

Dictamen nº: **481/19**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **21.11.19**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 21 noviembre de 2019, aprobado por unanimidad, sobre la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 5.3 de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, en el procedimiento de responsabilidad patrimonial promovido por Dña., por las secuelas que padece tras la intervención de un aneurisma en el cerebro realizada en el Hospital Universitario Ramón y Cajal.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado el día 31 de julio de 2017 en el registro de la Consejería de Sanidad, la persona citada en el encabezamiento, representada por letrado, formula una reclamación de responsabilidad patrimonial por las secuelas que padece y que atribuye a la intervención de un aneurisma en el cerebro realizada el 13 de octubre de 2016 en el Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Tras indicar sus antecedentes personales, refiere, que el 29 de mayo de 2016 ingresó en el Servicio de Neurocirugía para una arteriografía diagnóstica a realizar por la arteria femoral derecha

donde se evidenció la presencia de un aneurisma y fue dada el alta el 31 de mayo de 2016.

A continuación indica que *“todo eran buenos pronósticos porque tras realizarle las pruebas pertinentes el equipo médico afirmaba que el aneurisma estaba en una zona de fácil acceso y con un tamaño medio”*, siendo intervenida el 13 de octubre de 2016 y al finalizar la operación, el médico que la operó junto al resto del equipo, informo a los familiares que el clipaje del aneurisma había ido bien pero que durante la operación habían surgido complicaciones porque en un momento dado tuvo una bajada de potenciales que mostraron una paralización de la parte derecha del cuerpo, la misma que había sido operada, por lo que inmediatamente se le realizó un escáner y pasó a la UCI donde permaneció intubada y sedada, y fue tras la realización de un nuevo escáner cuando los médicos de la UCI informaron a sus familiares que había un daño en la capsula blanda de la zona izquierda del cerebro que había afectado a su movilidad.

Manifiesta que, permaneció en la UCI durante once días en estado de semiinconsciencia y con la parte derecha del cuerpo prácticamente paralizada, desorientada en espacio, tiempo y persona, con fallos de memoria y además con una alteración importante de los niveles de sodio.

Prosigue su relato indicando que el médico que la operó informó a su familia que no sabía lo que había ocurrido pero que lo estaba estudiando y negó que tuviera ningún daño cognitivo, solamente una pequeña lesión que afectaba a la parte motora que sería recuperable con rehabilitación.

Expresa que al mes y medio de la intervención la familia solicitó su traslado al Hospital Universitario de Guadalajara donde ingresó el 11 de noviembre de 2016 y en dicho hospital el equipo de Neurología informó a la familia que durante la operación en el Hospital

Universitario Ramón y Cajal se había producido la rotura del aneurisma que estaban clipando y una gran hemorragia que además de producir daño en la zona operada también le ocasiono un ictus en la parte contraria del cerebro que le ha provocado un problema de movilidad, graves alteraciones en diversas áreas; como la memoria reciente, el equilibrio, la atención, etc.

Indica, que recibió alta en el Hospital Universitario de Guadalajara el 23 de noviembre de 2016 y con posterioridad tuvo que acudir al Servicio de Logopedia y a la Unidad de Daño Cerebral del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del citado centro hospitalario. También transcribe un informe neuropsicológico de 3 de enero de 2017, un informe neurológico de 16 de enero de 2017 y un informe del Servicio de Urgencias cuando acudió el 12 de abril de 2017.

Considera que, la asistencia dispensada durante *“una simple intervención de aneurisma”* en el Hospital Universitario Ramón y Cajal fue negligente y desproporcionado el daño producido. También reprocha que la información recibida por los familiares no fuese completa.

No cuantifica el importe de la indemnización al considerar que no se encuentran estabilizadas las secuelas que padece.

Acompaña la escritura de apoderamiento y diversa documentación médica (folios 15 a 76).

SEGUNDO.- Del estudio del expediente resultan los siguientes hechos, de interés para la emisión del presente Dictamen:

La paciente, de 65 años de edad en el momento de los hechos, es remitida por el Hospital Universitario de Guadalajara con carácter

preferente al Hospital Universitario Ramón y Cajal por el hallazgo de un aneurisma cerebral.

Ingresa el 29 de mayo de 2016 en el Servicio de Neurocirugía para la realización de una arteriografía cerebral diagnóstica que se realiza el día 30 de mayo de 2016 previo consentimiento informado, bajo sedación anestésica y mediante técnica habitual, con acceso femoral derecho. El procedimiento transcurre sin complicaciones y recibe alta el 31 de mayo de 2016 con diagnóstico de aneurisma del complejo comunicante anterior, incidental.

En el informe radiológico se anota: *“en las series angiográficas realizadas se demuestra la presencia de un aneurisma en la arteria comunicante anterior con cuello en íntima relación con el segmento A2 izquierdo y con un tamaño de 4,8x5,4x4,1 mm con cuello de 4 mm de diámetro. En su porción más craneal llama la atención una pequeña lobulación con un tamaño de 1 mm del diámetro máximo. Las dos arterias cerebrales anteriores se replecionan a expensas de la carótida derecha”*.

Se revisa el caso en sesión conjunta con el Servicio de Radiología y Neurocirugía siendo factible el tratamiento endovascular del aneurisma.

El 27 de junio y el 4 de julio acude a consulta a revisión y se le confirma la presencia de un aneurisma incidental de arteria comunicante anterior. Se le explica la patología, las opciones terapéuticas y la posibilidad de esperar. La paciente refiere que ya ha tomado una decisión y manifiesta su deseo de ser intervenida. Se le entrega el documento de consentimiento informado y se incluye en lista de espera quirúrgica.

El 12 de octubre de 2016 ingresa de manera programada para el clipaje quirúrgico de aneurisma incidental de arteria comunicante anterior.

Con idéntica fecha firma el documento de consentimiento informado donde se recoge el tipo de intervención y los riesgos o posibles complicaciones. En los riesgos generales se expresa:

“Dependen de la forma del aneurisma y de su ubicación. Podrían darse las siguientes complicaciones:

- *Déficit neurológico. Hemiparesia (0.5-40%)*
- *Trastorno del lenguaje (0.4-20%).*
- *Hemorragia dentro del cerebro: Hemiparesia (0.1-10%).*
- *Edema cerebral (10-15%).*
- *Infarto cerebral (1-15%).*
- *Lesiones en pares craneales adyacentes (0.1-10%)”.*

El 13 de octubre se realiza la intervención bajo monitorización neurofisiológica intraoperatoria. Se constata la morfología compleja del aneurisma. Durante el clipaje se rompe el saco aneurismático que obliga a un nuevo clipado temporal de la arteria. Minutos después se produce una caída completa de los potenciales motores derechos. Se clipa de manera definitiva el aneurisma. Se confirma la perfecta hemostasia y la recuperación parcial de los potenciales, procediéndose al cierre de la craneotomía.

Al terminar la intervención se intenta despertar pero no recupera la conciencia. Moviliza las 4 extremidades, pero con paresia derecha.

Se realiza escáner, vigilancia neurológica estrecha e ingresa en la UCI donde permaneció once días.

Al ingresar en la UCI se confirma que no hay datos de patología aguda en el TAC de urgencia, la paciente se mantiene estable hemodinámicamente (TA 98/60 mmHg) sin administración de fármacos vasoactivos y conectada a respirador. Se repitió el TAC con los siguientes hallazgos: *“Hematoma subdural agudo fronto-temporal-parietal derecho que condiciona herniación transfalcina frontal, hematoma subaracnoideo en cisternas basales, edema generalizado, neumoencéfalo postquirúrgico”*. Se procedió a su extubación.

El segundo día en la UCI la paciente es valorada por el jefe de servicio de Neurocirugía que confirma *“hemiplejia derecha, no explicable por cirugía”*, y se pauta doppler transcraneal *“para descartar vasoespasmo”* que se realiza con juicio diagnóstico de *“NO vasoespasmo”*.

En los días posteriores se constata en las hojas de evolutivo la realización de un seguimiento neurológico, hemodinámico y electrolítico intenso con explicación a la familia. Se realizó interconsulta a Rehabilitación para valoración.

El 21 de octubre, se realiza una RNM y en la historia se deja escrito lo siguiente: *“Probable infarto subagudo con transformación hemorrágica en brazo posterior de la cápsula interna izquierda y el pedúnculo cerebral adyacente, probables secuelas isquémicas en localización basal del lóbulo frontal derecho”* de lo que fue informada la familia.

El último día de su estancia en UCI se comprueba tolerancia oral completa, cierta mejoría neurológica (se sienta en sillón), hemiplejia derecha y parálisis de los pares craneales VI y VII, desorientación

temporal y resto sin alteraciones, cursando alta en UCI e ingreso en Neurocirugía en vista de su cuadro neurológico.

Durante su ingreso en Neurocirugía, la paciente inicia rehabilitación y a petición de la familia es valorada por el psiquiatra de enlace que recoge como juicio clínico en la historia: *“impresiona de deterioro neuropsicológico secundario a intervención quirúrgica. Están pendientes de valoración para ingreso en centro de rehabilitación de Guadalajara”*.

El 10 de noviembre de 2016 es trasladada en ambulancia a su hospital de referencia en Guadalajara. La paciente presenta una hemiparesia derecha 2-3/5, con mayor afectación en miembro inferior derecho, disfasia con disnomia y desorientación temporo espacial.

El día 15 de noviembre de 2016, con la paciente ya ingresada en el Servicio de Neurología del Hospital Universitario de Guadalajara, se realiza una RNM de cerebro que concluye lo siguiente: *“Pequeño hematoma subdural frontal derecho en lecho quirúrgico. Hiperseñal en el brazo posterior de la cápsula interna izquierda sugerente de lesión isquémica no aguda”*.

El día 22 de febrero de 2017 consta la realización en el Hospital Universitario de Guadalajara de un Plan individualizado de rehabilitación.

TERCERO.- Presentada la reclamación, se acordó la instrucción del expediente, conforme a lo previsto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

Se ha incorporado al procedimiento la historia clínica de la paciente del Hospital Universitario Ramón y Cajal y del Hospital Universitario de Guadalajara.

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81.1 LPAC, se ha incorporado al expediente un extenso informe elaborado por el médico responsable de la intervención y atención de la paciente, jefe del Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario Ramón y Cajal de 25 de agosto de 2017 en el que manifiesta que la paciente fue remitida con carácter preferente desde el Hospital Universitario de Guadalajara por el hallazgo de un aneurisma cerebral y fue vista por el jefe de servicio por tratarse de una patología compleja que se reserva a especialistas con gran experiencia, como es la que tiene el médico especialista que la asistió. Respecto a la arteriografía realizada indica que es la prueba necesaria para conocer la anatomía de la lesión y el resto del árbol vascular cerebral y se realizó previa presentación en sesión clínica, mediante abordaje abierto y monitorización intraoperatoria, previo consentimiento informado.

Respecto a las incidencias surgidas durante el clipaje del aneurisma informa que hubo dos incidentes significativos: *“el desgarro”* del aneurisma y su sangrado y una caída de los potenciales sensitivos y motores del lado derecho *“indicativos de una lesión en el territorio vascular dependiente de la arteria cerebral media izquierda, arteria muy alejada de la zona quirúrgica”*. Esta caída fue recuperándose a lo largo de la intervención, *“lo cual es indicativo de lesión reversible”*, circunstancias que fueron transmitidas a la familia de la paciente inmediatamente tras la intervención y en todas las ocasiones en las que se habló con ellos. Tras la cirugía, pasó a la Unidad de Cuidados Postquirúrgicos donde, diariamente fue valorada por los neurocirujanos y se mantuvieron reuniones entre ambos servicios. Se realizaron *“multitud de pruebas”* para conocer no solo la extensión del daño, sino su origen.

Respecto a la rotura intraoperatoria de un aneurisma expresa que *“no es excepcional ni signo de impericia o negligencia, siendo de hecho una demostración de pericia y de adopción de la lex artis que sea un cirujano con experiencia el que esté llevando a cabo la intervención, que conozca y realice las maniobras quirúrgicas adecuadas para evitar una hemorragia masiva (lo que incluye clipajes temporales de las arterias aferentes) y que exista monitorización neurofisiológica para conocer las posibles secuelas de estos clipajes. La rotura del aneurisma es indicativa en muchos casos de la fragilidad del mismo”*.

Recoge también el informe que durante su ingreso en planta fue valorada y la familia informada, diariamente. También manifiesta que inicio tratamiento rehabilitador y una vez estabilizado el cuadro se decidió, de acuerdo con la familia, organizar su traslado a Neurología del Hospital Universitario de Guadalajara y se acompañó un informe en el que consta que había sufrido un ictus en la parte contraria del cerebro y la rotura del aneurisma durante la intervención pero no recoge que hubo una gran hemorragia porque *“no sucedió ninguna gran hemorragia. La rotura del aneurisma fue rápidamente controlada evitando una gran hemorragia”*. Finalmente refiere que la aparición de complicaciones en una intervención quirúrgica no es sinónimo de negligencia o imprudencia puesto que no existe técnica quirúrgica alguna sin complicaciones.

Figura en el folio 355 el informe de la jefa de Servicio de Medicina Física y Rehabilitación en el que se remite al informe clínico obrante en la historia clínica.

El 23 de agosto de 2017 el jefe de Servicio de Anestesia y Reanimación se remite a la historia clínica e informe de alta pero puntualiza *«que la cirugía de un aneurisma cerebral no es, en mi opinión*

“simple” tal y como se describe en la página 6 de la solicitud de iniciación de procedimiento administrativo, sino un proceso complejo de alto riesgo».

Con fecha 4 de diciembre de 2017 emite informe la Inspección Sanitaria que concluye:

“Se llevaron a cabo las medidas necesarias para reducir el riesgo inherente a una intervención vascular cerebral:

- Se practicó la prueba diagnóstica necesaria para definir la morfología dela lesión y sentar la indicación quirúrgica.*
- Se realizó monitorización neurológica intraoperatoria recomendada en todas las intervenciones con potencial riesgo de daño de estructuras nerviosas.*
- La intervención se practicó por facultativo de reconocida experiencia.*

A pesar de lo anterior durante la intervención se produjo la rotura del aneurisma y una hemorragia intracerebral, complicación grave y reconocida como posible en cualquier intervención vascular cerebral, y concretamente en el consentimiento informado firmado por la paciente. (“Hemorragia dentro del cerebro: Hemiparesia (0.1-10%)”).

La complicación conllevó la asistencia de la paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos donde se pusieron los medios y se realizaron las actuaciones necesarias para reducir el riesgo postoperatorio relacionado con la aparición de cualquier déficit subsecuente a la hemorragia cerebral ocurrida”.

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes y de la historia clínica, se ha evacuado el oportuno trámite de audiencia. La interesada presenta escrito de alegaciones el 17 de mayo

de 2018 en el que expresa que el documento de consentimiento informado que firmó era genérico y no reflejaba riesgos personalizados.

Finalmente, el 11 de julio de 2019 se ha formulado propuesta de resolución por el viceconsejero de Sanidad, desestimatoria de la reclamación al considerar que no se ha demostrado la existencia de mala praxis en la asistencia sanitaria prestada a la paciente.

CUARTO.- Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 27 de agosto de 2019 se formuló preceptiva consulta a este órgano consultivo.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 408/19, a la letrada vocal Dña. Rosario López Ródenas que formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 21 de noviembre de 2019.

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

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- La Comisión Jurídica Asesora emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 5.3.f) a. de la Ley 7/2015, de 28 de diciembre, al tratarse de una reclamación de responsabilidad

patrimonial de cuantía indeterminada, por solicitud del consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello de conformidad con lo dispuesto en el artículo 18.3.a) del Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por el Decreto 5/2016, de 19 de enero, (en adelante, ROFCJA).

SEGUNDA.- La tramitación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado a instancia de parte interesada según consta en los antecedentes, se regula en la LPAC de conformidad con su artículo 1.1.

La reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante, LRJSP), al ser la persona que recibió la asistencia sanitaria objeto de reproche. Se encuentra debidamente representada por dos letrados.

Se cumple, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, por cuanto el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, centro sanitario público de su red asistencial.

En lo relativo al plazo de presentación de la reclamación, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 67.1 LPAC el derecho a reclamar responsabilidad patrimonial a la Administración prescribe al año de manifestarse el efecto lesivo y de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el presente caso se reclama por las secuelas que padece tras la intervención de un aneurisma en el cerebro realizada en el Hospital Universitario Ramón y Cajal el 13 de octubre de 2016 por lo que la reclamación presentada el 31 de julio de 2017, está formulada dentro

del plazo legal, con independencia de la fecha de curación o estabilización de las secuelas.

El procedimiento seguido no adolece de ningún defecto de anulabilidad o nulidad, por cuanto se han llevado a cabo todas las actuaciones necesarias para alcanzar adecuadamente la finalidad procedimental y, así, se ha unido al procedimiento la historia clínica y se ha solicitado el informe preceptivo previsto en el artículo 81 LPAC, esto es, al Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario Ramón y Cajal. También ha emitido informe el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación y el Servicio de Anestesia y Reanimación, y consta el informe de la Inspección Sanitaria.

Después de la incorporación al procedimiento de los anteriores informes se ha dado audiencia a la reclamante, que ha efectuado alegaciones y se ha dictado propuesta de resolución que desestima la reclamación al considerar que la asistencia prestada a la paciente fue ajustada a la *lex artis ad hoc* y que no se ha acreditado la existencia de mala praxis.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 106.2 de la Constitución, que garantiza el derecho de los particulares a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, en los términos establecidos por la ley, previsión desarrollada por la LRJSP en su Título Preliminar, Capítulo IV, artículos 32 y siguientes. Regulación que, en términos generales, coincide con la que se contenía en los artículo 139 y siguientes de la LRJ-PAC.

La viabilidad de la acción de responsabilidad patrimonial de la Administración, según doctrina jurisprudencial reiterada, por todas, las Sentencias de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del

Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2018 (recurso de casación 5006/2016), de 11 de julio de 2016 (recurso de casación 1111/2015) y 25 de mayo de 2016 (recurso de casación 2396/2014), requiere conforme a lo establecido en el art. 139 LRJ-PAC:

a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente 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. Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de junio de 2007 (Recurso 10231/2003), con cita de otras muchas declara que *“es doctrina jurisprudencial consolidada la que sostiene la exoneración de responsabilidad para la Administración, a pesar del carácter objetivo de la misma, cuando es la conducta del propio perjudicado, o la de un tercero, la única determinante del daño producido aunque hubiese sido incorrecto el funcionamiento del servicio público (Sentencias, entre otras, de 21 de marzo, 23 de mayo , 10 de octubre y 25 de noviembre de 1995, 25 de noviembre y 2 de diciembre de 1996 , 16 de noviembre de 1998 , 20 de febrero , 13 de marzo y 29 de marzo de 1999)”*.

c) Que exista una relación de causa a efecto entre el funcionamiento del servicio y la lesión, sin que ésta sea producida por fuerza mayor.

d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente causado por su propia conducta. Así, según la Sentencia del Tribunal Supremo de 1 de julio de 2009 (recurso de casación 1515/2005 y las sentencias allí recogidas) *“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.- En la asistencia sanitaria, la responsabilidad patrimonial presenta singularidades derivadas de la especial naturaleza de ese servicio público. El criterio de la actuación conforme a la denominada “*lex artis*” se constituye en parámetro de la responsabilidad de los profesionales sanitarios, pues la responsabilidad no nace sólo por la lesión o el daño, en el sentido de daño antijurídico, sino que sólo surge si, además, hay infracción de ese criterio o parámetro básico. Obviamente, la obligación del profesional sanitario es prestar la debida asistencia, sin que resulte razonable garantizar, en todo caso, la curación del enfermo.

Según la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo (Sección 5ª) de 15 de marzo de 2018 (recurso de casación 1016/2016), la responsabilidad patrimonial derivada de la actuación médica o sanitaria, como reiteradamente ha señalado dicho Tribunal (por todas, sentencias de 21 de diciembre de 2012 (recurso de casación núm. 4229/2011) y 4 de julio de 2013, (recurso de casación núm. 2187/2010) que *«no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente»,* por lo que *“si no es posible atribuir la lesión o secuelas a una o varias infracciones de la lex artis, no cabe apreciar la infracción que se articula por muy triste que sea el resultado producido”* ya que *“la ciencia médica es*

limitada y no ofrece en todas ocasiones y casos una respuesta coherente a los diferentes fenómenos que se producen y que a pesar de los avances siguen evidenciando la falta de respuesta lógica y justificada de los resultados”».

Constituye también jurisprudencia consolidada la que afirma que el obligado nexo causal entre la actuación médica vulneradora de la *lex artis* y el resultado lesivo o dañoso producido debe acreditarse por quien reclama la indemnización, si bien esta regla de distribución de la carga de la prueba debe atemperarse con el principio de facilidad probatoria, sobre todo en los casos en los que faltan en el proceso datos o documentos esenciales que tenía la Administración a su disposición y que no aportó a las actuaciones. En estos casos, como señalan las Sentencias de 19 de mayo de 2015 (recurso de casación 4397/2010)) y de 27 de abril de 2015, (recurso de casación núm. 2114/2013), en la medida en que la ausencia de aquellos datos o soportes documentales “*puede tener una influencia clara y relevante en la imposibilidad de obtener una hipótesis lo más certera posible sobre lo ocurrido*”, cabe entender conculcada la *lex artis*, pues al no proporcionarle a los recurrentes esos esenciales extremos se les ha impedido acreditar la existencia del nexo causal.

QUINTA.- Aplicada la anterior doctrina al presente caso, resulta acreditado que durante la intervención quirúrgica del aneurisma de la arteria comunicante anterior se produjo la rotura del aneurisma y su sangrado, y una caída de los potenciales sensitivos y motores del lado derecho.

Para centrar la cuestión relativa a la supuesta infracción de la *lex artis* por parte de los profesionales que atendieron a la paciente, debemos partir de lo que constituye regla general y es que la prueba de los presupuestos que configuran la responsabilidad patrimonial de la Administración corresponde a quien formula la reclamación. En

este sentido se ha pronunciado la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 20 de septiembre de 2016 (recurso 60/2014), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Pues bien, la interesada no aporta prueba alguna al procedimiento que acredite la existencia de mala praxis, limitándose a alegar que la intervención quirúrgica era una “*una simple cirugía*” y hubo déficit de información.

Estas afirmaciones, sin embargo, resultan contradichas por la historia clínica y los informes aportados al procedimiento, que no muestran ningún dato del que se pudiera extraer una actuación negligente en la asistencia sanitaria dispensada en el Hospital Universitario Ramón Cajal en el tratamiento quirúrgico del aneurisma especialmente, a la vista del informe del Servicio de Neurocirugía y de la Inspección Sanitaria coincidentes en indicar que tras el diagnóstico alcanzado en la arteriografía cerebral, procedimiento habitual y necesario para definir de manera exacta la morfología de la lesión y sentar la indicación quirúrgica, se informó a la paciente y a los familiares del diagnóstico, pronóstico y alternativas terapéuticas de la enfermedad de la paciente, que firmó el documento de consentimiento informado.

Con respecto a la intervención, practicada por el jefe de Servicio de Neurocirugía, facultativo de reconocida experiencia, fue realizada con monitorización neurofisiológica intraoperatoria registrando potenciales evocados somatosensoriales y potenciales evocados motores, lo que implica, según la Inspección Médica, las mayores medidas de seguridad aconsejables en este tipo de cirugía. Se utilizó una vía de abordaje habitual y frecuente en este tipo de intervenciones, y se constató que la anatomía del aneurisma era compleja “*lo que hizo recomendable el clipado de la arteria aferente, se entiende que para trabajar con mayor seguridad en unas maniobras de*

disección del aneurisma que se preveían complejas, como así resultó, y que en el transcurso de una de ellas se produjo la rotura del aneurisma". Evento indeseable, a pesar de la constatada pericia del cirujano, pero descrito como posible en la bibliografía médica, lo que obligó a un nuevo clipado arterial tras el cual se objetivó una caída de los potenciales motores y sensitivos del lado derecho sugerentes de isquemia en el territorio cerebral del lado izquierdo *"y sobre lo que no se pudo intervenir de manera prioritaria por las circunstancias de necesidad de actuación rápida en la rotura del aneurisma con el consiguiente riesgo vital"*, pero a pesar de la rotura del aneurisma, se consiguió restablecer la circulación cerebral y terminar la intervención.

Tras la intervención, ingresó en la UCI donde se realizaron diferentes pruebas, se pusieron medios y se adoptaron tratamientos que consiguieron que la paciente fuera dada de alta consciente, extubada, orientada en persona y espacio, y con hemiparesia completa derecha.

Al respecto, el informe de la Inspección Sanitaria es concluyente al señalar que se adoptaron las medidas necesarias para reducir el riesgo inherente a la intervención vascular cerebral, complicación grave, posible y prevista en el documento de consentimiento informado firmado por la paciente.

Además, consta en la historia clínica, y así se recoge en el informe de la Inspección Médica que la paciente fue informada del diagnóstico, pronóstico y alternativas terapéuticas y tal como ya ha sido apuntado, consta en la historia clínica que en el consentimiento informado firmado el 12 de octubre se recogían los riesgos que se materializaron, sin que sea necesario recoger en los documentos de consentimiento la totalidad de las complicaciones que pueden surgir, como señala la

sentencia del Tribunal Supremo de 9 de octubre de 2012, (recurso de casación 6878/2010 :

“la información no puede ser ilimitada o excesiva, so pena de producir el efecto contrario, atemorizante o inhibitor y que ha de ofrecerse en términos comprensibles, claros y adaptados al usuario de la asistencia. Por tanto, es un derecho que ha de ponerse en relación con los datos que en concreto se han de transmitir y la finalidad de la información misma en cuanto al conocimiento de los riesgos y alternativas existentes según el estado de la técnica”.

Ha de destacarse que, una vez que se materializaron los riesgos de la intervención, la actuación sanitaria fue, frente a lo afirmado en la reclamación, correcta, ya que a pesar de las indeseables complicaciones según la Inspección Sanitaria, *“al final, y probablemente gracias a la pericia del cirujano, se consiguió aislar el aneurisma de la circulación cerebral y terminar la intervención”.* Finalizada la intervención y dado que la paciente no recupera la conciencia se intentó identificar la causa realizando un escáner urgente que resultó negativo, e ingresó en la UCI con ventilación mecánica, hemiparesia derecha y parálisis de pares craneales VI y VII donde se realizaron todas las pruebas y controles para conocer, prevenir y además tratar las posibles complicaciones que la rotura del aneurisma y la hemorragia cerebral podrían causar.

Por ello, tampoco existe ningún daño desproporcionado pese a lo manifestado en la reclamación. Como se recogió en el Dictamen 321/16, de 14 de julio, la Sentencia del Tribunal Supremo de 19 de mayo de 2016 (recurso 2822/2014) detalla los requisitos de esta figura:

«La doctrina del daño desproporcionado o “resultado clamoroso” significa lo siguiente:

1º Que el resultado dañoso excede de lo previsible y normal, es decir, no guarda relación o proporción atendiendo a la entidad de la intervención médica pues no hay daño desproporcionado, por ejemplo, si el resultado lesivo es un riesgo inherente a la intervención, pero ha habido una errónea ejecución.

2º El daño desproporcionado implica un efecto dañoso inasumible - por su desproporción- ante lo que cabe esperar de la intervención médica; es, por tanto, un resultado inesperado e inexplicado por la demandada.

3º Ante esa quiebra de lo normal, de lo esperable y lo desproporcionado del efecto dañoso, se presume que el daño es causado por una quiebra de la lex artis por parte de la Administración sanitaria, presunción que puede destruir si prueba que la causa está fuera de su ámbito de actuación, es decir, responde a una causa de fuerza mayor.

4º Por tanto, para que no se le atribuya responsabilidad por daño desproporcionado, desde el principio de facilidad y proximidad probatoria la Administración debe asumir esa carga de probar las circunstancias en que se produjo el daño.

5º De no asumir esa carga, la imprevisibilidad o la anormalidad del daño causado atendiendo a la entidad de la intervención médica es lo que hace que sea antijurídico, sin que pueda pretextarse un caso fortuito, excluyente de la responsabilidad por el daño causado».

En este caso, no puede considerarse ningún daño “desproporcionado” puesto que a la vista de los informes de los Servicios de Neurocirugía y de Anestesia y Reanimación, la cirugía de un aneurisma cerebral es un proceso complejo de alto riesgo y la rotura intraoperatoria de un aneurisma no es excepcional. Al respecto,

la Inspección Médica informa que se trató un evento indeseable, descrito como posible en la bibliografía, a pesar de la constatada pericia del cirujano pero *“se tomaron todas las medidas adecuadas para minimizar los daños en las distintas etapas de la atención prestada”*.

Conclusión a la que debemos atenernos dado que el informe de la Inspección Sanitaria obedece a criterios de imparcialidad, objetividad y profesionalidad, como ha puesto de manifiesto el Tribunal Superior de Justicia de Madrid en multitud de sentencias, entre ellas la dictada el 22 de junio de 2017 (recurso 1405/2012):

“...sus consideraciones médicas y sus conclusiones constituyen un elemento de juicio para la apreciación técnica de los hechos jurídicamente relevantes para decidir la litis, puesto que, con carácter general, su fuerza de convicción deviene de los criterios de profesionalidad, objetividad, e imparcialidad respecto del caso y de las partes que han de informar la actuación del médico inspector, y de la coherencia y motivación de su informe”.

En mérito a cuanto antecede, esta Comisión Jurídica Asesora formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado mala praxis en la asistencia sanitaria prestada a la reclamante.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a esta Comisión Jurídica Asesora de conformidad con lo establecido en el artículo 22.5 del ROFCJA.

Madrid, a 21 de noviembre de 2019

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 481/19

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid