aragón formula el siguiente DICTAMEN:

Que, conformes con la propuesta de resolución, procede informar favorablemente la desestimación de la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por la deficiente asistencia sanitaria prestada en el hospital Miguel Servet a D.ª [D].