

Dictamen nº: **196/14**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **07.05.14**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid aprobado por unanimidad en su sesión de 7 de mayo de 2014, emitido ante la consulta formulada por el Excmo. Sr. consejero de Sanidad al amparo del artículo 13.1 de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, en relación con la reclamación formulada por A.A.L., por los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria prestada en los Hospitales Universitarios Príncipe de Asturias y de La Princesa.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El 8 de noviembre de 2012 un abogado colegiado presentó en el registro del Servicio Madrileño de Salud un escrito solicitando una indemnización por los daños y perjuicios derivados de la atención sanitaria prestada en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias (HUPA) y en el en el Hospital Universitario de la Princesa (HULP).

Manifestaba la reclamante que el 7 de junio de 2011 fue intervenida quirúrgicamente en el citado hospital por una lesión sólida hepática, ocasionándose durante la misma un hemotórax derecho con repercusión hemodinámica secundaria a lesión vascular.

Fue trasladada en UVI móvil al HULP, donde se le practicó una esternotomía. El 15 de junio de 2011 fue dada de alta estableciéndose como juicio clínico: hemotórax derecho yatrogénico.

Tras una dolorosa evolución, le fue detectada una pseudoartrosis esternal, esclerosis ósea a ambos lados de la esternotomía, requiriendo el 16 de marzo de 2012 nueva intervención quirúrgica en el HULP para la fijación con placas Syntax.

El 18 de abril de 2012 se realizó cierre de herida por apertura por presentar zona eritematosa y enrojecida del tercio inferior esternal tras la intervención quirúrgica llevada a cabo, siendo tratada por la Unidad de Infecciosos del HULP.

En junio de 2012 inició rehabilitación de hombro izquierdo tras las intervenciones a las que fue sometida.

A fecha de presentación de su escrito, manifestaba la reclamante encontrarse en situación de baja laboral y en tratamiento rehabilitador.

Consideraba la reclamante que las secuelas que padecía eran consecuencia de *mala praxis* o negligencia durante la primera intervención llevada a cabo en el HUPA, ya que, al canalizar la vena subclavia derecha, se le ocasionó un hemotórax con repercusión hemodinámica secundario a lesión vascular, causándole una lesión a nivel de arteria mamaria interna.

A raíz de esa lesión y como consecuencia de la esternotomía a la que fue sometida se le produjo una pseudoartrosis que requirió nueva intervención quirúrgica con mala evolución y asimismo se le ha ocasionado una capsulitis adhesiva en hombro izquierdo.

Solicita por ello una indemnización por importe que no determina si bien solicita que se efectúe una valoración por un perito con título de médico forense.

Afirma que aporta determinados informes médicos relativos a los ingresos y evolución así como radiografías sin que conste nada al respecto en el expediente remitido a este Consejo.

SEGUNDO.- En relación con el contenido de la reclamación, la consulta del expediente administrativo, incluida la historia clínica, ha puesto de manifiesto los siguientes hechos.

La reclamante fue intervenida el 7 de junio de 2011, en el HUPA, por un tumor de células epiteloides perivasculares en el hígado, practicándose una segmentectomía hepática y colecistectomía.

Con carácter previo había firmado los documentos de consentimiento informado tanto para la cirugía (resección hepática) como para la anestesia.

Durante la intervención se canalizaron la arteria radial izquierda y la vena central subclavia. La canalización de esta última se intentó por un residente de Cirugía sin éxito lográndose al segundo intento por un adjunto de Anestesiología (folios 215-216).

Tras finalizar el acto quirúrgico, se observó anemización progresiva y otros signos de hemotórax, por lo que se avisó a Cirugía Torácica para colocación de tubo de drenaje y fue trasladada de forma urgente en UVI medicalizada al Servicio de Cirugía Vascular del HULP donde se realizó una esternotomía media.

Se procedió a drenar unos 750 cc de sangre de la cavidad pleural tras lo cual se aprecia un punto sangrante en área que parece corresponder a arteria mamaria derecha a nivel de tercio medio de su recorrido procediendo a su cierre sin observar otros puntos sangrantes (folios 253 y 512).

Fue dada de alta el 15 de junio de 2011. Posteriormente, la cicatriz presentó dehiscencia de herida quirúrgica, por lo que tuvo que ser

reintervenida mediante fijación esternal con placas de Syntax en el HULP el 18 de marzo de 2012 (folio 262).

Tras este episodio, sufrió infección y absceso de la herida quirúrgica que requirió tratamiento mediante limpieza quirúrgica, sutura y tratamiento antibiótico, recibiendo el alta el 22 de abril de 2012.

No obstante, a fecha 13 de septiembre de 2012, persiste el dolor en la zona de la esternotomía así como en el hombro izquierdo, habiéndose diagnosticado capsulitis adhesiva del mismo, requiriendo tratamiento rehabilitador hasta la citada fecha, en la que recibe el alta de rehabilitación.

TERCERO.- A raíz de la formulación del escrito de reclamación se ha instruido el correspondiente procedimiento de responsabilidad patrimonial y se han solicitado los informes que se consideraron pertinentes, de los que se destacan los siguientes particulares.

Con fecha 22 de noviembre de 2012 se requirió a la reclamante para que aclarase si la reclamación se efectuaba también contra el HULP.. Igualmente, se comunicaba que el informe solicitado, a emitir por perito con título de médico forense, debía ser aportado por la reclamante.

La reclamante, mediante escrito presentado en Correos el 30 de noviembre de 2012 y con entrada en el Servicio Madrileño de Salud el 3 de diciembre, cumplimentó el requerimiento. Manifestaba en el mismo que la reclamación se dirigía tanto contra el HUPA como contra el HULP. En cuanto a la evaluación económica de la indemnización pretendida, manifestaba su imposibilidad de determinar la cuantía dado que se encontraba aún en periodo de rehabilitación y en proceso de reclamación para el reconocimiento de la incapacidad total para su profesión habitual. No obstante solicitaba que se tuvieran en cuenta los criterios establecidos para los accidentes de tráfico (folio 9).

Se ha recabado el informe del jefe de Servicio de Cirugía General y Digestivo del HUPA, de 11 de diciembre de 2012, en el que ponía de manifiesto que:

“(...) Durante el procedimiento anestésico llevado a cabo por el Servicio de Anestesia y según protocolo de cirugía hepática, se canaliza vena subclavia derecha. La paciente permanece estable durante toda la intervención, realizándose los controles analíticos y de monitorización habituales.

Al finalizar la intervención presenta inestabilidad hemodinámica, descartándose complicación quirúrgica abdominal. Se detecta un hemotórax derecho con repercusión hemodinámica secundario a lesión vascular en la canalización de vena subclavia. Se coloca drenaje torácico y se estabiliza a la paciente. Una vez estabilizada se decide su traslado al Servicio de Cirugía Vascular del Hospital de la Princesa en UVI móvil. Allí se interviene por el Servicio de Cirugía Vascular (Dra. M.) a través de esternotomía media localizándose lesión a nivel de arteria mamaria interna. La paciente permanece ingresada en dicho centro siendo dada de alta a su domicilio.

La paciente continúa seguimiento en consultas de Cirugía General del Hospital Príncipe de Asturias detectándose en el seguimiento una pseudoartrosis de la esternotomía que le ocasiona dolor torácico. Se remite de nuevo al Hospital de la Princesa donde es intervenida por Cirugía Cardiaca el 16/03/2012 realizándose fijación esternal con placas Syntax. Presenta como complicaciones hematoma de la herida e infección de la misma por S. epidermidis. Es dada de alta el 22/04/2012 (...).

Asimismo es seguida en consultas de Rehabilitación del Hospital Príncipe de Asturias asistiendo a sesiones de rehabilitación en este centro por capsulitis adhesiva de hombro izquierdo”.

El jefe del Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica de Dolor del HUPA emitió informe en el que manifestaba que durante la intervención se canalizó, como parte de la monitorización, la vena subclavia derecha, comprobándose por las medidas habituales (auscultación pulmonar y vigilancia de parámetros respiratorios de la máquina de anestesia) la ausencia de complicaciones.

En el control realizado a los noventa minutos del comienzo de la intervención se observó una anemia atribuida a la resección hepática, motivo por el cual se transfundieron dos concentrados de hematíes.

Añade que:

“Al finalizar la intervención presentó episodio de inestabilidad hemodinámica, descartándose complicación quirúrgica. Se detectó en este momento la aparición de hipoventilación del hemitórax derecho, motivo por el que se decidió colocar tubo de drenaje pleural, por la sospecha de neumotórax a tensión, al haberse realizado canalización de vena subclavia ipsilateral. Durante este procedimiento se observó la salida de sangre del espacio pleural, decidiéndose mantener a la paciente bajo anestesia general como medida de seguridad para ella.

A su llegada a la Unidad de Reanimación, se realiza Radiografía de Tórax urgente, en la que se observa derrame pleural derecho, y analíticas urgentes, en las que se comprobó anemización progresiva, transfundiéndose otras tres unidades de sangre. En este momento ante la alta sospecha de lesión vascular se decidió, de acuerdo con el Servicio de Cirugía General, el traslado a Centro con Cirugía especializada”.

La jefe de Sección de Angiología y Cirugía Vascular (ACV) del HULP, emitió informe en el que exponía:

«1. La paciente fue trasladada, con carácter de urgencia, desde Hospital Príncipe de Asturias por hemotórax, a nuestro Centro el 07/06/2011. Tal y como se detalla en el informe de alta y el protocolo operatorio de la intervención, directamente al quirófano (sic). Se encuentra entonces intubada y durante el traslado el drenaje torácico derecho que porta ha drenado 800 cc. Se procede al control de la hemorragia, mediante esternotomía y sutura de la arteria mamaria que mostraba sangrado activo.

Ante la evolución satisfactoria fue dada de alta el 15 de junio de 2012 sin que fuese valorada con posterioridad si bien “(...) el 14/03/12 ingresa a cargo de Cirugía Cardiovascular (CCV) ya que previamente había sido valorada por P.A., Residente de Cirugía Cardiovascular, aunque la visita consta como A.C.V. Al evaluar la historia clínica se aprecia que se ha practicado un estudio, donde se informa un CT torácico con contraste intravenoso donde se evidencian cambios postquirúrgicos con esclerosis ósea a nivel medio. No colecciones en mediastino y se identifican en el lóbulo superior derecho, al menos tres nódulos por debajo de 5mm en zonas periféricas de características indeterminadas.

5. Dado que la evaluación y tratamiento posterior ha sido realizada por Cirugía Cardiovascular se notifica la existencia de esta notificación (sic) al Dr. N.”».

Por su parte, la Inspección Sanitaria emitió informe sin fecha, en el que, tras exponer los hechos del caso y las consideraciones médicas oportunas, afirmaba que la perforación de la arteria mamaria interna durante el curso de cateterización de vías venosas centrales es una

complicación de la que no se encuentran antecedentes en la literatura médica. Por ello afirma que:

“No puedo, por tanto, dar una explicación fundamentada en medicina basada en la evidencia del motivo de la perforación de la arteria mamaria, aunque se me oocuren varias reflexiones sin evidencia empírica en relación a la proximidad anatómica de la arteria mamaria y la vena subclavia en algún punto de su recorrido (ver párrafos precedentes), aunque la Jefe de Sección de Cirugía Vascular indica que el punto sangrante “a nivel de tercio medio de su recorrido”, y a simple vista el músculo escaleno anterior parece alejado del tercio medio del recorrido de la mamaria interna”.

El informe considera que podría pensarse que se produjo un neumotórax y, al introducir el tubo de tórax se perforó la arteria mamaria lo cual sí esta descrito en la literatura y resulta coherente desde el punto de vista anatómico, pero ello choca con la abundante (1.500 cc) cantidad de sangre extraída.

Considera que el traslado al HULP y la intervención a la que allí fue sometida fueron adecuadas, realizándose de forma rápida y eficaz añadiendo en cuanto a la evolución posterior que:

“(…) La evolución de la esternotomía hacia pseudoartrosis con zonas de esclerosis esternal no depende de la actuación ni la omisión del SPS, es poco frecuente, aunque la literatura médica está repleta de descripciones de esta evolución y la subsiguiente necesidad de reparación en cirugía Torácica, con material de osteosíntesis y a veces también con injerto de hueso autólogo.

- La infección y el hematoma detectados tras la cirugía correctora de pseudoartrosis esternal fueron reparados conforme a los criterios

más recomendados en la bibliografía consultada (*VAC*) para la estererotomía infectada.

- *La capsulitis adhesiva de hombro es de etiología desconocida y de aparición espontánea casi siempre. No he encontrado en la bibliografía consultada ninguna correlación entre esta entidad y la existencia previa de esternotomía, aunque sí con la presencia de dolor torácico de otro origen. A mi juicio, se debe tener presente que la paciente tuvo que padecer dolor y molestias debido a la mala evolución de la esternotomía a pseudoartrosis, y ello sin duda motivó problemas de contracturas, rigideces y posturas forzadas para evitar el dolor, especialmente al toser, y esta situación, al menos, puede haber contribuido a la aparición de hombro congelado, aunque no constituya su causa exclusiva”.*

Por todo ello concluye que:

“PRIMERA: Respeto a la primera complicación perforación arteria mamaria interna no se ha encontrado descripción en la literatura accesible en relación a canalización de vías venosas centrales.

Frecuente en el tratamiento de neumotórax con introducción de tubo torácico.

SEGUNDA: la evolución de esternotomía a pseudoartrosis, es poco frecuente, aunque ampliamente explicada en la bibliografía.

TERCERA: la infección y hematoma de herida quirúrgica tras el tratamiento quirúrgico de la dehiscencia esternal se ha encontrado descrita con una frecuencia de un 0,55%.

CUARTA: la capsulitis adhesiva de hombro izquierdo es de etiología desconocida o traumática, no se puede concluir relación de

causalidad con los antecedentes de hemotórax derecho y esternotomía media, aunque el dolor padecido puede haber sido un factor añadido para su manifestación clínica.

QUINTA: En base a la situación funcional de la paciente no se ha concedido invalidez permanente en ninguno de sus grados”.

Consta a continuación en el expediente un informe de un adjunto y del jefe de Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor del HUPA, en el que se hace un exhaustivo análisis médico de los hechos.

Según dicho informe, en la intervención se decidió como parte del tratamiento anestésico la canalización de la vena subclavia para la monitorización hemodinámica y administración de drogas vasoactivas, en caso de precisarlas.

“(...) Tras la inducción anestésica, se realizó la punción de la vena subclavia derecha. La técnica fue realizada inicialmente por un Médico Residente de tercer año, con experiencia previa en dicha técnica. Tras dos intentos que no fueron exitosos, la técnica fue realizada por el Médico Anestesiólogo responsable de la paciente en el primer intento sin ninguna incidencia, aspirándose sangre de características venosas y no pulsátil por la aguja y por las dos luces del catéter implantado”.

Tras relatar de forma precisa los hechos anteriormente expuestos, el informe considera que *“En este caso, el mecanismo de lesión que pensamos produjo la lesión fue una punción inadvertida de una rama de la arteria mamaria interna, a la vista de los hallazgos de la cirugía realizada en el Hospital de la Princesa”*.

Afirma que, durante la intervención, no se observó ninguna alteración que pudiera atribuirse a complicaciones de la canalización de la vena subclavia, dadas las características de la cirugía que estaba realizándose y

que la canalización de la vena subclavia no está exenta de riesgos, estando bien descritas las complicaciones no infrecuentes, de las cuales “*(...) las complicaciones mecánicas agudas están normalmente relacionadas con la lesión de estructuras contiguas (Fig. 1): pleura, nervios, esófago y arterias próximas. La hemorragia normalmente ocurre como resultado de la punción de las arterias subclavia, pulmonar, intercostal y mamaria interna*”.

Cita al respecto diecisiete referencias bibliográficas de la literatura médica.

Con fecha 11 de noviembre de 2013, fue notificada a la reclamante la apertura del trámite de audiencia.

En uso de dicho trámite, con fecha 20 de noviembre de 2013, presentó escrito de alegaciones en el que insistía en que existió mala praxis en la primera intervención quirúrgica ya que se originó un importante aumento del riesgo por los intentos fallidos de canalización de la vena subclavia por parte del médico residente.

Destaca que ese riesgo no se reflejaba en el documento de consentimiento informado.

Considera que, a raíz de esa mala praxis, tuvo que someterse a una esternotomía que derivó en pseudoartrosis, consecuencias que no habría padecido de no haberse lesionado la arteria.

En cuanto a la valoración del daño afirma que no puede realizarla hasta que no recaiga sentencia en el procedimiento de incapacidad permanente que mantiene ante la jurisdicción social pero destaca que no ha podido trabajar desde la primer intervención, que ha precisado dos intervenciones quirúrgicas con sus correspondientes días de hospitalización, precisado material de osteosíntesis y padece dolores, cicatrices y limitación de

movimientos. Se reitera en su solicitud de aplicación de las normas establecidas para los accidentes de tráfico.

Transcurrido el plazo del trámite de audiencia, el viceconsejero de Asistencia Sanitaria formuló propuesta de resolución, de 27 de marzo de 2014 en la que se propone la desestimación de la reclamación por considerar que no existe antijuridicidad en el daño ocasionado.

Considera la propuesta que, aun aceptando que la rotura de la arteria se produjo a raíz de la intervención quirúrgica, nos encontraríamos ante un riesgo inherente a la intervención puesto que las técnicas quirúrgicas se aplicaron de forma correcta en función del estado de la ciencia, citando al efecto diversas sentencias del Tribunal Supremo.

CUARTO.- El consejero de Sanidad, mediante oficio de 7 de abril de 2014 que ha tenido entrada en el registro del Consejo Consultivo el día 11 de abril, formula preceptiva consulta por el trámite ordinario, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección VII, presidida por la Excma. Sra. Dña. María José Campos Bucé, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en su sesión de 7 de mayo de 2014.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE 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 (LCC), por ser la reclamación de responsabilidad patrimonial

de cuantía indeterminada y a solicitud de un órgano legitimado para ello, el consejero de Sanidad, a tenor del artículo 14.1 LCC.

SEGUNDA.- La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 139.1 de la Ley 30/92, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico y Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), ya que es la persona que ha sufrido los daños supuestamente derivados de la actuación de los servicios sanitarios.

Por lo que se refiere a la legitimación pasiva corresponde a la Comunidad de Madrid, al encontrarse los centros hospitalarios implicados integrados en la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

En cuanto al requisito temporal, las reclamaciones de responsabilidad patrimonial tienen un plazo de prescripción de un año, a tenor del artículo 142.5 LRJ-PAC, que se contarán, en caso de daños de carácter físico o psíquico, desde que el hecho aconteció, o desde la curación o determinación del alcance de las secuelas.

Los daños se produjeron en la intervención del 7 de junio de 2011 precisando una esternotomía que ante la mala evolución requirió una nueva intervención quirúrgica el 16 de marzo de 2012 y posterior rehabilitación de la que fue dada de alta el 13 de septiembre de dicho año. Por ello la reclamación interpuesta el 8 de noviembre de 2012 lo fue dentro del plazo legal.

El órgano peticionario del dictamen ha seguido los trámites previstos en las leyes y reglamentos aplicables, en particular en el Título X de la LRJ-PAC desarrollado por el Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (RPRP).

A tal fin se ha recabado informe de los servicios responsables de la asistencia sanitaria a los que se imputa la producción del daño tal como exige el artículo 10.1 del RPRP y se ha otorgado el trámite de audiencia contemplado en los artículos 84 de la LRJ-PAC y 11 del RPRP.

Se ha recabado igualmente informe de la Inspección Sanitaria.

No obstante ha de destacarse que tras solicitar dicho informe se ha incorporado un nuevo informe del Servicio de Anestesiología sin que conste que se haya dado traslado del mismo para la Inspección. Esta actuación no hace sino desvirtuar la finalidad del informe de la Inspección en cuanto permite obtener un análisis profesional e independiente de la asistencia sanitaria prestada y como tal es valorado tanto por este Consejo como por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid.

TERCERA.- Debemos partir de la consideración de que el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración, que tiene su fundamento en el artículo 106.2 de la Constitución, y su desarrollo en los artículos 139 y siguientes de la LRJP-PAC, supone la concurrencia de los siguientes requisitos, según una constante y reiterada jurisprudencia, de la que puede destacarse la sentencia del Tribunal Supremo de 15 de marzo de 2011 (recurso 3261/2009):

- a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicoamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal.
- c) Ausencia de fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta.

Igualmente recoge dicha Sentencia que “*La jurisprudencia de esta Sala (por todas la STS de 1 de julio de 2009, recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) insiste en que "no todo daño causado por la Administración ha de ser reparado, sino que tendrá la consideración de auténtica lesión resarcible, exclusivamente, aquella que reúna la calificación de antijurídica, en el sentido de que el particular no tenga el deber jurídico de soportar los daños derivados de la actuación administrativa”*.

CUARTA.- El daño que pudiera resulta indemnizable en esta sede, resulta acreditado habida cuenta que la reclamante precisó, ante la lesión de la arteria mamaria, una esternotomía que dada su evolución tórpida requirió otras dos intervenciones quirúrgicas.

No ocurre lo mismo con la capsulitis adhesiva que padece la reclamante y respecto de la cual no solo no se ha probado fehacientemente su relación causal con la asistencia sanitaria prestada sino que el informe de la Inspección considera que es de etiología desconocida (folio 770). Por más que dicho informe indique que las posturas forzadas que puede haber adoptado la reclamante pueden “*haber contribuido*” a su aplicación ello no permite establecer un nexo causal claro y adecuado.

En cualquier caso hay que tener en cuenta que, en el ámbito sanitario, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades por la propia naturaleza de este servicio público, introduciéndose por la doctrina y jurisprudencia el criterio de la *lex artis* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios, exigiéndose para determinar la responsabilidad la existencia no sólo de la lesión, en el sentido de daño antijurídico, sino también la infracción de ese criterio básico, siendo la obligación del

profesional sanitario la de prestar la debida asistencia sin que pueda garantizar en todo caso, la curación del enfermo.

También hay que tener en cuenta que la carga de la prueba corresponde al que reclama la responsabilidad patrimonial conforme el artículo 217 LEC. No obstante, en materia sanitaria la jurisprudencia ha invertido la carga de la prueba, tras aportar por los interesados un principio de prueba o razonamiento de los requisitos de la existencia de la responsabilidad, considerando la mayor facilidad probatoria de la Administración sanitaria. En este sentido, la sentencia del Tribunal Supremo de 3 de diciembre de 2010 (recurso 3339/2006).

Sentados los presupuestos jurídicos procede examinar las circunstancias fácticas del caso que se examina.

QUINTA.- Consta plenamente acreditado que en el curso de la intervención quirúrgica a la que fue sometida la reclamante se produjo un hemotorax que requirió una esternotomía urgente en la que se apreció una perforación de la arteria mamaria interna.

La cuestión básica a determinar es si esa perforación fue causada por la actuación quirúrgica y si ese daño ha de calificarse como antijurídico.

Aun cuando por parte de la reclamante no se ha aportado prueba alguna al respecto, los informes médicos permiten tener por acreditada esa relación causal. Si bien la Inspección considera que no ha encontrado una relación clara en la literatura médica y de los datos de la historia entre la lesión y los actos quirúrgicos, lo cierto es que el informe del Servicio de Anestesiología del HULPA considera que la lesión pudo ser causada por una punción inadvertida de una rama de la arteria mamaria interna (folio 778), citando al respecto diversa bibliografía médica y afirmando que se trata de una complicación “*no infrecuente*” de la canalización de la vena subclavia.

El error se produce al intentar canalizar la subclavia sin reparar en las características que expresaba el drenaje que podrían corresponder a sangre arterial, con la correspondiente lesión arterial y sangrado ulterior expresado en el voluminoso hemotórax que fue necesario drenar y llegó a situar a la paciente en situación crítica.

Por tanto puede considerarse acreditada esa relación causal debiendo tener en cuenta, además, que en la historia clínica consta que existieron dificultades en la canalización de la vena subclavia por lo que cobra especial valor la posibilidad de que en esos intentos se lesionase de forma inadvertida la arteria mamaria.

Además, la posibilidad de que la perforación de la arteria se produjese al introducir el tubo de tórax queda descartada por la abundante cantidad de líquido extraído tal y como destaca el informe de la Inspección.

Establecido lo anterior, lo cual asume incluso la propia propuesta de resolución, ha de analizarse si el daño merece la condición de antijurídico.

A estos efectos ha de analizarse si se ajusta a la *lex artis*. A juicio de este Consejo la lesión de un vaso sanguíneo en el curso de la operación supone una mala práctica médica y ello por las siguientes razones.

En primer lugar la lesión inadvertida de un vaso sanguíneo no puede considerarse, obviamente, una maniobra correcta y se ha de valorar como una mala práctica máxime cuando el informe de la Inspección considera extraña la lesión habida cuenta del lugar donde se localizó el punto sangrante (folios 253, 769) y, aunque el informe del Servicio de Anestesia considere que estas lesiones no son infrecuentes, tampoco da una explicación adecuada de cómo se produjo la lesión.

A ello ha de añadirse el que es un riesgo que no aparece en el consentimiento informado, ni el relativo a la cirugía (folios 226-227) ni en el de la anestesia (folios 34-35).

Por todo ello nos encontraríamos ante un daño ocasionado por la cirugía que no se puede considerar como una buena práctica médica, que no ha sido previsto en el consentimiento y que no se explica adecuadamente su producción por los servicios sanitarios. En definitiva no puede sino calificarse de antijurídico.

SEXTA.- Por todo ello ha de valorarse el daño causado. A este respecto la reclamante precisó tres intervenciones quirúrgicas adicionales con un tiempo de sanidad mucho mayor al que inicialmente precisaba.

Así, si la intervención quirúrgica en la que se produjo la lesión se realizó el día 7 de junio de 2011 no recibió el alta hasta el 15 de junio, es decir 7 días.

Posteriormente precisó un nuevo ingreso el 27 de febrero de 2012 para nueva intervención siendo dada de alta el 22 de abril (folio 345), en total 56 días.

Ello supone un total de 63 días de hospitalización a lo que ha de sumarse el que no recibió el alta definitiva hasta el 13 de septiembre.

Computando desde el 7 de junio de 2011 hasta el alta definitiva supone un total de 462 días a los que han de restarse los hospitalarios lo que determina un total de 399 días no impeditivos, toda vez que la reclamante no aporta ningún parte de baja.

Aplicando los baremos de los años 2011 y 2012 resulta:

Año 2011

7 días hospitalarios x 67,98 €/día= 475,86 euros

265 días no impeditivos x 29,75 €/día= 7.883,75 euros

Año 2012

56 días hospitalarios x 69,61 €/día = 3.898,16 euros

134 días no impeditivos x 30,46 €/días= 4.081, 64 euros

Todo ello determina un total de 16.336,41 euros, aplicando el porcentaje de corrección del 10% asciende a un total de 17.970, 05 euros.

En cuanto a otras secuelas alegadas tales como la implantación de material de osteosíntesis o las cicatrices toda vez que la reclamante no aporta prueba alguna que permita la adecuada valoración de las mismas procede reconocer la puntuación mínima, esto es un punto por la osteosíntesis en la cintura escapular (1-5) y otro por un perjuicio estético ligero (1-6), que, conforme el baremo del año 2012, a razón de 647,45 €/punto (habida cuenta que se valoran por separado) supone un total de 1.294,90 euros.

Sumada esta cantidad a la anterior determina un total de 19.264,95 euros, cantidad que deberá actualizarse conforme el artículo 141.2 de la LRJ-PAC.

En atención a lo expuesto, el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la reclamación por responsabilidad patrimonial presentada reconociendo una indemnización por importe de 19.264,95 euros, cantidad que deberá actualizarse a la fecha de la resolución que ponga fin al procedimiento.

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.

Madrid, 7 de mayo de 2014

