

Dictamen n<sup>o</sup>:           **307/11**  
Consulta:               **Consejero de Sanidad**  
Asunto:                 **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación:           **08.06.11**

**DICTAMEN** de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, emitido por siete votos a favor y dos votos en contra, en su sesión de 8 de junio de 2011 sobre la consulta formulada por el Sr. Consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1.f).1<sup>o</sup> de su Ley Reguladora 6/2007, de 21 de diciembre, en el asunto promovido por E.M.P.M., por asistencia sanitaria pretendidamente deficiente, prestada en el Hospital 12 de Octubre.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por el Consejero de Sanidad, mediante escrito de 28 de marzo, que ha tenido entrada en el Registro del Consejo Consultivo el 4 de abril de 2011, se formula preceptiva consulta a este Consejo Consultivo por trámite ordinario y corresponde su estudio, en virtud de reparto de asuntos, a la Sección VIII, presidida por el Excmo. Sr. D. Andrés de la Oliva Santos, que formula y firma la oportuna propuesta. El dictamen fue deliberado y aprobado, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en su sesión de 8 de junio, por siete votos a favor y los votos en contra de los Consejeros, Sr. Galera y Sra. Campos.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo es acompañado de documentación que en soporte CD, adecuadamente numerada y foliada, se considera suficiente.

**SEGUNDO.-** El día 20 de junio de 2007, E.M.P.M. (en adelante “*la reclamante*”) presentó reclamación de responsabilidad patrimonial por las secuelas padecidas como consecuencia de un ictus derivado de una embolia cerebral paradójica sobrevenida tras retirar, de la yugular derecha, un catéter que se le había colocado en la vía venosa central después de haber sido sometida, con éxito, a un trasplante hepático efectuado el 10 de diciembre de 2006 en el Hospital 12 de Octubre de Madrid.

En el escrito de reclamación se designa “*a efectos de OIR NOTIFICACIONES... el domicilio del Letrado C.S.G., sito en la Avda. A, aaa – bbb, 28916-Leganés (Madrid)*”. Al final del escrito de reclamación, junto al nombre de la reclamante manuscrito y sin rúbrica, aparece, tras abreviatura manuscrita del término “*Letrado*” (“*Ltdo*”), la firma y rúbrica que aparecerá posteriormente en todas las intervenciones de la reclamante.

La interesada considera que el accidente cerebro vascular que sufrió el 16 de diciembre de 2006, debe ser imputado a los facultativos responsables de su salud porque actuaron en todo momento con una absoluta dejadez, desidia y olvido de la “*lex artis ad hoc*”, que provocó una precipitada e inadecuada retirada del catéter y produjo a la reclamante un embolismo gaseoso cerebral y subsiguiente hemiparesia izquierda. Solicita una indemnización por importe de 600.000 euros.

En el expediente administrativo constan los siguientes hechos:

La reclamante, de 19 años de edad a la fecha de los hechos, ingresa con una muy severa crisis hepática y se beneficia de un trasplante hepático de donante cadáver el 10 de diciembre de 2006. La hepatectomía se lleva a cabo sin incidencias y la evolución postoperatoria inmediata en UVI resulta favorable. El 16 de diciembre de 2006, encontrándose la paciente en planta, una enfermera procede a la retirada del introductor yugular

derecho mientras la paciente, según la reclamación, se encuentra sentada en un sillón.

Tras la retirada del catéter, la paciente presenta disminución brusca del nivel de conciencia por lo que fue objeto de cuidados intensivos e ingresada en la UCI, encontrándose en coma Glasgow 7/9 y con paresia izquierda, siendo de nuevo intubada y sometida a la realización de un TAC craneal en el que se aprecia gas ectópico en surcos frontales derechos y en corona radiada derecha, compatible con embolismo gaseoso cerebral paradójico.

El día 19 de diciembre de 2006 se realiza CT de cráneo de control presentando área hipodensa frontal derecha, y occipital izquierda sugerente de lesión isquémica subaguda. Valorada por Neurología, presenta ictus isquémico bilateral hemisférico que afecta a la arteria cerebral, anterior, media y posterior. En ecocardiograma transtorácico se objetiva foramen oval permeable. En Eco-Doppler ejes carotídeos, territorio venoso femoropoplíteo, infrapoplíteo, vena yugular y subclavias permeables sin signos de trombosis. Se procede a retirar sedoanalgesia y se inicia progresión respiratoria con buena evolución posterior presentando hemiplejía izquierda en fase de rehabilitación.

Es dada de alta en la Unidad de Cuidados Intermedios el día 27 de diciembre de 2006 con progresión favorable, realizándose fisioterapia respiratoria y motora, objetivándose una recuperación de la movilidad progresiva, tanto de miembro superior como inferior izquierdo. RM craneal de control (03.01.07) isquemia extensa de predominio derecho por déficit genérico y baja perfusión con árbol vascular permeable. Versión laminar hemorrágica por evolución isquémica. El día 8 de enero de 2007 presenta cultivo positivo para *S.oxacilin* resistente. Valorado por Medicina Preventiva, se inicia aislamiento de contacto. Progresiva normalización de las enzimas hepáticas, que permite cerrar el tubo de Kehr. Inicio de tolerancia oral y retirada de antibioterapia, tras realizar el día 23 de enero

de 2007 una ecocardio-transesofágica, siendo el estudio negativo para endocarditis. El día 24 de enero de 2007 es dada de alta con recuperación de la movilidad de MS Izdo., y MI Izdo., que le permite la sedestación y la movilidad con apoyo debiendo continuar seguimiento en Consulta y rehabilitación ambulatoria.

**TERCERO.-** De conformidad con el artículo 10.1 del precitado Reglamento, el órgano de instrucción ha solicitado informe a los servicios cuyo funcionamiento presuntamente ha ocasionado la pretendida lesión indemnizable.

Se ha emitido informe por el Jefe del Servicio de Cirugía General, Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales del Hospital 12 de Octubre. Son de especial interés los párrafos que seguidamente se transcriben:

*«La presente reclamación atenta contra el Sistema Público de Salud afirmando que “La saturación en los hospitales, limitación de los presupuestos, el descontento y el estrés de los empleados, el ambiente de conflictividad laboral. Las rutinas aplicadas de forma mecánica en los tratamientos que conduce a una medicina despersonalizada que comete errores demasiado frecuentes” (Pág. 2). Dichas afirmaciones se hallan muy lejos de la conducta, que con el máximo celo, muestran los profesionales de nuestro Sistema de Salud”.*

*“La paciente se encontraba en situación de insuficiencia hepática crónica, con cirrosis establecida y ductopenia del 100%, con antecedentes de hemorragia digestiva alta, cuya esperanza de vida se podía prever inferior al año. A pesar de desaparecer su riesgo vital y mejorar su calidad de vida, gracias a la adecuada actuación de nuestros Servicios Sanitarios, hoy es calificada en su reclamación como una víctima (Pág. 4), que padece lesiones graves e irreversibles (Pág. 5)”.*

*«Siendo consciente de su situación y mayor de edad, firmó el día 21 de julio de 2005 el documento de consentimiento informado, en el que, la paciente expresa lo siguiente “Certifico que he sido informada de los riesgos generales de toda intervención quirúrgica: Infección, accidentes vasculares, cardiorrespiratorios, renales, etc. Así como la posibilidad de cualquier complicación no controlable que pueda producir la muerte”».*

*“La reclamación es improcedente en cuanto a su forma, que desprecia nuestro sistema de Salud y también en su fondo, en lo que toca a la potencial evitabilidad de la complicación, en cuanto a la diligencia con la que ésta se trató y en cuanto a la gravedad y reversibilidad de las lesiones que la paciente sufre a consecuencia de la complicación”.*

*“La complicación descrita en la reclamación, que tuviera lugar el día 17 de diciembre de 2006, en relación con la retirada de una vía central, se trata de un acontecimiento sumamente infrecuente, de hecho, se trata del único caso en una serie que supera los 1200 trasplantes hepáticos realizados en nuestro centro desde 1986”.*

*“La reclamación define la retirada del catéter como precipitada (Pág. 3) aunque ésta tuvo lugar el séptimo día postoperatorio, momento adecuado para retirar dicho catéter. Una vía central de éstas características, ha de ser retirada tan pronto como sea posible y una vez que no sea imprescindible para el tratamiento postrasplante. La justificación de la retirada de un acceso de este tipo se basa en la susceptibilidad de infección a través de uno de estos dispositivos, lo cuál tiene si cabe más importancia, al tratarse de una paciente inmunodeprimida, por haber recibido un trasplante”.*

*“Las complicaciones frecuentes, derivadas de la instalación y retirada de un catéter central fueron previstas y evitadas. Una posible hemorragia se previno con un control de coagulación y de recuento plaquetario y la*

*retirada del catéter se realizó en el día postoperatorio adecuado para prevenir la colonización de la vía central por lo que en ningún caso podría atribuirse esta complicación a la falta de diligencia o la precipitación (Pág. 3)”.*

*“La embolia gaseosa tras la retirada de una vía central es una rara complicación cuya frecuencia se estima entre un 0,13% y un 0,5% (Complications of Central Venous Catheterization. R E Kusminsky JAm Coll Surg 2007. 681-96). Se reconoce que en el caso de que la aspiración aérea se encuentre entre 50 y 100 ml de volumen o si la entrada de aire se produce con un flujo de  $1 \text{ cm}^3 / \text{Kg} / \text{s}$ , las consecuencias de un embolismo gaseoso pueden ser fatales (Echocardiographic diagnosis of air embolism, associated with Central Venous catheter Placement: Case Report and Review of Literature. P Maddukuri B C Downey, J A Blander et al. Echocardiography 2006. 23 (4): 315:8). Esta cantidad de aire, aparentemente elevada en magnitud, puede alcanzarse en un brevísimo lapso de tiempo, más si el paciente, a pesar de ser educado convenientemente, inspira creando una presión intratorácica negativa. Se estima, de hecho, que la cantidad de aire que puede pasar a través de una fina aguja de 18 G en un solo segundo alcanzaría los 90 ml (Central Venous Catheter Use. K H Polderman RARJ Girbes Intensive Care Med 2002. 28: 1-17)”.*

*“Se reconoce que en el caso de que la aspiración aérea se encuentre entre 50 y 100 ml de volumen o si la entrada de aire se produce con un flujo de  $1 \text{ cm}^3 / \text{Kg} / \text{s}$ , las consecuencias de un embolismo gaseoso pueden ser fatales (Echocardiographic diagnosis of air embolism, associated with Central Venous catheter Placement: Case Report and Review of Literature. P Maddukuri B C Downey, J A Blander et al. Echocardiography 2006. 23 (4): 315:8). Esta cantidad de aire, aparentemente elevada en magnitud, puede alcanzarse en un brevísimo*

*lapso de tiempo, más si el paciente, a pesar de ser educado convenientemente, inspira creando una presión intratorácica negativa. Se estima, de hecho, que la cantidad de aire que puede pasar a través de una fina aguja de 18 G en un solo segundo alcanzaría los 90 ml (Central Venous Catheter Use. K H Polderman RARJ Girbes Intensive Care Med 2002. 28: 1-17)”.*

*“Este trayecto será más firme y organizado cuanto más tiempo se precise mantener la vía y en el caso de los pacientes trasplantados, es insólito que la retirada tenga lugar antes del 7º día postoperatorio, tiempo suficiente para que se establezca el mencionado trayecto. Dicho trayecto no siempre se colapsa de modo inmediato a la retirada del dispositivo y es conocido el hecho de que a pesar de una adecuada retirada, manteniendo al paciente en posición de decúbito, no se impide una eventual entrada de aire (Massive air Embolism After Central venous Catheter Removal. O Deceunink L de Ray, SMoruzi, D Blommaert. Circulation 2007; 116:516-518)”.*

*“Para que un embolismo gaseoso provoque el fenómeno de embolia paradójica, es requisito imprescindible la presencia de una comunicación entre las cavidades derechas e izquierdas del corazón o una comunicación arterio venosa intrapulmonar. Si esta comunicación no hubiera existido, nunca se hubieran presentado complicaciones neurológicas. La paciente se realizó una valoración cardiológica preoperatoria completa que descartaba esta situación. Se realizó ecocardiograma preoperatorio, prueba imprescindible para cualquier candidato a trasplante hepático. En dicha prueba no se evidenció la presencia de esta comunicación y esto hizo por lo tanto dicha complicación no evitable (Corazón anatómica y funcionalmente normal. Adecuada función sistólica y diastólica de ventrículo izquierdo). También se descartó la existencia de fístulas arteriovenosas a nivel intrapulmonar en la misma valoración cardiológica*

*mediante eco con contraste. El hecho de que con posterioridad al trasplante se reestableciera un tránsito entre cavidades cardíacas derechas e izquierdas no fue evitable ni previsible y sí provocó el fenómeno de embolia paradójica”.*

*«La reclamación afirma que la paciente padece lesiones graves e irreversibles (Pág. 5). La evolución de la paciente ha demostrado una clara reversibilidad de su cuadro neurológico. La paciente ha presentado, desde el cuadro inicial de coma, una progresiva mejoría, de modo que en su revisión de mayo de 2007, se reseña: “Anda sola, no necesita ayuda, come sola, se asea sola, dice que ha mejorado la escritura” Según la última consulta de neurología, la paciente está “Mucho mejor, no necesita ayuda para casi nada (4-12-2007)”, padeciendo, según prueba de imagen de control “Lesiones estructurales de aspecto residual (RMN cerebral 16-11-2007) ”».*

Por su parte, la Inspección Sanitaria ha emitido informe el 22 de enero de 2009. Por la relevancia ordinariamente atribuida a tales informes, transcribimos, asimismo literalmente, los puntos con que concluye el informe en el caso que nos ocupa:

*“1º.- La paciente E.M.P.M. se la realizó con éxito un trasplante hepático por uno de los mejores cirujanos del mundo en esta materia. El resultado del trasplante fue un éxito y salvó la vida a la paciente. La actuación de los profesionales médicos fue impecable y ajustada en todo momento a la lex artis.*

*2º.- El día 16 de Diciembre de 2006 al retirarla el catéter la paciente sufrió una embolia cerebral aérea. La embolia cerebral estuvo relacionada con la retirada del catéter y con que la paciente padecía una malformación congénita llamada comunicación auricular que se da en el 25% de las personas y que favorece que el paso de pequeñas cantidades de aire*



*produzca una embolia en estos paciente al pasar de forma inmediata desde la circulación izquierda a la derecha e ir directamente al cerebro.*

*3<sup>o</sup>. - La retirada del catéter no se hizo de forma precipitada, sino cuando era conveniente hacerla pero parece ser que la retirada del catéter no se hizo en posición de tumbada, tal como se hace en otros centros hospitalarios a los 8/20 que hemos consultado, para evitar accidentes como este. El personal de enfermería del centro ha mantenido una actitud de no dar información ni reflejar en la historia clínica como fueron los hechos de este grave accidente, además, el protocolo del centro, que asigna la función de retirada del catéter exclusivamente el personal de enfermería no recoge experiencias previas en accidentes similares y no recomienda la posición de decúbito, por lo que consideramos que la actuación del personal de enfermería y de la administración del hospital en cuanto a la elaboración del protocolo no ha sido conforme a la lex artis al no incidir en retirar el catéter tumbado y no exigir la debida cumplimentación en la historia clínica de un accidente como este y haber custodiado la documentación de la historia clínica de forma adecuada”.*

Una vez emitidos y recibidos los citados informes, que valoraremos más adelante, se ha cumplimentado adecuadamente el trámite de audiencia a la reclamante, tras la correspondiente notificación en fecha 14 de diciembre de 2009. No consta la presentación de alegaciones.

Finalizado el procedimiento, se dictó propuesta de resolución desestimatoria el 15 de febrero de 2011. Esta propuesta fue objeto de informe no favorable por los servicios jurídicos de la Comunidad de Madrid.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes,

## CONSIDERACIONES EN DERECHO

**PRIMERA.-** El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 13.1.f).1º de su Ley Reguladora, 6/2007 de 21 de diciembre (LRCC), por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial de cuantía superior a 15.000 euros (600.000 euros) y a solicitud de un órgano legitimado para ello, según el artículo 14.1 LRCC.

**SEGUNDA.-** Ostenta la reclamante legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 139.1 de la LRJ-PAC, por cuanto es la persona afectada por la asistencia sanitaria que se afirma deficiente, dispensada por el Servicio Público de Salud.

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

El derecho a formular reclamaciones de responsabilidad patrimonial está sometido a un plazo de prescripción de un año, conforme al artículo 142.5 de la LRJ-PAC: *“el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o determinación del alcance de las secuelas”*. En el caso objeto del presente dictamen, la retirada del catéter -que no es el verdadero *“dies a quo”*, sino un momento posterior- tuvo lugar el 17 de diciembre de 2006, y la reclamación se interpuso el 20 de junio de 2007, por lo que ha de entenderse efectuada antes del vencimiento del plazo anual.

El procedimiento se ha tramitado correctamente por el órgano de instrucción, en cuanto ha solicitado y obtenido los correspondientes informes a los servicios intervinientes, en este caso al Servicio de Cirugía General, Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales.

Asimismo, se ha cumplido adecuadamente el trámite de audiencia de conformidad con lo establecido en el artículo 11 del mismo reglamento. En particular se ha dado audiencia, en fecha 5 de diciembre de 2010, a la Fundación.

**TERCERA.-** Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas viene establecida, con el máximo rango normativo, por el artículo 106.2 de nuestra Constitución: *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. La regulación legal de esta responsabilidad está contenida en la actualidad en la LRJ-PAC y en el reglamento de desarrollo anteriormente mencionado, disposiciones que en definitiva vienen a reproducir la normativa prevista en los artículos 121 y 122 de la Ley de Expropiación Forzosa de 16 de diciembre de 1954, y el artículo 40 de la Ley del Régimen Jurídico de la Administración del Estado, de 26 de julio de 1957. El artículo 139 de la citada LRJ-PAC dispone, en sus apartados 1 y 2, lo siguiente:

*“1º.-Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, 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.*

*2º.-En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.*

Así pues, la existencia de la responsabilidad ahora relevante depende de la concurrencia de los siguientes presupuestos:

1º) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

2º) La antijuridicidad del daño o lesión, la calificación de este concepto viene dada no tanto por ser contraria a derecho la conducta del autor como, principalmente, porque la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, cuestión necesitada de ser precisada en cada caso concreto.

3º) Imputabilidad de la actividad dañosa a la Administración, requisito especialmente contemplado en las Sentencias del Tribunal Supremo de 10 de diciembre de 1982 y de 25 de febrero de 1981, que al examinar la posición de la Administración respecto a la producción del daño, se refieren a la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece.

4º) El nexo causal directo y exclusivo entre la actividad administrativa y el resultado dañoso. El daño debe ser consecuencia exclusiva del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa, siendo esta exclusividad esencial para apreciar la relación o nexo causal directo o inmediato entre lesión patrimonial y el funcionamiento.

Tampoco cabe olvidar que, en relación con dicha responsabilidad patrimonial, es doctrina jurisprudencial consolidada la de que se trata de una responsabilidad objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del

resultado o lesión, si bien resulta imprescindible, como se ha dicho, que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

Ahora bien, en el ámbito sanitario la responsabilidad patrimonial presenta singularidades por la propia naturaleza de ese servicio público, introduciéndose por la doctrina el criterio de la *lex artis* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios, de modo que es fundamental para determinar la existencia de responsabilidad, no sólo la lesión, en el sentido de daño antijurídico, sino también la infracción de ese criterio básico, puesto que la obligación del profesional sanitario consiste en prestar la debida asistencia y no puede racionalmente incluir la garantía, en todo caso, de la curación del enfermo.

En este sentido, las sentencias del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 2000 (recurso nº 8252/2000), y de 23 de febrero de 2009 (Recurso nº 7840/2004) disponen que *“se trata, pues, de una obligación de medios, por lo que sólo cabe sancionar su indebida aplicación, sin que, en ningún caso, pueda exigirse la curación del paciente. La Administración no es en este ámbito una aseguradora universal a la que quepa demandar responsabilidad por el sólo hecho de la producción de un resultado dañoso. Los ciudadanos tienen derecho a la protección de su salud (artículo 43, apartado 1, de la Constitución), esto es, a que se les garantice la asistencia y las prestaciones precisas [artículos 1 y 6, apartado 1, punto 4, de la Ley General de Sanidad y 38, apartado 1, letra a), del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, con arreglo al estado de los conocimientos de la ciencia y de la técnica en el momento en que requieren el concurso de los servicios sanitarios (artículo 141, apartado 1, de la LRJ-PAC); nada más y nada menos”*.

También señalan las sentencias del Tribunal Supremo de 15 de enero de 2008 (Recurso nº 8803/2003) y de 20 de marzo de 2007 (Recurso nº

7915/2003) que *“a la Administración no es exigible nada más que 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 materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente”*. Es doctrina indiscutida, por tanto, que el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial de la Administración no la convierte en una aseguradora universal de cualquier daño que sufran los particulares, sino sólo en obligada a indemnizar los daños que no tengan los sujetos jurídicos el deber de soportar y siempre, insistimos, que haya existido y quede cumplidamente acreditada -o, por excepción, pueda y deba presumirse- una infracción de la *lex artis* aplicable a cada caso.

**CUARTA.-** Llegados a este punto, procede aplicar los precedentes criterios a los hechos en que se basa la reclamación efectuada. Y ante todo, se ha de examinar la realidad y efectividad del daño que la reclamante, siempre por medio de representación letrada, dice haber sufrido.

El escrito de reclamación, formalmente bien estructurado, presenta como daño, literalmente, *“las graves e irreversibles lesiones que padece una beneficiaria de la Seguridad Social”*. La reclamante no presenta como daño la embolia gaseosa. La embolia en el postoperatorio del trasplante hepático es alegada como causa de los daños, junto con una determinada postura de la reclamante al tiempo de serle retirado el catéter de la vena yugular derecha. Asimismo, en ningún momento procedimental ha alegado la reclamante como daño una eventual prolongación de su hospitalización, la necesidad de efectuar gastos mayores, la pérdida de jornadas laborales remuneradas o los sufrimientos padecidos, como daño moral.

Son unas pretendidas *“graves e irreversibles lesiones que padece una beneficiaria de la Seguridad”* lo que, al reclamar, se alega como daño real o efectivo y esas lesiones se concretan con la mención de una hemiparesia izquierda, considerada *“irreversible”*. Al tiempo de presentar la reclamación, 20 de octubre de 2007, la historia clínica acredita la existencia de lesiones consistentes con *“ictus isquémico cerebral que afecta art. cerebral, anterior, media y posterior”*. Nada se afirma en ningún documento médico sobre irreversibilidad de tales lesiones, ausencia de afirmación que se revela plenamente justificada dados los resultados del tratamiento posterior, que enseguida diremos.

Según informes del Servicio de Neurología, de 27 de mayo de 2008 y de la Inspección Sanitaria, de 22 de enero de 2009, la reclamante se encontraba, en esas fechas, en condiciones de hacer vida prácticamente normal, sin necesidad de tratamiento neurológico. Concretamente, el informe de la Inspección Sanitaria habla de *“muy pequeñas lesiones residuales”*. La reclamante se sostiene y camina sobre ambas extremidades inferiores y presenta fuerza en ambas manos, según la Inspección.

La reclamante dirige al SERMAS un escrito, fechado el 12 de enero de 2010, en el que solicita la continuación del expediente, que se le entregue el *“Informe de Inspección”*, se le otorgue el correspondiente trámite de audiencia y se dicte resolución expresa sobre *“nuestras pretensiones”*. Este escrito de la reclamante, que, además del ya referido Letrado ella firma personalmente, aparece en el expediente con fecha de registro de entrada de 25 de enero de 2011, por lo que la fecha 2010 parece ser un error mecanográfico. A los folios 241 y 245-246, obran en el expediente documentos acreditativos de que el día 14 de enero de 2011 se entregó a C.S.G., abogado de la reclamante, expediente de 230 folios, a los fines del trámite de audiencia, en el plazo de 15 días hábiles. No consta en el

expediente que la reclamante, por sí misma o por medio de su abogado, formulara alegación alguna.

Lo que se acaba de señalar supone que, tramitándose aún el expediente, la reclamante no concreta el daño real o efectivo en que basa la reclamación, pese a haber dispuesto de oportunidad procedimental para llevar a cabo tal concreción cuando menos mínimamente. Entre el 20 de octubre de 2007 y el final del plazo del trámite de audiencia sin duda la reclamante ha padecido daños, pero resulta indiscutible que no los especifica, indicando y concretando, en el caso, el tiempo e intensidad de la hemiparesia izquierda que alega.

Por todo lo anterior, cabe establecer, en cuanto al presupuesto de la responsabilidad aquí analizado, que lo que consta en el expediente conduce a negar que la reclamante padeciese en algún momento una hemiparesia izquierda irreversible y a considerar que la hemiparesia izquierda no irreversible fue sufrida en un periodo de tiempo y con una intensidad que no pueden conocerse por el expediente y que no se concretan, a causa de la inactividad de la reclamante, a quien correspondía la carga de tal concreción. Obviamente, no pueden considerarse daños efectivos o reales las secuelas que carezcan de funcionalidad, es decir, que no afecten a la salud y modo de vida. Quiérese decir, en este caso, que muy probablemente existirán en la reclamante rastros del episodio embólico y sus consecuencias, calificadas por algunos en el expediente como infarto cerebral. Esos rastros, detectables por los medios técnicos hoy disponibles (zonas cerebrales necrosadas, etc.) son similares a cicatrices, aunque no visibles y, por tanto, no susceptibles de consideración como daño estético. Cabe denominar "*lesiones*" a esas detectables consecuencias de la embolia, pero la ausencia de efectos negativos impediría considerar tales "*lesiones*" como verdaderos daños en el sentido jurídico que aquí interesa.



En suma, la realidad de unos daños no puede ser negada, pues constan en el expediente. En cambio, los daños susceptibles de indemnización no han sido especificados por la reclamante.

**QUINTA.-** Procede ahora abordar si la embolia sufrida por la reclamante en muy clara e indiscutida relación temporal con la retirada del catéter conectado a la vena femoral derecha, fue debida a hallarse la reclamante en una determinada posición, lo que necesariamente implicaría, ante todo, establecer la certeza de esa posición y, después, su relevancia físico-anatómica en la embolia paradójica sufrida. En aras de la economía procesal, omitimos un examen detenido del fundamento de la afirmación de la reclamante en el sentido de que la retirada del catéter fue precipitada, pues todos los informes médicos obrantes en el expediente coinciden en negar, motivadamente, tal precipitación.

En cuanto a la certeza de una posición sedente de la reclamante, han de tomarse en consideración los siguientes datos: la afirmación en el escrito de reclamación de que la reclamante se hallaba en tal postura encuentra apoyo en *“parte de interconsulta”* manuscrito, de 19/02/06, del neurólogo de urgencia (folio 25 del expediente), aunque es de señalar que este neurólogo autor no ha presenciado la extracción del catéter, pues su primera relación con la reclamante se produce cuando ésta ya ha sufrido el episodio embólico. No consta quién pudo haber sido la persona que informó al neurólogo.

El facultativo médico autor del informe de la Inspección Sanitaria considera -aunque con los importantes matices que se dirán- que la retirada del catéter se realizó cuando la paciente se encontraba sentada y que dicha retirada debió realizarse de forma tumbada horizontalmente o posición de decúbito. Concretamente, señala el informe de la Inspección que *“la retirada del catéter no se hizo de forma precipitada, sino cuando era conveniente hacerla pero parece ser que la retirada del catéter no se hizo en*

*posición de tumbada, tal como se hace en otros centros hospitalarios a los que hemos consultado, para evitar accidentes como este”.*

La praxis médica habitual, en unos indeterminados centros a que se refiere el Inspector es, en efecto, retirar el catéter al paciente hallándose el paciente tumbado. Con motivo de la publicación del caso de que tratamos como caso clínico merecedor de especial atención y estudio, se advierte que tal es la praxis en el mismo Hospital 12 de Octubre y, en concreto, en el Servicio implicado en el trasplante en la presentación, accesible mediante el enlace:

[http://www.postersessiononline.com/312191188\\_es/congresos/21seth/aula/poster\\_28766.pdf](http://www.postersessiononline.com/312191188_es/congresos/21seth/aula/poster_28766.pdf) se lee lo siguiente: *“El embolismo aéreo paradójico es una complicación infrecuente, que conlleva una morbimortalidad elevada, y que puede ocurrir tras la realización de maniobras aparentemente tan sencillas como la retirada de un catéter venoso central. Es por esto que debe ser realizado siempre en decúbito supino, por personal con experiencia y cualificado”.*

El informe de la Inspección Sanitaria, favorable -con los matices que se dirán- a la realidad de una retirada del catéter en posición sedente de la reclamante, no llega, sin embargo, a aseverar ese extremo fáctico, pues, por un lado y como se acaba de citar, utiliza la expresión *“parece ser”*, indiscutiblemente contraria a una aseveración de seguridad en la certeza, y por añadidura, refiere más adelante *“la falta de información que existe en la historia clínica en lo referente a enfermería que nos impide saber cómo se hizo la técnica de extracción del catéter”*. La misma reclamante afirma no recordar ese extremo en su entrevista con el Inspector, que, por lo demás, pese a su tesis sobre la relación de causalidad, afirma literalmente en su informe (Pág. 7, al folio 235 del expediente) que *“es muy probable que esta actuación se haya hecho de pie en lugar de tumbado”*. Por la inactividad de la reclamante en el trámite de audiencia final, inactividad

expuesta en la consideración anterior, no hay mayor esfuerzo probatorio de la reclamante respecto del extremo fáctico que nos ocupa.

La Inspección Sanitaria y, al parecer, también el Servicio Jurídico de la Comunidad Autónoma, consideran que una falta de cooperación de los Servicios de Enfermería en cuanto a la retirada del catéter en el caso concreto constituye un hecho indiciario del que cabe pasar a tener como cierta la posición sedente. A juicio de este Consejo Consultivo, esta presunción no parece tomar en consideración que la postura del Servicio responsable de la retirada del catéter consiste, de modo constante y firme, en establecer la relación causal del episodio embólico sobre una base completamente distinta de la posición de la reclamante, cuya relevancia es negada al tiempo que se aporta otra explicación. Así pues, el silencio del Servicio de Cirugía General, Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales del Hospital 12 de Octubre, razonablemente puede interpretarse de modo distinto al de admisión de una indebida posición sedente. Y, por lo que respecta al Servicio de Enfermería, la actitud que denuncia la Inspección Sanitaria tampoco revela necesariamente una admisión tácita de un pretendido error al extraer el catéter. La presentación pública del caso, a la que hemos hecho referencia, indica, más bien, que el citado Servicio, responsable de la retirada del catéter, nada tiene que ocultar.

En razón de cuanto se acaba de exponer, este Consejo Consultivo considera incierta la posición de la reclamante cuando le fue extraída la vía central. A la reclamante, en puridad le correspondía la carga de la prueba.

Este Consejo debe examinar seguidamente las dos posiciones diversas y opuestas sobre la causa de la embolia y el daño neurológico padecidos por la reclamante. Pues, aun dando por cierta, a título de hipótesis, que la reclamante se encontrase sentada al retirársele el catéter, si esa posición careciese de relevancia como causa de la embolia inmediata a la tan

repetida retirada de la vía central y de las consecuencias neurológicas de dicha embolia, esa circunstancia no sería relevante a los efectos de la responsabilidad patrimonial de la Administración o, eventualmente, la relevancia sería menor. Examinamos, pues, de inmediato, esta decisiva cuestión.

**SEXTA.-** Como acabamos de decir, la cuestión central de este dictamen es, a nuestro juicio, la causa de la embolia y de la afectación cerebral sufrida por la paciente y reclamante. En este punto, el expediente cuenta con dos opiniones emitidas por facultativos médicos en documentos que bien pueden considerarse genuinos dictámenes periciales.

Por la remisión general del Art. 80.1 LRJA-PAC al Derecho probatorio, confirmada por la constante invocación y aplicación de preceptos de esa naturaleza (muy especialmente los contenidos en la Ley 1/2000, de Enjuiciamiento Civil, en adelante LEC), tanto por órganos administrativos como por los Tribunales de Justicia del orden jurisdiccional contencioso-administrativo, los dictámenes de periciales han de ser valorados conforme a *“las reglas de la sana crítica”* (Art. 348 LEC). No es necesario extenderse aquí sobre el significado de esa consagrada expresión legal y es suficiente recordar que, contrapuesta la valoración o apreciación de la prueba según parámetros legales firmes y seguros (*“prueba legal”*) a la *“libre valoración de la prueba”*, la invocación de las *“reglas de la sana crítica”* significa, por un lado, vedar tajantemente una valoración arbitraria, caprichosa y plenamente inmotivada y, por otro, indicar, como guía de la valoración de la prueba, la consideración debida a reglas de la experiencia que son generalmente aceptadas y utilizadas por personas con buena capacidad de juicio. Los dictámenes de ciertos expertos, los peritos, pese a caracterizarse por aportar conocimientos generales en determinados ámbitos, conocimientos que no tiene por qué poseer quien es llamado a dictaminar o enjuiciar conforme a Derecho,

carecen secularmente de fuerza vinculante, que, por lo demás, sería inviable en todos los casos, nada infrecuentes, de dictámenes divergentes o contradictorios. Quiere nuestro ordenamiento jurídico que sea la autoridad dictaminante o enjuiciadora quien, conforme a criterios razonables, decida el valor atribuible a un dictamen pericial y, más en concreto, para casos de pluralidad de dictámenes qué opinión experta merece mayor credibilidad en los puntos en que sea relevante el criterio del perito o peritos.

El Informe de la Inspección Sanitaria contiene, como ya ha quedado reproducido, pero conviene reiterar ahora, la siguiente afirmación: *“la embolia cerebral estuvo relacionada con la retirada del catéter y con que la paciente padecía una malformación congénita llamada comunicación auricular que se da en el 25% de las personas y que favorece que el paso de pequeñas cantidades de aire produzca una embolia en estos pacientes al pasar de forma inmediata desde la circulación izquierda a la derecha e ir directamente al cerebro”*.

Dos serían, por tanto, y no uno, según el informe de la Inspección Sanitaria, los elementos relacionados causalmente con el embolismo gaseoso y la subsiguiente embolia cerebral con ictus y hemiplejía izquierda: la retirada del catéter y una malformación congénita del corazón. Por tanto, según ese informe, la retirada del catéter, atribuida a los servicios de enfermería, no sería la única causa del grave episodio en que se funda la reclamación. El informe de la Inspección no precisa la influencia de esos dos elementos en la súbita complicación del estado de salud de la reclamante, pues los términos *“la embolia cerebral estuvo relacionada”* distan de significar la exigible relación causal y menos aún cuando la relación, tal como se expresa, no indica el mayor o menor grado de influencia de cada uno de los dos factores.

El informe o dictamen del Jefe del Servicio de Cirugía General, Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales del Hospital 12 de

Octubre es reseñado por la Inspección Sanitaria sin impugnación ni discusión alguna sobre las valoraciones y juicios científicos que contiene. A juicio de este Consejo, esas valoraciones y juicios revistan, en sí mismos, una superior precisión al analizar los hechos y circunstancias relevantes y, por añadidura, ofrecen mayor credibilidad y fiabilidad, al hallarse acompañados, en los extremos que aquí interesan, de concretas referencias bibliográficas médicas.

Así, el entero contenido de ese informe permite a este órgano consultivo conocer con fiabilidad que un embolismo gaseoso solamente provoca un fenómeno de embolia paradójica cuando existe una comunicación entre las cavidades derechas e izquierdas del corazón o una comunicación arteriovenosa intrapulmonar, de modo que, de no existir esa comunicación, no se hubieran podido presentar complicaciones neurológicas.

El referido informe señala también que se realizó ecocardiograma preoperatorio -prueba imprescindible para cualquier candidato a trasplante hepático- y en dicha prueba no se evidenció la presencia de esta comunicación, mostrando un corazón anatómica y funcionalmente normal y una adecuada función sistólica y diastólica de ventrículo izquierdo. También se descartó la existencia de fístulas arteriovenosas a nivel intrapulmonar en la misma valoración cardiológica mediante eco con contraste.

Siempre según el informe o dictamen del citado Jefe de Servicios, que nos merece credibilidad por las razones ya expuestas, el estrés hemodinámico propio de un trasplante hepático puede provocar una reapertura de una comunicación interauricular (*“Opening of a Foramen Ovale during Liver Transplant Tire value of Transesophageal Ecocardiography. Saada M Liu IV, Cherqui D et al Ann Fr Anesth Reanim 1990 9 (5): 412-4”*), pero ni siquiera en los momentos más delicados del procedimiento (desclampaje suprahepático), existieron

indicios de que esa comunicación interauricular pudiese producirse. El comportamiento hemodinámico de la reclamante durante el trasplante fue en todo momento estable.

Así, pues, el hecho de que con posterioridad al trasplante se restableciera un tránsito entre cavidades cardíacas derechas e izquierdas no fue evitable ni previsible y se puede considerar causante de la embolia paradójica. Es de recordar ahora que ese tránsito entre las dos cavidades cardíacas también se asocia por la Inspección Sanitaria a un defecto congénito de comunicación auricular padecido por la reclamante.

Según el Informe del Jefe de Servicio, el tan repetido tránsito entre cavidades cardíacas no guardaría relación con ninguna prestación sanitaria, de modo que carecería por completo de relevancia a efectos de responsabilidad de la Administración.

El embolismo gaseoso tiene lugar cuando la presión en un territorio venoso expuesto es inferior a la presión atmosférica. Esta situación ocurre durante la inserción y retirada de catéteres venosos centrales si la presión venosa es menor que la presión atmosférica debido a inspiración profunda del paciente o a otras situaciones que producen valores negativos en la presión venosa (la hipovolemia suele ser el más frecuente). Aunque la presión venosa es inferior en posición sentada que en posición en decúbito supino, el paso de aire al territorio venoso depende de la presión venosa del paciente y no de la posición de éste. El embolismo gaseoso puede tener lugar tanto en posición sentada como en posición supina.

De acuerdo con lo anterior, cabe establecer sólidamente la controversia sobre el riesgo elevado de embolismo gaseoso en casos de canalización o retirada de catéteres venosos centrales si el paciente no está en decúbito supino. Y ocurre que pueden encontrarse en la literatura médica tanto casos de embolismo gaseoso tras retirada de catéter venoso central en pacientes en posición de decúbito supino (*“Deceuninck O, De Roy L,*

*Moruzi S, Blommaert D. Images in cardiovascular medicine. Massive air embolism after central venous catheter removal. Circulation. 2007 Nov 6;116(19):e516-8. PubMed PMID: 17984383*) como ausencia de episodios de embolismo gaseoso en pacientes en los que la canalización venosa se llevó a cabo en posición “semisentada” (“*Brederlau J, Greim C, Schwemmer U, Haunschmid B, Markus C, Roewer N. Ultrasound-guided cannulation of the internal jugular vein in critically ill patients positioned in 30 degrees dorsal elevation. Eur J Anaesthesiol. 2004 Sep;21(9):684-7. PubMed PMID: 15595579*”).

Siempre según la literatura científica, el embolismo paradójico (paso de aire desde las cavidades cardiacas derechas a las izquierdas, con el consiguiente desarrollo de fenómenos isquémicos arteriales en diferentes territorios) requiere la coexistencia de un incremento de presión a favor de las cavidades derechas (como en el caso de una maniobra de Valsalva) junto a la presencia de una comunicación derecha-izquierda (debida habitualmente a la presencia de “*foramen ovale*” permeable).

En una serie de 26 pacientes que sufrieron embolismo paradójico como complicación asociada a catéter venoso central (“*Heckmann JG, Lang CJ, Kindler K, Huk W, Erbguth FJ, Neundörfer B. Neurologic manifestations of cerebral air embolism as a complication of central venous catheterization. Crit Care Med. 2000 May; 28(5):1621-5. Review. PubMed PMID: 10834723*”), la presencia de “*foramen ovale*” permeable pudo ser diagnosticada en el 40% de los casos; en el resto (60%) se consideró que el paso de gas a la circulación arterial había sido originado por cortocircuitos intrapulmonares no diagnosticados, es decir, completamente inciertos en cuanto a su etiología.

En razón de lo expuesto, este Consejo Consultivo ha de considerar incierta la tesis de que el embolismo sufrido por la reclamante, con sus efectos neurológicos o cerebrales, se habría producido a causa de la posición sedente en que se hallaba al serle retirado el catéter, posición aquí tomada



como hipótesis, pues, conforme a la consideración anterior, este Consejo ha concluido que la posición sedente de la reclamante no ha sido probada o acreditada. Así, no cabe considerar acreditada en modo alguno la relación de causalidad aducida por la reclamante.

**SÉPTIMA.-** Por razones lógicas patentes, no considera necesario este Consejo examinar el alcance del informado consentimiento que la reclamante prestó antes de recibir, mediante trasplante, un nuevo hígado. Pese a la amplitud de los riesgos consignados en la información y aceptados por la reclamante, resulta superfluo, tras ya lo expuesto, un análisis de dicho consentimiento en relación con la antijuridicidad de los daños.

Por las consideraciones precedentes, este Consejo Consultivo formula la siguiente,



## CONCLUSIÓN

La reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta por la supuesta deficiente asistencia sanitaria dispensada por los servicios sanitarios debe ser desestimada por no haberse acreditado la concurrencia de diversos presupuestos esenciales de la responsabilidad administrativa patrimonial.

A la vista de todo lo expuesto, el Órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3.7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 8 de junio de 2011