

Dictamen nº: **265/13**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **03.07.13**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 3 de julio de 2013 emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1 de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, en el asunto promovido por A.V.D. sobre reclamación de responsabilidad patrimonial por las secuelas tras situación de coma que atribuye a una intervención en la muñeca derecha en el Hospital del Henares.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El día 10 de junio 2013 tuvo entrada en el Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid solicitud firmada por el consejero de Sanidad el día 31 de mayo 2013, referida al expediente de responsabilidad patrimonial en materia sanitaria aludido en el encabezamiento.

A dicho expediente se le asignó el número 271/13, comenzando el día señalado el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 34.1 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por Decreto 26/2008, de 10 de abril, del Consejo de Gobierno.

La ponencia ha correspondido, por reparto de asuntos, a la Sección I, cuyo presidente, el Excmo. Sr. D. Jesús Galera Sanz, firmó la propuesta de

dictamen, que fue deliberada y aprobada por la Comisión Permanente del Consejo Consultivo, en sesión celebrada el 3 de julio de 2013.

SEGUNDO.- El expediente remitido trae causa de la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por A.V.D. en una oficina de Correos en fecha 7 de junio de 2011 (folios 1 a 12 del expediente administrativo).

Según el relato del reclamante, en fecha 24 de mayo del año 2010 fue intervenido para la extracción de material protésico de la muñeca derecha en el Hospital del Henares. Sostiene que pese a lo sencillo de la operación, de forma inexplicable se le ocasionó una situación de coma que le ha generado importantes secuelas.

En relación con el episodio asistencial reprochado, el interesado manifiesta haber tenido conocimiento de que durante la anestesia se soltó la respiración asistida provocando la situación de coma denunciada. Sostiene que el abandono de un paciente o desatención del anestesista durante la intervención para perder el control de la respiración constituye negligencia suficiente para indemnizar.

El reclamante alega tener importantes lesiones, que aún están sin determinar con precisión, y daños irreversibles en órganos vitales, por lo que reclama la cantidad de quinientos mil euros (500.000 €).

TERCERO.- Una vez presentada la reclamación anterior se inicia expediente de responsabilidad patrimonial al amparo de lo establecido en el título X de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJ-PAC) y el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante RPRP)

Se ha incorporado al expediente la historia clínica del reclamante del Hospital del Henares (folios 15 a 47 y 50 a 69 del expediente).

Igualmente se ha aportado al procedimiento el informe de 5 de octubre de 2011 emitido por el jefe del Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital del Henares (folio 48 del expediente). En el citado informe se realizan las siguientes consideraciones en relación con la asistencia dispensada al reclamante:

“- Se realiza extracción de material de osteosíntesis de muñeca derecha bajo anestesia regional, pero debido a la gran ansiedad del paciente y a referir molestias en la zona a intervenir se reconvierte la técnica a anestesia general con mascarilla laringea llevándose a cabo todo el procedimiento sin incidencias. Se realiza monitorización según SEDAR más alarmas y monitorización de profundidad anestésica. Tras finalizar el procedimiento y con paciente consciente, en respiración espontánea y obedeciendo órdenes retiramos mascarilla laringea sin incidencias. El paciente se pasa a su cama y al comenzar su traslado comienza con tos productiva y expectoración verduzca y sensación de dificultad respiratoria que cede con aspiraciones de dichas secreciones y suplemento de oxígeno. En ese momento el paciente nos informa de estar en medio de un proceso catarral pero que no nos lo dice previamente por miedo a suspender y retrasar la intervención. Es trasladado a la Unidad de Reanimación donde se administra tratamiento con aerosoles.

Como anestesiólogo que atendió el intraoperatorio y respondiendo a lo alegado en la reclamación:

- En ningún momento el anestesista que le atiende en quirófano abandona la vigilancia del paciente desde su llegada hasta ser trasladado a la Unidad de Reanimación, donde es recibido, valorado y quedando a cargo de otro anestesiólogo.

- *El paciente en ningún momento se desconecta de la ventilación asistida durante la intervención, no pudiendo producirse por este motivo lesiones multiorgánicas como él refiere sufrir desde ese momento por dicho motivo.*
- *El paciente sale de quirófano consciente y orientado, hablando, colaborador y en ningún momento entra en estado de coma como él refiere en la reclamación.*
- *Baja a la Unidad de Cuidados Intensivos (UVI) también consciente y orientado, en ningún momento en estado de coma.*
- *Todo lo escrito puede ser confirmado por el resto de personal de quirófano que estuvo presente dicho día.*
- *El riesgo anestésico está formado por una serie de factores entre los que se encuentra la complejidad quirúrgica a realizar, pero en los que tiene mucha mayor relevancia las características y patologías individuales que presenta el paciente a intervenir”.*

Asimismo, se ha emitido informe por parte de la Inspección Sanitaria en fecha 17 de julio de 2012 (folios 70 a 76 del expediente). En el citado informe la Inspección Sanitaria, tras realizar una evaluación de los hechos reflejados en la historia clínica y los informes obrantes en el expediente, efectúa las siguientes consideraciones médicas:

“Estaba previsto administrar anestesia loco-regional pero dada la gran ansiedad manifestada por el paciente se administró anestesia general, y dicha anestesia no está exenta de riesgos y más en un paciente hipertenso, obeso y en estudio en Neumología por posible SAOS (Síndrome de apnea obstructiva del sueño), además el paciente tras la intervención manifestó estar en pleno proceso catarral.

- *Tras detectarse la complicación surgida, un Síndrome de distrés respiratorio agudo como consecuencia de una broncoaspiración, se ingresó al paciente en la UCI, donde permaneció 2 semanas, no constando que el paciente ingresara en estado de coma, si no despierto y en situación de alerta. Tras lograr una estabilidad hemodinámica el paciente pasó a Medicina Interna, y tras una evolución favorable, sin daños orgánicos irreversibles como expone en su reclamación, es dado de alta domiciliaria.*
- *El informe de Rehabilitación indica que el paciente está consciente, orientado y colaborador realizando ejercicios de rehabilitación del 10 al 18 de junio, fecha del alta hospitalaria, indicándose fisioterapia domiciliaria”.*

Y concluye señalando que “*a la vista de las actuaciones practicadas no consta que la actuación del Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital del Henares haya sido incorrecta o inadecuada a la lex artis*”.

Concluida la instrucción del expediente, se dio trámite de audiencia al interesado, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 84 de la LRJ-PAC y 11 del RPRP. Consta en el expediente que en cumplimiento del referido trámite el día 31 de octubre de 2012 A.V.D. formula alegaciones en las que reproduce lo expresado en su escrito inicial de reclamación.

Por la viceconsejera de Asistencia Sanitaria en fecha 24 de mayo de 2013 se dictó propuesta de resolución, en la que se desestima la reclamación indemnizatoria presentada por entender que no concurre ninguno de los presupuestos de la responsabilidad patrimonial.

CUARTO.-Del examen de la historia clínica del paciente y restante documentación médica obrante en el expediente se extraen los siguientes hechos, que se consideran de interés para la emisión del dictamen, admitiéndose en lo sustancial los consignados en la propuesta de resolución:

A.V.D., de 56 años de edad en el momento de los hechos, fue intervenido el 24 de mayo de 2010 de forma programada en el Hospital del Henares para extracción de material óseo en la muñeca derecha. Consta en el expediente que con carácter previo a la intervención, concretamente el 11 de mayo de 2010, el reclamante firmó consentimiento informado para anestesia general y loco-regional en relación con intervención de extracción de material de osteosíntesis y dupuytren del 4º dedo de la mano derecha. Entre los riesgos típicos de la anestesia loco-regional el documento firmado por el reclamante consigna expresamente que “*en caso de que la anestesia loco-regional no sea posible o no se consiga por razones técnicas, puede ser necesario realizar una anestesia general*”. En cuanto a los riesgos típicos de la anestesia general el documento contempla entre otros la lesión de algún diente o estructuras adyacentes, las alteraciones respiratorias o las reacciones alérgicas.

Según los datos que figuran en la historia clínica, desde el punto de vista quirúrgico, la operación cursó sin incidencias. Consta que se administró profilaxis antibiótica. También se anota que por dolor y ansiedad, se administró sedación profunda con mascarilla laríngea.

En el postoperatorio inmediato el reclamante expectoró secreciones verdosas. Se anota que está hipertenso e hipóxico, a pesar de aporte de oxígeno y broncodilatadores inhalados, incluida adrenalina. En la Rx de tórax realizada, aunque está rotada, se aprecia aumento de densidad fundamentalmente en el hemotórax derecho. Con la sospecha de broncoaspiración en paciente con alta sospecha de SAOS, se ingresa al paciente en UCI.

En la exploración realizada inmediatamente después de la intervención se anota que el paciente está despierto, alerta, 130 lpm, rítmico, TA 140/75 mmHg, spO2 84% (VMask 50%). Cianótico, taquipneico con

respiración abdominal. Bien profundido. AC rítmica, sin soplos, AP muy disminuido, algún roncus disperso.

En el momento del ingreso en UCI el paciente presenta desaturación y aumento importante de trabajo respiratorio por lo que se inició soporte mediante ventilación mecánica no invasiva que inicialmente fue eficaz, pero progresivamente desarrolló mayor aumento del trabajo respiratorio y acidosis respiratoria progresiva por lo que precisó intubación y conexión a ventilación mecánica convencional.

Tras la intubación precisa FIO2 del 100% con niveles altos de FEEP y mantener una estrategia ventilatoria protectora por el desarrollo de un SDRA con una imagen de infiltrado denso bilateral en Rx de tórax compatible con SDRA. Presenta datos de aumento de resistencia en la vía aérea precisando dosis altas de agentes broncodilatadores. También presentó deterioro hemodinámico con tendencia a hipotensión precisando del inicio de soporte inotrópico con noradrenalina tras reposición adecuada de la volemia. Se realizó ecocardiograma transtorácico para valoración de la función miocárdica en el que únicamente se evidenció ligera hipertrofia concéntrica del VI y alteración de la relajación. Se inició cobertura antibiótica empírica con amoxicilina-clavulánico y protocolo de descontaminación selectiva digestiva. Todos los cultivos obtenidos durante el ingreso fueron negativos por lo que se retiró el tratamiento antibiótico tras cumplir un ciclo de 10 días. Precisó ventilación mecánica prolongada y sedo-analgesia profunda con combinación de midazolam+propofol+remifentanilo. Dado la progresión del infiltrado radiológico en los primeros días y la afectación severa del intercambio gaseoso, se decidió iniciar tratamiento precoz con esteroides como tratamiento de SDRA secundario a neumonitis espirativa.

Progresivamente fue mejorando la situación clínica del reclamante, de modo que se pudo retirar el soporte inotrópico y el paciente pasó a su

hipertensión habitual para la que se precisó tratamiento con dosis variables de captopril+doxazosina. Se retiró progresivamente la sedación, aunque mantuvo episodios de agitación e hipertensión que necesitó de cambios en los agentes sedantes e hipotensores.

Dada la situación clínica estable, se decidió el traslado a la unidad de hospitalización convencional con fecha 8 de junio de 2010. El paciente durante el ingreso hospitalario mostró buena evolución, afebril sin disnea ni dolor torácico. HTA que fue controlada con tratamiento. Episodio de diarrea autolimitada que cedió con tratamiento sintomático. ITU en paciente sondado que precisó tratamiento antibiótico. Fue valorado por Traumatología quien realizó curas en la mano derecha. Recibió tratamiento rehabilitador con excelente evolución. El reclamante fue dado de alta el 16 de junio de 2010. Se pauta tratamiento y se recomienda control por el médico de familia.

Consta en la historia clínica una revisión del día 12 de julio de 2010 en la que anota “*todo bien. Mejor estado general*”.

A los hechos anteriores, les son de aplicación las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

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

cantidad reclamada sea igual o superior a 15.000 euros o cuando la cuantía sea indeterminada”.

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

El dictamen ha sido recabado de órgano legitimado para ello –el consejero de Sanidad–, a tenor del artículo 14.1 de la misma Ley.

SEGUNDA.- El reclamante solicita indemnización por los daños y perjuicios que se le han causado por los hechos descritos en los antecedentes de hecho, concurriendo en él la condición de interesado, exigida por los artículos 31 y 139.1 de la LRJ-PAC.

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

El plazo para el ejercicio del derecho a reclamar, es de un año, contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (cfr. artículo 142.5 de la LRJ-PAC). En el caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo se contará “*desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas*”, lo que equivale a decir que el plazo prescriptivo empieza a correr desde que se tenga conocimiento cabal del daño realmente sufrido, y de su alcance y consecuencias, lo que constituye una aplicación de la teoría de la «*actio nata*», recogida en el artículo 1969 del Código Civil («*actioni nondum natae, non prescribitur*»).

En el caso que nos ocupa, el interesado reclama por una deficiente asistencia sanitaria en la intervención para la extracción de material protésico de la muñeca derecha realizada en el Hospital del Henares el día

24 de mayo de 2010. Resulta de la historia clínica examinada que el reclamante permaneció ingresado en el citado hospital, primero en la UCI y posteriormente en la Unidad de Hospitalización, hasta el día 16 de junio de 2010 en la que recibió el alta, por lo que la reclamación presentada el día 7 de junio de 2011 se habría formulado en plazo legal, con independencia del momento de curación o de determinación de las secuelas.

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

A este procedimiento se encuentran sujetas, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJ-PAC (en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero) y la disposición adicional primera del RPRP, las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicas, así como de las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud.

Como se dijo *supra*, se ha recabado y evacuado informe de los servicios médicos afectados, cuya preceptividad resulta del artículo 10.1 del RPRP. También se ha solicitado y emitido informe de la Inspección Sanitaria.

Asimismo, se ha dado trámite de audiencia al interesado, de conformidad con los artículos 84 de la LRJ-PAC y 11 del RPRP.

En suma, pues, de todo lo anterior, cabe concluir que la instrucción del expediente ha sido completa, sin que se haya omitido ningún trámite que tenga carácter esencial o que resulte imprescindible para resolver.

TERCERA.- El instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración se reconoce en el artículo 106.2 de la Constitución de 1978, desarrollado por los artículos 139 y siguientes de la LRJ-PAC, y

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

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

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión, siendo imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

En el ámbito de la responsabilidad médico-sanitaria, el matiz que presenta este instituto es que por las singularidades del servicio público de que se trata, es que se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios, siendo fundamental para determinar la responsabilidad, no sólo la existencia de lesión, en el sentido de daño antijurídico, sino también la infracción de ese criterio básico, siendo obligación del profesional sanitario prestar la debida asistencia y no garantizar, en todo caso, el resultado.

Además, en materia de daños causados como consecuencia de la

prestación de asistencia sanitaria, es también doctrina jurisprudencial reiterada, por todas las sentencias de 20 de marzo de 2007 (recurso 6/7915/03), 7 de marzo de 2007 (recurso 6/5286/03), 16 de marzo de 2005 (recurso 6/3149/01) 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*”, por lo que no cabe apreciar responsabilidad sólo por la producción de un resultado dañoso, debiendo éste reunir además la condición de antijurídico.

CUARTA.- Conforme a lo expuesto en la consideración anterior, la primera cuestión que se debe examinar en orden a determinar la procedencia de la indemnización solicitada, es la existencia real y efectiva del daño aducido. En este punto hemos venido señalando, como recuerda la Sentencia de la Audiencia Nacional (Sala de lo Contencioso-Administrativo Sección 5^a) de 8 de febrero de 2012, que “*el detrimento personal o patrimonial del perjudicado debe ser constatable en la realidad, cierto*”, y por tanto se excluyen “*los daños hipotéticos, eventuales, futuros o simplemente posibles, así como los contingentes, dudosos o presumibles, sin que se considere tal la mera frustración de una expectativa*”.

En el análisis de la concurrencia de los requisitos necesarios para apreciar la responsabilidad patrimonial de la Administración, debemos partir de que, en las reclamaciones de responsabilidad patrimonial es al reclamante al que incumbe la carga de la prueba. En este sentido, la Sentencia de 3 de mayo de 2011 del Tribunal Superior de Justicia de Madrid con cita de las sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo de 27 de noviembre de 1985, 9 de

junio de 1986, 22 de septiembre de 1986, 29 de enero y 19 de febrero de 1990, 13 de enero, 23 de mayo y 19 de setiembre de 1997 y 21 de septiembre de 1998.

De los términos de la reclamación presentada se puede inferir que el interesado imputa a la actuación sanitaria la situación de coma que aduce que se le ocasionó como consecuencia de la intervención de extracción de material protésico a la que fue sometido en el Hospital del Henares. A dicha situación de coma el interesado imputa además unos daños irreversibles en órganos vitales que dice padecer en el momento de su reclamación.

Sin embargo, frente a las alegaciones efectuadas por el reclamante sin sustento probatorio alguno, el examen de la historia clínica pone de manifiesto que en ningún momento el interesado sufrió la situación de coma reprochada. En las anotaciones correspondientes al día de la operación consta que en la exploración inmediatamente después de la intervención el paciente está “*despierto, alerta*” (folios 15 y 42 del expediente). Esta circunstancia también es puesta de relieve en el informe del Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital del Henares cuando señala que “*el paciente sale de quirófano consciente y orientado, hablando, colaborador y en ningún momento entra en estado de coma como él refiere en la reclamación*”. En la misma línea incide el informe de la Inspección Sanitaria, tras revisar la historia clínica e informes, cuando indica que “*se ingresó al paciente en la UCI, donde permaneció dos semanas, no constando que el paciente ingresara en estado de coma, si no despierto y en situación de alerta*”.

Por otro lado, el reclamante, a quien corresponde la carga de la prueba conforme a lo anteriormente expresado, no ha conseguido trasladar al procedimiento la acreditación de los daños irreversibles en órganos vitales que dice padecer, pues no aporta ninguna documentación en este sentido,

como podría haber sido por ejemplo un informe médico o pericial. En la historia clínica examinada y aportada por el Hospital del Henares no consta ninguna referencia a las lesiones que el interesado aduce. La última referencia que consta relativa al estado de salud del reclamante corresponde a una revisión del día 12 de julio de 2010 en la que no figura ninguna alusión a los daños irreversibles que alega A.V.D., sino que por el contrario se anota que todo está bien y que el paciente presenta mejor estado general. También el informe de la Inspección Sanitaria incide en la inexistencia de daño cuando señala que *“tras una evolución favorable, sin daños orgánicos irreversibles como expone en su reclamación, es dado de alta domiciliaria”*.

Conforme a lo expuesto cabe concluir que el reclamante no ha acreditado más allá de sus alegaciones que haya sufrido los daños que invoca. Excluida la existencia de un daño efectivo, no cabe reconocer responsabilidad patrimonial a la Administración, por cuanto que constituye presupuesto necesario de tal instituto la existencia de un daño, cuya falta de acreditación es suficiente, por sí solo, para desestimar la pretensión del interesado.

Aunque la inexistencia de daño efectivo, determinaría por sí misma la desestimación de la reclamación de responsabilidad patrimonial, entendemos oportuno señalar que en el presente caso, aunque admitiéramos en términos de hipótesis la existencia de un perjuicio, cabe excluir la concurrencia de los demás elementos que integran la responsabilidad patrimonial.

Desde el punto de vista de la adecuación de la asistencia dispensada a la *lex artis*, que ha de constituir el parámetro de enjuiciamiento de la actuación sanitaria dispensada a A.V.D., hemos de subrayar que la historia clínica y los informes médicos que obran en el expediente, en contra de lo manifestado por el reclamante, ponen de manifiesto la corrección en la asistencia sanitaria dispensada al interesado en el Hospital del Henares. En

este punto es relevante el informe de la Inspección Sanitaria, por su presumible imparcialidad, cuando concluye que “*a la vista de las actuaciones practicadas no consta que la actuación del Servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital del Henares haya sido incorrecta o inadecuada a la lex artis*”.

En este punto la historia clínica muestra que la intervención quirúrgica cursó sin incidencias. No hay ninguna evidencia en el expediente de que se produjeran los episodios de abandono asistencial del anestesista denunciado por el reclamante sin prueba alguna, así como tampoco de la desconexión de la ventilación asistida que aduce. Únicamente se constata que el paciente en el momento de la intervención presentaba un estado de ansiedad que obligó a transformar la anestesia loco-regional inicialmente prevista en anestesia general, complicación posible y como tal prevista en el documento de consentimiento informado firmado por el reclamante con carácter previo a la intervención. Por otra lado, de la documentación examinada se comprueba que el reclamante sufrió una broncoaspiración durante la intervención, si bien como destaca la Inspección Sanitaria en su informe esta es una complicación posible de la anestesia que “*no está exenta de riesgos y más en un paciente hipertenso, obeso y en estudio en Neumología por posible SAOS (Síndrome de apnea obstructiva del sueño, además el paciente tras la intervención manifestó estar en pleno proceso catarral*”. De dicho informe es posible colegir que dicha afección respiratoria, prevista también en el consentimiento informado, constituye un riesgo asociado a la anestesia que se puede producir aún cuando no concurra mala praxis como en el caso que nos ocupa, pues como hemos expuesto y subraya la Inspección Sanitaria, no existe ninguna evidencia en el expediente de que la asistencia sanitaria dispensada al reclamante se realizara de forma inadecuada o contraria a la *lex artis*.

Por lo demás, los informes médicos que obran en el expediente permiten constatar que el reclamante fue adecuadamente atendido tras la operación,

con controles adecuados que marcaron una evolución favorable que permitió el alta del paciente sin secuela alguna derivada de la intervención.

De todo lo dicho puede concluirse que la actuación de los servicios sanitarios durante la asistencia del paciente fue conforme a la *lex artis*.

A la vista de todo lo anterior el Consejo Consultivo formula la siguiente,

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no concurrir la existencia de daño efectivo y en todo caso haber sido la actuación de los servicios médicos del Hospital del Henares implicados en el proceso asistencial de A.V.D. conforme a la *lex artis*.

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, 3 de julio de 2013