

Dictamen n.º: **99/22**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **22.02.22**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, en su sesión de 22 de febrero de 2022, 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. (en adelante, “*la paciente*”), D., Dña. y Dña., por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada a la primera de los reclamantes por el Hospital Universitario Ramón y Cajal, en el tratamiento de un meningioma.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado en el registro de la Consejería de Sanidad el día 27 de enero de 2020, los interesados antes citados, representados por abogado, formulan reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos por la paciente en el tratamiento de un meningioma en el citado centro hospitalario (folios 1 a 11 del expediente administrativo).

Los reclamantes exponen que la paciente fue intervenida el día 20 de diciembre de 2017 en el Hospital Universitario Ramón y Cajal de un meningioma frontal izquierdo y que, ante la dificultad para acceder a

gran parte de la masa, “*debido a la vía escogida para proceder al abordaje del tumor*”, se detuvo la cirugía, dejando por extirpar aproximadamente la mitad del meningioma.

Según el escrito reclamación, un año más tarde, el día 17 de diciembre de 2018, la paciente ingresó en el Hospital Universitario Ramón y Cajal para ser sometida a nueva intervención con el objeto de extirpar el resto del tumor. La operación se realizó al día siguiente y durante la misma se le produjo un desgarro de la arteria carótida, por lo que tras la intervención tuvo que pasar a la Unidad UCQ en situación de coma inducido, intubada y con un sensor medidor de la presión intracraneal y precisando una nueva intervención el día 21 de diciembre con la finalidad de solucionar el desgarro, consistente en arteriografía + test de oclusión + tratamiento endovascular de pseudoaneurisma. Dicen que, según les explicó el médico después, la prueba no salió bien, al observarse una zona de penumbra o sombra en la región izquierda del cerebro y que habían visto movilidad en el brazo derecho, pero no en la pierna.

Los reclamantes alegan que, en realidad, se había provocado a la paciente un infarto cerebral, realizándose un angioTAC el día 22 de diciembre de 2019 evidenciándose un infarto frontoparietotemporal izquierdo, con pequeñas zonas de penumbra.

Refieren que en los días siguientes y de manera espontánea se produjeron alteraciones en varios parámetros y fue necesaria una nueva operación de urgencia al haberse producido una inflamación del cerebro que podía afectar a sistemas vitales, para descomprimir el cráneo quitando una parte de hueso. Tras esta nueva intervención surgieron nuevas complicaciones (infecciones, tromboembolismo pulmonar, etc) y la paciente tuvo que someterse a nuevas intervenciones (13 de enero de 2019 - una craneoplastia- y 20 de febrero de 2019 –intervención stent divisor de flujo-).

Continuando con el relato de los hechos, los reclamantes refieren que la paciente recibió el alta por traslado al Hospital de Guadarrama el día 6 de marzo de 2019 y que el día 26 de abril de ese mismo año recibió el alta en dicho centro para ser trasladada al Centro Estatal de Referencia de Daño Cerebral en régimen residencial hasta el día 30 de septiembre de 2019 y, a partir de dicha fecha, en régimen ambulatorio. Además, precisó un nuevo ingreso en el Hospital Universitario Ramón y Cajal el día 30 de junio de 2019 por una osteomielitis debido a *Serratia marcescens* y precisó nueva intervención para quitar el hueso infectado, encontrándose la paciente, al tiempo de formular la reclamación de responsabilidad patrimonial, pendiente de una o varias intervenciones de radiocirugía para reducir el meningioma y la colocación de una prótesis para proteger el cerebro.

Según refieren, la paciente presente como secuelas hemiparesia derecha que afecta tanto al miembro superior como inferior, alteración del habla, alteraciones en la visión y limitaciones para el normal desenvolvimiento de su vida, precisando la ayuda de terceras personas. Además, ha sufrido daños y perjuicios consistentes en período de incapacidad temporal, ingreso hospitalario prolongado, daños estéticos, daños morales, habiéndosele reconocido un grado de discapacidad del 70% con baremo de movilidad positivo. Daños y perjuicios que también se extiende al resto de los reclamantes, *“en tanto que al inherente dolor que supone la situación de su esposa y madre se suma el condicionamiento de la vida de los mismos a resultas de la situación de dependencia”*.

Acompañan con su escrito fotocopia del DNI de todos ellos, fotocopia del libro de familia, dibujo/croquis realizado por el médico sobre la complicación surgida a la paciente en la segunda intervención, notificación de resolución sobre el grado de discapacidad de la paciente

y copia de la escritura de poder otorgada por los reclamantes a favor del firmante del escrito de reclamación (folios 12 a 37).

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

La paciente, nacida en 1966, sin antecedentes previos de interés, el día 29 de noviembre de 2017 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Ramón y Cajal, refiriendo dos meses de alteraciones visuales consistentes en disminución de la agudeza visual, con visitas al oftalmólogo, tras visualizar en una resonancia magnética lesión extraaxial en el planum latrealizada hacia la izquierda. La paciente refería fallos mnésicos, deterioro visual progresivo y un episodio de afasia esa semana. No había presentado cefaleas, náuseas ni vómitos. Tras la exploración física, se solicitó valoración por parte de Neurocirugía de guardia de paciente diagnosticada de meningioma en fosa esfenoidal, con compresión de nervio óptico izquierdo en su trayecto intracraneal y posible desplazamiento de quiasma, con sintomatología progresiva consistente en disminución de la agudeza visual (AV), disomnias y quejas mnésicas subjetivas.

Se acordó el ingreso de la paciente a cargo del Servicio de Neurocirugía para completar estudios, incluido estudio preoperatorio. Fue dada de alta el día 1 de diciembre de 2017 con tratamiento con dexametasona 4 mg./8 horas, Omeoprazol, indicando se le avisaría por teléfono la fecha de la cirugía y volver a Urgencias en caso de empeoramiento o nueva clínica.

La paciente ingresó el día 19 de diciembre y la cirugía tuvo lugar al día siguiente con acceso supraciliar, profilaxis antibiótica y asistida por neuronavegador, no se resecó en su totalidad, por presentar importante adherencia a los vasos cerebrales. Hemostasia adecuada. Sin incidencias.

La evolución fue satisfactoria, tras la salida de UVI a planta. La paciente presentó un cuadro de disminución de nivel de conciencia y hemiparesia derecha leve el día 21 de diciembre de 2017, por lo que se realizó un TAC craneal urgente, evidenciándose cambios postquirúrgicos, resto de lesión en la porción posterior y hallazgo de isquemia aguda/subaguda en ganglios basales izquierdos. Posteriormente, la paciente presentó mejora del nivel de conciencia. Encontrándose afebril, sin cefalea, fuerza sin alteraciones y con persistencia de déficit visual del ojo izquierdo fue dada de alta domiciliaria, con tratamiento con dexametasona en pauta descendente, desketoprofeno, paracetamol y Omeprazol, cita para nueva resonancia magnética cerebral en 4-5 semanas, cita en el Servicio de Neurocirugía en 5-6 semanas e indicación de volver a Urgencias en caso de fiebre o empeoramiento.

Realizada anatomía patológica del tumor, fue informada como meningioma meningotelial Grado I de la OMS.

El día 1 de enero de 2018 fue atendida en Urgencias por inflamación de la herida quirúrgica, siendo dada de alta ese mismo día tras retirada de puntos de aproximación, limpieza de la herida, colocación de nuevos puntos de aproximación.

Realizada resonancia magnética el día 15 de enero de 2018 esta mostró residuo tumoral posteroinferior de 2,8 x 4 cm., que engloba y estenosa carótidaa supraclinoidea izquierda y segmento A1 y M1 de la carótida izquierda. Secuelas de infarto subagudo que afecta al territorio de perforantes izquierdas, fundamentalmente a núcleos de la base y región del opérculo frontal izquierdo/región frontal inferior izquierdo.

El día 10 de julio de 2018 se realizó nueva resonancia magnética mostrando estabilidad de la lesión compatible con resto tumoral de meningioma y secuelas de infarto isquémico crónico en hemisferio

cerebral izquierdo -territorio de la arteria cerebral media (ACM-). El día 18 de noviembre de 2018 se realizó nueva resonancia, informándose como estable comparativamente con estudio de julio de 2018.

A pesar de la estabilidad radiológica, en consulta de Neurocirugía el día 30 de noviembre de 2018 se recomendó cirugía de resto tumoral. Realizado preoperatorio y valoración anestésica que no contraindicaba la cirugía, la paciente y familiar *“comprenden y acepta el consentimiento de la cirugía”*.

El día 18 de diciembre de 2018, bajo anestesia general, se realiza craneotomía pterional izquierda, clinoidectomía izquierda, apertura dural. Durante la intervención se produjo laceración de la arteria carótida interna (ACI) izquierda (tracto intracavernoso), que precisa intervención por parte del Servicio de Cirugía Vascular realizando clampaje de arteria carótida a nivel cervical durante 5-10 minutos + compresión extrínseca de la misma de forma intermitente durante 30-40 minutos. Se coloca sensor de PIC (CAMINO) para control de la presión intracraneal y pasa a UCQ intubada y sedoanalgesiada tras angioTAC de control que descarta sangrado.

Las 24 horas siguientes a la intervención, la paciente se mantuvo sedoanalgesiada con PIC en rango normal. En el angioTAC de control se comprobó ausencia de sangrado activo, permeabilidad de ACI interna, así como persistencia de restos tumorales supraclinodios izquierdos. Se programó arteriografía para el día 21 de diciembre de 2018.

Realizada la arteriografía cerebral en la fecha programada con test de oclusión de la carótida interna izquierda (CII) y tratamiento endovascular de pseudoaneurisma en carótida interna izquierda (cara superolateral de segmento oftálmico) mediante oclusión endovascular con coil y técnica asistida con balón. Se consigue oclusión angiográfica completa en ese momento del pseudoaneurisma sin incidencias. No

obstante, dada la naturaleza de la lesión, se recomendó arteriografía de control en el plazo de 1-2 semanas al considerar que el angioTAC no sería *“valorable por el artefacto del coil”*.

Realizado angioTAC de control el día 22 de diciembre de 2018, este mostraba área de infarto establecido frontoparietotemporal izquierdo, con pequeñas zonas de penumbra (en estudio de perfusión: asimetría hemisférica izquierda, extensa área con flujos disminuidos, que afecta a los lóbulos frontal, temporal y parietal izquierdos, a los núcleos caudado y lenticular y al ribete insular en relación con infarto establecido. Existen algunas áreas temporoparietales izquierdas que presentan disminución del flujo, con volumen conservado en relación con penumbra).

En las exploraciones clínicas rutinarias se objetiva hemiplejía derecha y Glasgow fluctuante 3-8.

Simultáneamente, desde el punto de vista sistémico desarrolló diabetes insípida e insuficiencia respiratoria hipoxémica severa que precisó relajación neuromuscular continua y óxido nítrico durante 48-72 horas. Se inició terapia antibiótica con Tazocel + Linelozid (21 al 26 de diciembre de 2018) tras objetivar bacilo gramnegativo (BGN) y cocos grampositivos (CGP) en broncoaspirado (BAS) (21/12) no habiéndose identificado gérmenes en reincubación posterior, siendo todas las muestras de BAS estériles hasta el alta.

Tras la mejoría respiratoria y suspensión del óxido nítrico se realizó TAC de control el día 27 de diciembre, apreciándose progresión del infarto hemisférico izquierdo, que condicionaba un mayor efecto de masa, con borramiento de surcos, obliteración del ventrículo lateral (VL) ipsilateral y un mayor desplazamiento de la línea media, ensanchamiento de la cisterna ambiens izquierda y del asta temporal del VL contralateral, como datos que sugerían herniación uncal, por lo

que se consultó con el Servicio de Neurocirugía de guardia que, de acuerdo con la familia, realizó craneotomía descompresiva de urgencia, tras la cual se mantuvo a la paciente con sedación profunda para garantizar reposo cerebral. El TAC realizado 48 horas después de la intervención mostró desaparición de los datos de herniación sulfacina y uncal previos a la descompresión, así como disminución del efecto masa por desplazamiento del parénquima cerebral ocupando el espacio de la craneotomía, sin llegar a herniarse a través del defecto óseo. Mejor visualización de surcos y re-expansión ventricular. La zona isquémica parecía más autolimitada a la zona fronto-temporal sin mucha afectación parietal, pero con importante edema vasogénico.

En la exploración la paciente mantenía Glasgow 8-9 con hemiplejia derecha de predominio braquial y facial izquierdo.

Tras dos semanas de evolución y ventilación mecánica se realizó traqueotomía programada sin incidentes, logrando desconexión progresiva de ventilación mecánica.

Los días 4 y 5 de enero de 2019 sufrió un cuadro agudo de desaturación arterial e hipotensión que precisó drogas vasoactivas (DVA) y asistencia ventilatoria.

Se solicitó ecocardiograma transtorácico (ETT) que objetivó ventrículo derecho (VD) dilatado, disfuncionante, presión sistólica pulmonar (PSP) estimada 80 mmHg, movimiento septal sugestivo de hipertensión (HT) pulmonar. Con el diagnóstico de sospecha de tromboembolismo pulmonar (TEP) se inició anticoagulación terapéutica. Evolución favorable del cuadro en las 48 horas siguientes. En el angioTAC de arterias pulmonares del día 8 de enero de 2019 se objetivó TEP segmentario bilateral con infartos pulmonares en evolución en lóbulo medio (LM), lóbulo superior derecho (LSD) y lingula. Se solicitó interconsulta con el Servicio de Neumología para valorar indicación de anticoagulación a largo plazo en paciente con

tumoración cerebral remanente tras cirugía. Por el mismo motivo, se solicitó Doppler de extremidades inferiores (EEII) a Cirugía Vascular para valorar TVP.

Fue dada de alta de la UCQ el día 9 de enero de 2019 y trasladada a planta de Neurocirugía. A la exploración la paciente estaba afebril Glasgow 10, parálisis facial izquierda. Eupneica con ventilación espontánea por traqueostomía con oxigenoterapia. Auscultación pulmonar: hipoventilación global de predominio en bases. Abdomen blando. EEII sin edemas, con pulsos palpables. No datos de TVP periférica. Tendencia a posición en equino.

Durante su estancia en planta la paciente continuó con tratamiento rehabilitador.

El día 18 de enero de 2019 se realizó arteriografía cerebral: reembolización de pseudoaneurisma con un coil. Sin incidencias.

Con fecha 13 de febrero de 2019 se realizó craneotomía y craniectomía con reposición de colgajo óseo.

El día 15 de febrero de 2019 se efectuó TAC cerebral: cambios postquirúrgicos con colocación de plastia craneal. Infarto crónico frontal izquierdo, con pérdida de volumen y dilatación compensadora de asta frontal del ventrículo lateral. Material de embolización en ACI izquierda intracavernosa. Persistencia parcial de lesión con ocupación de espacio (LOE).

El día 20 de febrero de 2019 se realizó nueva arteriografía cerebral: reapertura de pseudoaneurisma carotideo izquierdo tratado en dos ocasiones con coils. Se decide tratamiento con dispositivos diversores de flujo, en el origen del pseudoaneurisma, consiguiéndose

oclusión angiografica casi completa del mismo en las series de control. Sin incidencias.

El día 21 de febrero de 2019 se efectuó el cierre de la traqueostomía, con buena tolerancia sin disnea.

Dada la mejoría progresiva de la paciente fue dada de alta el día 6 de marzo de 2019 para traslado a centro de media estancia y rehabilitación.

La paciente permaneció ingresada en el Hospital de Guadarrama desde el día 6 de marzo hasta el día 26 de abril de 2019. A fecha del alta en dicho centro sanitaria su situación funcional era: afasia, no disfagia a líquidos. Lenguaje: no nomina, no repite, obedece órdenes simples, contesta con monosílabos y movimientos cefálicos de forma coherente. Hemiparesia derecha. Hemicuerpo izquierdo funcional. Ayuda de una persona desde el decúbito, desde la sedestación y tras varios intentos se incorpora parcialmente, mantiene bipedestación inestable que compensa con un bastón trípode ayuda técnica con la que realiza marcha con ayuda de una persona, come si se le prepara, dependiente para baño y vestido, para el resto de actividades colabora en el inicio de las mismas, pero precisa ayuda para completarlas.

Tras el alta por el Hospital de Guadarrama la paciente quedó ingresada en el Centro Estatal de Atención al Daño Cerebral en régimen de residente desde el día 29 de abril de 2019 con objetivos de tratamiento rehabilitador en la esfera física y cognitiva, pasando a régimen ambulatorio el día 30 de septiembre de 2019.

El día 2 de julio de 2019 tuvo que ser intervenida nuevamente en el Hospital Universitario Ramón y Cajal por osteomielitis aguda, procediéndose a realizar revisión, retirada de hueso más lavado quirúrgico y a la retirada del colgajo óseo previo. Para la intubación de la paciente hubo de realizarse traqueostomía. El día 10 de julio se

efectuó el cierre de la traqueostomía y fue dada de alta el día 12 de julio de 2019.

El INSS resolvió declarar la situación de gran invalidez en agosto de 2020, confirmándose que continúa siendo dependiente para las actividades de la vida diaria.

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

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 81 LPAC, se ha incorporado al expediente un informe, remitido el día 28 de febrero de 2020 por el Servicio de Radiodiagnóstico, de la Unidad de Neurorradiología Intervencionista (folios 1097 a 1101) que, tras exponer la asistencia prestada por la citada unidad, concluye:

“Por todo lo anteriormente expuesto, dada la gravedad y el riesgo vital que implicaba la lesión vascular que presentaba la paciente (rotura carotídea intracraneal con pseudoaneurisma), consideramos que la asistencia médica prestada a Dña. (...) desde la Unidad de Neurorradiología Intervencionista ha sido correcta y que se han puesto todos los medios diagnósticos y terapéuticos posibles a disposición de la paciente desde el comienzo. Asimismo, todas las decisiones diagnósticas y terapéuticas endovasculares realizadas han sido tomadas en cada momento en consenso con el Servicio de Neurocirugía, con previa información de riesgos y beneficios a paciente y familiares, y siempre priorizando la opción que considerábamos más segura y eficaz en cada momento para diagnosticar y tratar la grave lesión vascular que presentaba la paciente”.

Asimismo, ha emitido informe el Servicio de Neurocirugía del Hospital Universitario Ramón y Cajal que, con fecha 12 de enero de 2020 declara que la paciente presentaba un meningioma de gran tamaño, motivo por el que fue intervenida, por primera vez el día 20 de diciembre de 2017, no pudiendo realizar la resección completa no tanto por el tipo de abordaje empleado como por la magnitud y el tipo de tumor. Por este motivo, la paciente tuvo que ser intervenida por segunda vez realizándose, ante la previsible dificultad, bajo monitorización intraoperatoria.

Explica que durante esta intervención se produjo la rotura de la arteria carótida interna, que se encontraba rodeada por el tumor, lo que supone una complicación muy grave que fue solventada en quirófano, afortunadamente. El informe destaca cómo, tras la complicación sufrida los registros neurofisiológicos mostraron cambios durante el período de reparación de la carótida pero que, al final de la intervención, los registros habían vuelto a la normalidad, lo que permitía suponer que no habría déficits neurológicos postoperatorios. Tras la resolución de la complicación intraoperatoria acaecida, *“se decidió concluir en ese momento la intervención y dejar a la paciente en coma inducido y con control de la tensión arterial, así como de la presión intracraneal y de la presión de perfusión cerebral, por lo que se ingresó en la UCQ, quedando a cuidado del Servicio de Anestesiología y Reanimación”*.

El informe dice que tras la intervención se solicitó el estudio de imagen (arteriografía) para valorar el daño estructural en la arteria carótida y que fue durante esa prueba, realizada por otro servicio, cuando se produjo el problema vascular.

Con fecha 17 de junio de 2020 emite informe el jefe de Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Universitario Ramón y

Cajal que expone las medidas profilácticas adoptadas por dicho servicio para la paciente.

Después fueron necesarias nuevas intervenciones por el Servicio de Neurocirugía. Primero ante el aumento de la presión intracraneal, lo que ponía en riesgo la viabilidad del resto del cerebro, realizándose craniectomía descompresiva y después para recolocar el hueso extirpado.

A solicitud de la Inspección Sanitaria se han incorporado al procedimiento el registro de alarma neurofisiológica y de la evolución de los cambios de la paciente correspondientes al día 21 de diciembre de 2018.

Consta, igualmente, un nuevo informe de la Unidad de Neurorradiología Intervencionista-Servicio de Radiodiagnóstico en respuesta a las cuestiones planteadas por la Inspección Sanitaria. En concreto, dice que la duración total de la intervención realizada el día 21 de diciembre de 2018 (arteriografía cerebral, test de oclusión y tratamiento endovascular de pseudoaneurisma traumático carotídeo) fue de 1 hora y 34 minutos (hora de comienzo 10:07 AM, hora de finalización 11:41 AM) y que el tiempo de inflado del microcatéter-balón en carótida interna izquierda fue 10 minutos, momento en el que se objetivó caída de los potenciales evocados motores del hemicuerpo derecho y en el que se procede a desinflar el balón.

Con fecha 13 de abril de 2021 emite informe la Inspección Sanitaria (folios 1164 a 1198) que tras el análisis de la asistencia dispensada a la reclamante concluye:

“PRIMERA: No se ha encontrado evidencia científica de que vía supraciliar de la primera cirugía de 20 de diciembre de 2017 fuera inadecuada, se conocía con anterioridad la extensión y grado de

afectación de estructuras vitales, no se podía prever el comportamiento que iba a tener el resto tumoral y en consecuencia se eligió la vía de acceso con menos secuelas estéticas y menor estancia hospitalaria.

SEGUNDA: La laceración de la arteria carótida interna por el aspirador ultrasónico en concreto durante la segunda cirugía de 18 de diciembre de 2018 con bajo nivel de evidencia no se ha encontrado descrita como complicación en la bibliografía, se considera un error que ha originado sucesivos procedimientos endovasculares, infarto cerebral maligno en territorio de ACM a consecuencia de la práctica necesaria de Test de Oclusión y otras once complicaciones graves más.

TERCERA: Las consecuencias de la rotura de vasos en general estaban incluidas en las complicaciones del CI firmado el 30 de noviembre de 2018 (fol. 871-2). La rotura de vasos es un riesgo implícito en la exéresis de tumores de cualquier localización del organismo.

CUARTA: No se ha encontrado Consentimiento Informado firmado para el procedimiento endovascular de 21 de diciembre de 2018 embolización de pseudoaneurisma durante el que se hizo el test de oclusión causante del infarto cerebral origen de las principales secuelas de la paciente. El resto de Consentimientos Informados son exhaustivos, incluyendo todas las complicaciones neurológicas sufridas por D^a (...).

QUINTA: La asistencia sanitaria recibida por D^a (...) ha sido necesaria para la resección y control del meningioma frontotemporal extenso y del resto tumoral. Se han puesto todos los medios posibles para reducir el impacto de las doce complicaciones graves.

SEXTA: Durante el test de oclusión la monitorización realizada fue rigurosa, exhaustiva y correcta.

El porcentaje de complicaciones isquémicas tardías de los test de oclusión oscila entre el 4 y el 15%, aproximadamente en un quinto de ellos se produce una complicación neurológica permanente”.

SEPTIMA: La exploración funcional de la paciente de abril de 2019 incluye, hemiplejia, afasia y dependencia para las ABVD, secuelas neurológicas muy graves consecuencia del infarto cerebral. El déficit visual previo y posterior a las cirugías deriva directamente de la progresión del meningioma.

OCTAVA: Ha obtenido Gran Invalidez por Resolución del INSS de agosto de 2020.

NOVENA: Se han puesto a disposición de D^a (...) los más avanzados medios diagnósticos y terapéuticos en el campo de la Neurocirugía, a pesar de lo cual, las secuelas de su proceso son más graves de lo que razonablemente hubiera podido esperarse”.

El día 23 de noviembre de 2021 el representante de los reclamantes solicita el impulso del procedimiento de responsabilidad patrimonial.

Se ha incorporado al procedimiento un informe de valoración del daño corporal sufrido por la paciente que cuantifica en 550.014,12 €, cantidad resultante de la suma siguiente:

1). Por lesiones temporales:

Días muy graves 22 x 101,85 € = 2.240,70 €

Días graves 142 x 76,39 € = 10.847,38 €.

Intervenciones quirúrgicas: 7.893,69 €

2) Por secuelas.

01011 Hemiparesia grave 60 puntos

01141 Afasia motora de broca 25 puntos

Total puntos psicofísicos 70: 171.498,73 €

11003 Perjuicio estético medio 21 puntos: 25.507,70 €

Daños morales por perjuicio psicofísico 44.978,73 €

Perjuicio moral por pérdida de calidad de vida grave 87.594,44 €.

3) Perjuicio patrimonial por daño emergente.

Rehabilitación: 101.000 €.

Incremento de costes de movilidad: 12.000 €.

Ayuda de tercera persona: 65.198,75 €.

4) Perjuicio patrimonial por lucro cesante 21.254 €.

Tras la incorporación al procedimiento de los anteriores informes y de la historia clínica, se ha evacuado el oportuno trámite de audiencia a los reclamantes.

El día 22 de diciembre de 2021 el representante de los reclamantes presenta escrito en el que se ratifica íntegramente en su escrito de reclamación, critica el informe de la Inspección Sanitaria, considera acreditada la existencia de negligencia en la lesión de la arteria carótida con el aspirador ultrasónico, advirtiendo, además, la falta de consentimiento para la intervención realizada el día 21 de

diciembre de 2019, el erróneo diagnóstico previo a la cirugía y la realización de la cirugía, en sí misma.

En el escrito de alegaciones manifiesta su discrepancia con la valoración realizada por la Administración y que determinó el fracaso del proceso negociador iniciado por la entidad aseguradora de la Administración, al considerar que la suma ofertada no alcanza a cubrir los gastos mínimos que los reclamantes tienen que afrontar para el tratamiento de las secuelas de la paciente, así como para garantizar una calidad de vida mínimamente digna. Además, considera que se valoran a la baja, injustificadamente, diversas partidas y se dejan de recoger numerosos conceptos que debería conformar parte del *quantum* indemnizatorio. Por ello, considera que la indemnización, como mínimo, debe ser de 1.400.000 €.

Aporta al efecto un informe del Centro Estatal de Atención al Daño Cerebral (CEADAC) de 14 de febrero de 2020, resolución de gran invalidez, resolución de incapacidad permanente, factura de obras de modificación de la vivienda, factura de una silla de ruedas y las declaraciones de la renta de los años 2018 y 2019.

Con fecha 5 de enero de 2022 el viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública formula propuesta de resolución (folios 1260 a 1264) estimatoria parcial de la reclamación al valorar los daños sufridos por la reclamante en 550.014,12 €.

CUARTO.- Por escrito del consejero de Sanidad con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora el día 13 de enero de 2022 se formuló preceptiva consulta a este órgano.

Ha correspondido la solicitud de consulta del presente expediente, registrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid con el nº 24/22, a la letrada vocal Dña. Rocío Guerrero Ankersmit que

formuló y firmó la oportuna propuesta de dictamen, deliberada y aprobada, por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 22 de febrero de 2022.

El escrito de solicitud de dictamen preceptivo está acompañado de documentación 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 superior a 15.000 € y 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, con las particularidades previstas para los procedimientos de responsabilidad patrimonial en los artículos 67, 81 y 91. Su regulación debe completarse con lo dispuesto en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en lo sucesivo, LRJSP), cuyo

capítulo IV del título preliminar se ocupa de la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

Solo ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial la paciente, al haber recibido la atención sanitaria objeto de reproche que dice haber sufrido. El marido e hijas de la paciente, también reclamantes, no ostentan legitimación activa por aplicación analógica del artículo 110 de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en los accidentes de circulación que establece, en relación con el perjuicio moral por pérdida de calidad de vida de familiares de grandes lesionados que *“la legitimación para reclamar la reparación de este perjuicio se atribuye en exclusiva al lesionado, quien deberá destinar la indemnización a compensar los perjuicios sufridos por los familiares afectados”*.

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

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 o de que se haya determinado el alcance de las secuelas.

En el presente caso, la reclamante fue intervenida por segunda vez del meningioma el día 18 de diciembre de 2018, habiendo permanecido ingresada en el Hospital Universitario Ramón y Cajal hasta el día 6 de marzo de 2019 y hasta el día 26 de abril de ese mismo año en el Hospital de Guadarrama, recibiendo el alta en dicho centro para ser trasladada al Centro Estatal de Referencia de Daño Cerebral en

régimen residencial hasta el día 30 de septiembre de 2019 y, a partir de dicha fecha, en régimen ambulatorio. Además, precisó un nuevo ingreso en el Hospital Universitario Ramón y Cajal el día 30 de junio de 2019 por una osteomielitis debido a *Serratia marcescens* y precisó nueva intervención para quitar el hueso infectado el día 2 de julio de 2019, por lo que no existe duda alguna de que la reclamación presentada el día 27 de enero de 2020 está formulada en el plazo legal.

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 solicitado el informe preceptivo previsto en el artículo 81 de la LPAC, esto es, al Servicio de Radiodiagnóstico (Unidad de Neurorradiología Intervencionista), al Servicio de Neurocirugía y al Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Universitario Ramón y Cajal.

También consta haberse solicitado informe a la Inspección Sanitaria y se ha incorporado al procedimiento la historia clínica. Asimismo, se ha realizado un informe de valoración del daño corporal. Después de la incorporación de los anteriores informes se realizó el trámite de audiencia a los reclamantes y se ha dictado propuesta de resolución.

TERCERA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se recoge en el art. 106.2 de la Constitución Española, 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 artículos 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:

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 presenta caso, resulta acreditado en el expediente que la paciente sufrió en la segunda intervención realizada el día 18 de diciembre de 2018 la laceración de la arteria carótida con el aspirador ultrasónico, que es el origen de todas las complicaciones ulteriores, porque, como señala la Inspección Sanitaria, aunque de forma inmediata no se produjeran déficits neurológicos importantes si lo fue de forma indirecta, porque los procedimientos endovasculares subsiguientes se debieron al

pseudoaneurisma de carótida interna directamente relacionado con la laceración por el aspirador ultrasónico, el tumor envolvía la carótida. Así, además de haber padecido un proceso largo y doloroso han quedado secuelas permanentes a consecuencia del infarto cerebral consistentes en hemiparesia derecha grave y afasia motora de broca.

Así, de conformidad con la Resolución de 31 de mayo de 2019 de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad de la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid se le reconoce a la reclamante un grado de discapacidad del 70% con baremo de movilidad positivo. Asimismo, por Resolución de 4 de agosto de 2020 del director provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social se ha aprobado a favor de la reclamante una pensión de incapacidad permanente en el grado de gran invalidez, al encontrarse limitada para toda actividad laboral reglada, precisando ayuda para actividades básicas de la vida diaria.

Probada la realidad de los daños, resulta necesario examinar si existe relación de causalidad entre este y la asistencia sanitaria prestada por el Hospital Universitario Ramón y Cajal.

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, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 5 de noviembre de 2019 (recurso 886/2017), con cita de la jurisprudencia del Tribunal Supremo.

Como es sabido, y así lo destaca, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 11 de marzo de 2020 (recurso 829/2017) *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas*

periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados”.

La reclamante reprocha, en primer lugar, la vía utilizada en la primera intervención que impidió extirpar la totalidad del tumor, ante la dificultad para acceder a gran parte de la masa.

Alegación que se realiza sin prueba alguna y que resulta desvirtuada por el informe de la Inspección Sanitaria que destaca, en primer lugar, que no es siempre posible extirpar completamente un meningioma, pues depende de la extensión y localización del tumor, principalmente, siendo la recurrencia y la progresión dos factores que hay que controlar cuando queda resto tumoral tras la cirugía. Según la médico inspector, de la historia clínica se deduce que, en el presente caso, se adoptó la cirugía menos agresiva, con la ventaja manifiesta de minimizar las secuelas estéticas y disminuir el tiempo de estancia hospitalaria y aun sabiendo que posiblemente quedara un resto tumoral se esperó para ver su comportamiento, puesto que el control del meningioma se llevó a cabo con dos resonancias magnéticas realizadas durante el año 2018, tal y como se recomienda.

Ahora bien, en relación con la segunda intervención y las complicaciones surgidas tras la misma, si bien la reclamante no ha aportado prueba alguna que demuestre la existencia de mala praxis, el informe de la Inspección Sanitaria es concluyente al señalar que, “*la laceración de la arteria carótida interna por el aspirador ultrasónico en concreto durante la segunda cirugía de 18 de diciembre de 2018 con bajo nivel de evidencia no se ha encontrado descrita como complicación en la*

bibliografía, se considera un error que ha originado sucesivos procedimientos endovasculares, infarto cerebral maligno en territorio de ACM a consecuencia de la práctica necesaria de Test de Oclusión y otras once complicaciones graves más”.

El resultado fue, según el informe de la Inspección Sanitaria que, *“se han puesto a disposición de Dña. (...) los más avanzados medios diagnósticos y terapéuticos en el campo de la Neurocirugía, a pesar de lo cual, las secuelas de su proceso son más graves de lo que razonable”.* Secuelas neurológicas que la médico inspector califica como muy graves y que son consecuencia del infarto cerebral.

Por otro lado, no consta en el expediente que la paciente firmara el documento de consentimiento informado para el procedimiento endovascular realizado el día 21 de diciembre de 2018 consistente en la embolización de pseudoaneurisma durante el que se hizo el test de oclusión causante del infarto cerebral, origen de las principales secuelas de la paciente, lo que determina que concurre la antijuridicidad del daño y, por tanto, el reconocimiento de la existencia de responsabilidad patrimonial.

SEXTA.- Procede pronunciarse sobre la concreta valoración de los daños solicitados, valoración que habrá de calcularse con referencia al día en que la lesión efectivamente se produjo, sin perjuicio de la actualización a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad, según dispone el artículo 34.3 de la LRJSP.

Dado que en materia de asistencia sanitaria no existe un baremo de obligado cumplimiento, el artículo 34.2 LRJSP permite que *“en los casos de muerte o lesiones corporales”* se pueda *“tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de Seguros obligatorios y de la Seguridad Social”.*

En este caso, resulta de aplicación la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

Ello, sin perjuicio de que ese baremo es meramente orientativo y no vinculante como ha señalado la Sentencia del Tribunal Supremo de 14 de octubre de 2016 (rec. 2387/2015) porque dicho instrumento de valoración del daño está pensado para un supuesto distinto al de la responsabilidad sanitaria, esto es, el propio de los accidentes de tráfico. Este matiz resulta especialmente relevante en los casos en los que los daños sufridos por quien reclama no están expresamente previstos en el baremo, caso del paciente que acude a un centro sanitario con la expectativa de ver solucionado o al menos mitigado un problema de salud y que, pese a la asistencia prestada, no se logra evitar el daño.

La valoración del daño corporal efectuada por la compañía aseguradora de la Administración sanitaria propone una indemnización de 550.014 €. La reclamante manifiesta su disconformidad con esta valoración al considerarla insuficiente para cubrir los gastos mensuales que supone acudir al centro de día, las terapias que recibe y los cuidados que precisa y que superarían el millón de euros, por lo que solicitan, como mínimo, que se les indemnice con 1.400.000 €. Además, no están de acuerdo con la valoración efectuada en algunas partidas, pues no se tienen en cuenta las obras de adaptación de la vivienda, las intervenciones quirúrgicas realizadas, aportando al efecto, el informe de alta de la paciente, de fecha 14 de febrero de 2020 en el Centro Estatal de Atención al Daño Cerebral (CEADAC), resolución del INSS por la que se aprobó la situación de incapacidad permanente de la paciente en el grado de gran invalidez, una factura a nombre del marido de la reclamante por reforma de baño de persona discapacitada por importe de 8.238,69 € y la factura de una silla de ruedas autopropulsable, por importe de 440 €.

En relación con las lesiones temporales, el informe de valoración del daño elaborado por la aseguradora atiende como fecha de estabilidad lesional de la complicación surgida el día 31 de mayo de 2019, fecha en que se dictó la resolución que reconoce la discapacidad de la paciente. No compartimos esta fecha de estabilización de las secuelas porque consta en el expediente que la paciente permaneció ingresada en el CEADAC, recibiendo tratamiento con un programa de rehabilitación multidisciplinar que incluyó fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, talleres motores y deportivos y neuropsicología hasta el día 30 de septiembre de 2019 como residente y, a partir de dicha fecha y hasta el día 14 de febrero de 2020, fecha en la que recibió el alta en dicho centro, en régimen ambulatorio.

Por tanto, el cómputo total de días asciende a 423 días, de los cuales 22 son días de perjuicio muy grave (ingresada en UCQ), 264 días de perjuicio grave y 137 días de perjuicio moderado.

En relación con las cirugías realizadas a la paciente a las incluidas en el informe de valoración del daño hay que añadir una craneoplastia realizada el día 2 de julio de 2019 (967,61 €) y el cierre de traqueostomía el día 10 de julio de 2019 (814,83 €).

En relación con las secuelas, a falta de otro informe de valoración de estas, deben aceptarse las incluidas por el informe elaborado por la aseguradora. Así, se tiene en cuenta una hemiparesia grave, balance muscular Oxford 0 a 2 con el valor mayor de la horquilla de 60 puntos, afasia motora de broca al que se le otorga el valor inferior de la horquilla (25 puntos) y un perjuicio estético medio en el valor máximo de la horquilla de 21 puntos.

En el apartado relativo a los daños morales por perjuicio psicofísico, al reconocerse una secuela de 60 puntos o el resultado de las concurrentes alcanza al menos 80 puntos, como sucede en el

presente caso, procede una indemnización por este concepto de 44.00,93 €.

En el perjuicio por pérdida de calidad de vida, calificado como grave por el informe de valoración del daño corporal, también discrepamos porque no señala como limitada la realización de tareas domésticas que, lógicamente, una persona que tiene limitadas las actividades esenciales de comer, beber, asearse, vestirse, sentarse y levantarse, también tiene limitada la realización de tareas domésticas y que convierte la calificación de este perjuicio en muy grave (110.002,32 €).

En relación con el perjuicio moral por pérdida de calidad de vida de familiares de grandes lesionados, además de ser necesario de que se trate de secuelas muy graves de igual o más de 80 puntos, es preciso que se acrediten las condiciones de alteración en la vida ordinaria por cuidados y atención continuada (artículo 110 de la Ley 35/2015), por lo que no resulta valorable este concepto.

En el concepto de daño emergente por las secuelas, se acepta la valoración del importe anual de rehabilitación de 5.000 € asignados de forma orientativa, al no contar con la prescripción, que deberían aportar, así como las facturas de la misma.

Por el incremento de costes de movilidad el informe asigna de forma orientativa 12.000 €, debiendo acreditarse con facturas el gasto anual, que se acepta igualmente en la presente valoración.

Sin embargo, discrepamos del informe de valoración en los gastos de acondicionamiento de la vivienda, porque los reclamantes han aportado una factura de adaptación de un cuarto de baño, que el informe no tiene en cuenta al considerar que según un informe del Hospital de Guadarrama, la paciente vive con su esposo, tiene dos

hijos, y no tiene barreras arquitectónicas. En este sentido, hay que tener en cuenta el informe social del Hospital Universitario Ramón y Cajal, de 4 de marzo de 2019 (folio 830), donde se recoge que la paciente vive en un segundo piso con ascensor, *“consta de salón, cocina, tres habitaciones y un baño sin adaptar”*. Por tanto, debe incluirse en la valoración el importe de la factura de adaptación del baño de 8.238,69 €.

Finalmente, en relación con el lucro cesante, la reclamante aporta copia del modelo 100 del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas de los ejercicios 2018 y 2019 con retribuciones dinerarias superiores a los 40.000 €, por lo que debe tenerse en cuenta esta cuantía y no la propuesta en el informe de valoración del daño corporal que atendía a la cuantía de 24.000 €, cantidad tomada de forma orientativa al tratarse del salario medio interprofesional.

Teniendo en cuenta los anteriores criterios el importe total de la indemnización ascendería a 635.033,10 €, cantidad que deberá ser actualizada a la fecha en que se ponga fin al procedimiento conforme a los establecido en el artículo 34.3 de la LRJSP.

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

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la reclamación presentada y reconocer a la reclamante una cantidad de 635.033,10 €, cantidad que deberá ser actualizada a la fecha en que se ponga fin al procedimiento conforme a los establecido en el artículo 34.3 de la LRJSP.

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 22 de febrero de 2022

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 99/22

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid