

Dictamen nº: **74/23**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **16.02.23**

DICTAMEN del Pleno de la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 16 de febrero de 2023, 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 el abogado de D. (en adelante, “*el reclamante*”), por los daños y perjuicios sufridos, al considerar que las secuelas que sufre son consecuencia de un hematoma subdural lumbar que se produjo en la intervención practicada para tratar un aneurisma de aorta, en el Hospital Universitario La Paz.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Por escrito presentado en el registro electrónico de la Comunidad de Madrid el día 31 de mayo de 2021, el abogado de la persona citada en el encabezamiento de este Dictamen dice formular una reclamación de responsabilidad patrimonial en relación con la asistencia sanitaria recibida en el Hospital Universitario La Paz, tras una intervención quirúrgica realizada el 26 de abril de 2019.

El reclamante refiere en su escrito que acudió al Hospital Universitario La Paz por derivación de su cardiólogo y, tras un TAC

torácico, se programó la realización de un cateterismo. Señala que, tras hacer las pruebas preoperatorias, fue citado en abril de 2019, ingresando el 25 de ese mismo mes y año y siendo intervenido al día siguiente, con anestesia total y epidural. Según el escrito, a los pocos días le dieron el alta y, ya en casa, sintió mucho malestar y pérdidas de orina, por lo que una ambulancia lo llevó a Urgencias, detectándose en ese momento un hematoma en la médula, a la altura de las lumbares.

El reclamante indica que fue trasladado de urgencia al Hospital Santiago Apóstol de Vitoria, donde le intervinieron y desde donde le enviaron posteriormente al Hospital Nacional de Paraplégicos, de Toledo. Afirma que estuvo de baja laboral, de modo que el 3 de junio de 2020 se declaró por parte del INSS la incapacidad permanente absoluta, así como una minusvalía del 68 %.

El escrito expone que, además del período de baja y la referida incapacidad, el reclamante tiene secuelas permanentes que le limitan su calidad de vida, personal y de pareja, y ha tenido graves perjuicios económicos, al tener que abandonar su negocio. Refiere que está pendiente de seguimiento en Urología para una nueva intervención.

Por último, el reclamante considera que existe una relación de causalidad entre la intervención quirúrgica realizada en el Hospital Universitario La Paz y el hematoma medular, que ha provocado una intervención urgente, un largo período de estabilización y unas limitaciones permanentes, de modo que solicita la incoación de un expediente de responsabilidad patrimonial y que se declare el deber de indemnizar los daños y perjuicios, en una cuantía que se fija de forma estimativa en 300.000 euros, sin perjuicio de un posterior informe pericial en preparación.

La reclamación se acompaña de diversa documentación médica y solicita la incorporación al expediente de la historia clínica del paciente tanto del Hospital Universitario La Paz como del Hospital Santiago

Apóstol de Vitoria y del Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo (folios 1 a 10 del expediente).

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

Se trata de un paciente, nacido en 1960, que acude el 6 de febrero de 2018 a consulta de Cardiología del Hospital Universitario La Paz, remitido desde el Hospital San Pedro de Logroño, para valoración por coartación de aorta intervenida en una clínica privada de Madrid en 1981. Seguimiento en Logroño desde 2015, con ecocardiogramas sin hallazgos vasculares, hasta que se solicita TAC en 2017 y se detecta aneurisma. Operado de varices en 5 ocasiones en Logroño y Vitoria, la primera a los 22 años. y la última aproximadamente a los 45 años. Tiene en ese momento 57 años. Asintomático en el área cardiovascular. Vida laboral activa como taxista. Sedentario.

El juicio clínico es de cardiopatía congénita de complejidad elevada: coartación de aorta intervenida con bypass subclavia-aorta descendente, con pseudoaneurisma de gran tamaño en zona de anastomosis a arteria subclavia. Hipertrofia ventricular izquierda severa, con función sistólica normal. Hipertensión arterial. Pendiente de TAC torácico (para evaluación más adecuada del aneurisma).

Con fecha 13 de febrero de 2018 se realiza TC cardíaco para cuantificación de calcio. Postproceso reconstrucción multiplanar. TC tórax con contraste. TC cardíaco: coartación de aorta y bypass subclavio-aorta con aneurisma.

Conclusiones: coartación de aorta intervenida con bypass de arteria subclavia a aorta descendente, con pseudoaneurisma en la porción media de la subclavia y en la anastomosis a la aorta.

El 17 de abril de 2018 ingresa en el Servicio de Cardiología, de modo programado, para cateterismo cardiaco en cardiopatía congénita compleja.

Se realiza cateterismo el 18 de abril de 2018. Conclusiones: coartación de aorta intervenida con bypass de subclavia desde aorta ascendente-descendente complicada con aneurisma gigante (60x55mm) en el bypass subclavia-aorta descendente. Coartación aórtica con oclusión completa a nivel ístmico. Evolución: sin complicaciones tras el cateterismo cardiaco.

El juicio clínico es de cardiopatía congénita de complejidad elevada: coartación de aorta intervenida con bypass subclavia izquierda-aorta descendente con pseudoaneurisma de gran tamaño en zona anastomosis a arteria subclavia. Válvula aortica bicúspide. Dilatación ligera de senos de Valsalva. Hipertrofia ventricular izquierda severa con función sistólica normal. Hipertensión arterial tratada.

Consta informe de ecocardiograma transtorácico el 11 de marzo de 2019: coartación de aorta postductal. Intervenido con bypass subclavio aorta descendente con imagen de pseudoaneurisma gigante en su anastomosis proximal. Válvula bicúspide con gradientes ligeramente llevados. Ventrículo izquierdo con hipertrofia concéntrica severa con buena función sistólica y presiones de llenado elevadas. Dilatación moderada de raíz de aorta.

En esa misma fecha, acude a consulta de revisión en Cardiología. Asintomático en el área cardiovascular. Vida laboral activa como taxista. Sedentario. Tensión arterial todavía algo elevada, en torno a 140-150/90-100 mmHg. Inicialmente valorado para posible tratamiento percutáneo por la Unidad de Hemodinamia, finalmente se contactó con la Unidad de Radiología Intervencionista/Servicio de Cirugía Vascular, quedando pendiente de representar en sesión medicoquirúrgica. Cardiopatías congénitas del adulto: como opciones para intento de

apertura interrupción, aorta descendente y tratamiento percutáneo de exclusión del aneurisma, o podría realizarse bypass quirúrgico extraanatómico y posterior tratamiento endovascular sobre el aneurisma, previa pérdida de peso). Se informa al paciente junto con Cirugía Vascular y Radiología Intervencionista.

Con fecha 12 de abril de 2019, informe clínico de preanestesia. Conclusión: apto. Se entrega el documento de consentimiento informado, que lee, comprende y firma. Dicho documento se introduce en la historia clínica del paciente, para que el archivo lo custodie. Se entrega copia al paciente. Ese mismo día, firma el documento de consentimiento informado del Servicio de Anestesia y Reanimación para anestesia general/local-regional/sedación

El 25 de abril de 2019 firma el documento de consentimiento informado del Servicio de Radiología Intervencionista y Cirugía Vascular para endoprótesis de aneurisma aórtico, y el documento de consentimiento informado del Servicio de Hematología y Hemoterapia para transfusión de componentes sanguíneos y derivados.

En esa misma fecha, ingresa de manera programada por pseudoaneurisma anastomótico de bypass aorto-aórtico. El 26 de abril de 2019 se realiza de manera programada colocación de endoprótesis aorto-torácica e ingresa en Cuidados Intensivos, para control postoperatorio de endoprótesis de aorta torácica por pseudoaneurisma anastomótico de bypass subclavia izquierda-aorta descendente, secundario a coartación de aorta intervenida.

El paciente presenta buena evolución durante su ingreso en la UCI. Buen estado general al alta, consciente, orientado y colaborador. Sin focalidad neurológica. Fuerza y sensibilidad conservadas en las 4 extremidades. Sin dolor. Ligera trombopenia (plaquetas 124.000), tras instauración de la anticoagulación con Clexane 80mg/12h. Sin datos de

sangrado, coagulación en rango y antiagregado con Adiro 100mg. Buen ritmo de diuresis espontánea, con normalización de la función renal (creatinina 1.05). Buena tolerancia oral. Miembros inferiores con buen color y temperatura. Buen relleno capilar y pulsos presentes. Sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Se recupera satisfactoriamente durante su periodo postquirúrgico. No presenta complicaciones. Se decide el alta el 1 de mayo de 2019, con seguimiento de su patología por consulta externa de Cirugía Vascular

Con fecha 2 de mayo de 2019, el paciente ingresa en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Santiago Apóstol, de Vitoria, remitido desde Logroño, con antecedente de colocación de drenaje lumbar espinal para colocación de endoprótesis el 26 de abril de 2019, y que comienza con dificultad para la deambulaci3n el 29 de abril de 2019. Desde el día previo al ingreso, refiere incontinencia de esfínter urinario y no ha hecho deposici3n desde el día previo a la cirugía.

Se realiza resonancia magnética lumbar, que muestra contenido hemático en el canal raquídeo desde L2 hasta S1. Se encuentra más acumulado en el nivel L5/S1 donde alcanza 13x53 mm. En resonancia magnética de 3 de mayo de 2019: extenso hematoma intradural desde L1 hasta S1. Estenosis de canal leve L4-5 por cambios degenerativos. Valorar posible afectaci3n radicular S1 derecha por hernia protruida parasagital derecha L5-S. Ante la sospecha de hematoma epidural, es intervenido inicialmente por parte del Servicio de Traumatología, que realiza ventanas óseas a nivel de forámenes de L3, L4 y L5 apreciándose mínima salida de contenido hemático. Se introduce sonda exploradora sin apreciar obstrucci3n. Se realizan lavados con suero fisiológico. Se realiza cierre de la herida y se despierta al paciente que no presenta mejoría de la clínica.

Se realiza nueva resonancia magnética, donde impresiona de hematoma de posible localizaci3n intradural, por lo que el paciente es

reintervenido por parte del Servicio de Neurocirugía, que realiza laminectomía de L2, L3, L4 y parcial de L5 con exposición del saco dural. Se confirma con ecografía intraoperatoria la presencia de hematoma a nivel intradural. Se realiza durotomía y se aprecia coágulo consolidado y adherido. Se realiza fragmentación del coágulo con extracción subtotal preservando raíces adyacentes. El paciente es trasladado a UCI, donde presenta mejoría clínica, sobre todo en la movilidad de pie derecho y en la sensibilidad perineal. Pasa a planta de Neurocirugía, donde es valorado por el Servicio de Rehabilitación.

El 8 de mayo de 2019 se realiza resonancia magnética: cambios quirúrgicos con resección de los elementos posteriores L2-L3-L4, con ampliación del diámetro anteroposterior del canal respecto al estudio previo del día 3. Colección en lecho quirúrgico, sin impronta sobre el canal espinal. Disminución del componente hemático intradural, sobre todo a la altura del cuerpo vertebral L3, con ligera disminución de su extensión longitudinal que en la actualidad se extiende, aproximadamente, desde L2 hasta S1. Cambios degenerativos e los niveles L4-5 y L5-S1, sin variaciones, con persistencia de la ligera estenosis de canal a la altura del disco L4-5, con un área mínima de 1,4 cm², con persistencia asimismo sin cambios de la compresión del segmento emergente de la raíz S1 derecha.

La evolución del paciente es satisfactoria, mejorando la sensibilidad en las extremidades inferiores y consiguiendo hacer pie con el andador. Persiste alteración esfinteriana importante, precisando sondaje por retención aguda de orina, y enemas para conseguir deposición. Se decide traslado a su centro de referencia en Logroño para continuar el tratamiento. Diagnóstico principal: síndrome de cola de caballo secundario a hematoma subdural lumbar.

Consta en la historia clínica que, con fecha 6 de febrero de 2020, acude a consulta de Neurología en el Hospital San Pedro de Logroño.

Paraparesia por lesión medular por hematoma subdural lumbar tras intervención de prótesis de aórtica. Está mejorando. Ahora puede andar sin apoyo, pero con dificultad y cierta inestabilidad, con pasos cortos y poco elevados, con cierta espasticidad. Normalmente se apoya en dos bastones. Capaz de las tareas de autocuidado. Vejiga neurógena e infecciones de orina. Estreñido.

De igual modo, el 3 de febrero de 2021 firma el documento de consentimiento informado del Servicio de Radiología del Hospital Universitario La Paz para exploración radiológica con contraste iodado intravenoso. Con fecha 13 de febrero de 2021, se realiza TC de aorta. Datos clínicos: control de prótesis aorta torácica tras apertura de coartación. Conclusiones: cambios post-quirúrgicos de colocación de endoprótesis de aorta torácica y ocluser en subclavia izquierda. Disminución muy significativa del tamaño del saco, que mide actualmente 35 mm. Dudoso foco de fuga en el interior del saco, a valorar en próximo control, realizando fase basal y arterial.

En cuanto a la historia clínica del paciente, remitida desde el Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo, consta lo siguiente en informe de alta de Rehabilitación de 9 de marzo de 2022: varón de 61 años que ingresa para revisión programada procedente de su domicilio. Última revisión en febrero de 2021. Enfermedad actual: desde la última revisión se ha mantenido clínicamente estable. Comenta dolor neuropático en el miembro inferior derecho.

La valoración clínico-funcional es:

-Cardiorrespiratorio: eupneico, tose, deglute. Ex fumador desde 1991. Edemas ortostáticos ocasionales. Usa medias de compresión.

-Digestivo: hábito intestinal voluntario regular diario. Sin escapes. Dieta variada.

-Urológico: deseo+. Realiza autocateterismos cada 6 horas, respetando el descanso nocturno. Escapes ocasionales. No usa colector ni pañal. Tiene infecciones del tracto urinario de repetición (cada 3-4 meses). Se hizo la vacuna, pero no le ha funcionado. Le han diagnosticado de litiasis en vejiga y riñón.

-Espasticidad: sí, con espasmos a veces en los miembros inferiores.

-Funcional: independiente para las actividades de la vida diaria. Camina con ayuda de un bastón inglés en exteriores, caminando hasta 2 km sin necesidad de parar, camina sin ayuda en interiores. Sube escaleras. Hace bici estática todos los días.

Evolución: Se trata de un varón de 61 años que sufre una paraplejia traumática incompleta crónica de 3 años de evolución en fase de secuelas. Durante su estancia en el hospital se ha mantenido clínica y hemodinámicamente estable. Desde el punto de vista neuroortopédico y funcional, se mantiene estable y deberá continuar con idéntica actitud.

Desde el punto de vista urológico, seguirá las indicaciones del Servicio de Urología.

En informe de Urología de 1 de marzo de 2022 se refleja que realiza pauta de cateterismos intermitentes/4 veces al día, sin incontinencia urinaria. Se extraen 200-400 ml en un episodio de infección urinaria con repercusión clínica. Sin picos febriles.

Intervenciones previas: colocación de doble J izquierda en julio de 2019 por uropatía obstructiva izquierda secundaria a litiasis de uréter sacro, con posterior retirada en octubre y extracción de litiasis vesical compatible con la previa ureteral. En seguimiento por la Unidad de Litiasis de su área sanitaria.

Ecografía urológica. Riñón derecho: quistes corticales aislados sin datos de complicación. No se aprecian imágenes sugestivas de litiasis. Riñón izquierdo: quistes corticales aislados sin datos de complicación. Litiasis polar inferior de 18 mm. Vejiga: de mediana capacidad sin evidencia de lesiones endoluminales parietales exofíticas. Próstata: con volumen aproximado de 40 cc. Como hallazgo casual se aprecia colelitiasis. Filtrado glomerular estimado (CKD-EPI) 42,9 ml/min/1.73 m2. Conclusión: Indicador de ERC G3b. Descenso moderado.

Diagnóstico: disfunción vésico uretral neurógena. Detrusor acontractil. Nodisinergia de esfínter externo uretral. Micción descompensada. Enfermedad renal crónica.

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 (en adelante, LPAC).

Por oficio de 7 de junio de 2021 se requirió al abogado del reclamante para que acreditara la representación legal que afirmaba ostentar, de modo que aquel, por medio de escrito presentado el 18 de junio de 2021, adjuntó poder conferido al efecto.

Se incorporó al expediente la historia clínica del paciente y, en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 79 y 81.1 de la LPAC, se aportó también el informe del jefe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Universitario La Paz, emitido el 3 de agosto de 2021, en el cual relata la asistencia sanitaria dispensada al reclamante y concluye que *“...No hay por tanto ninguna evidencia durante el ingreso en nuestro hospital que haga sospechar y tratar la complicación que posteriormente refleja el paciente en su reclamación”*.

Con fecha 5 de octubre de 2022, se emite informe por parte de la Inspección Sanitaria que, tras examinar la historia clínica, los informes

emitidos en el curso del procedimiento y efectuar las oportunas consideraciones médicas, considera ajustada a la *lex artis* la atención sanitaria dispensada al paciente en el Hospital Universitario La Paz.

Concluida la instrucción del procedimiento, y por oficio de 18 de noviembre de 2022, se dio traslado del expediente para alegaciones al abogado del reclamante, sin que conste la formulación de alegaciones por su parte.

Finalmente, el 23 de enero de 2023 el viceconsejero de Gestión Económica y director general de Gestión Económica del Servicio Madrileño de Salud formula propuesta de resolución que desestima la reclamación, al considerar que la asistencia sanitaria dispensada es conforme a la *lex artis* y el daño reclamado no resulta antijurídico.

CUARTO.- Por escrito del consejero de Sanidad, con registro de entrada en la Comisión Jurídica Asesora de la Comunidad de Madrid el día 30 de enero de 2023, se formuló la preceptiva consulta.

Correspondió el estudio del presente expediente 40/23 al letrado vocal D. Francisco Javier Izquierdo Fabre, que formuló y firmó la propuesta de dictamen, deliberada y aprobada por el Pleno de esta Comisión Jurídica Asesora en su sesión de 16 de febrero de 2023.

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 euros y por solicitud de órgano legitimado para ello, de conformidad con 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, se ha realizado conforme a lo dispuesto en la LPAC.

El reclamante ostenta legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo artículo 4 de la LPAC y el artículo 32 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 reprochada. Actúa en el procedimiento por medio de abogado, con poder conferido al efecto e incorporado al expediente.

Se cumple, por otra parte, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, en cuanto la asistencia sanitaria se prestó por el Hospital Universitario La Paz, que forma parte de la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid.

En cuanto al 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 67.1 de la LPAC). En el presente caso, es preciso recordar que, si bien se reclama por una intervención que tuvo lugar el 26 de abril de 2019, el reclamante ha tenido una tórpida evolución clínica, de modo que se ha incorporado al expediente el alta de Rehabilitación del Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo de 9 de marzo de 2022. Por lo tanto, la reclamación, formulada el día 31 de mayo de 2021, está presentada dentro del plazo legalmente establecido.

En lo concerniente al procedimiento, se ha incorporado la historia clínica del paciente y se ha recabado el informe del centro implicado en el proceso asistencial del reclamante, contra el cual dirige sus reproches. Así, consta en el expediente el informe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Universitario La Paz. También ha emitido informe la Inspección Sanitaria, se ha dado traslado del expediente al reclamante para alegaciones, sin que haya uso de este trámite y, posteriormente, se ha dictado la correspondiente propuesta de resolución.

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.- Como es sabido, la responsabilidad patrimonial de la Administración se rige por el artículo 106.2 de la Constitución Española a cuyo tenor: *“Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”*. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido actualmente en los artículos 32 y siguientes de la LRJSP, completado con lo dispuesto en materia de procedimiento en la ya citada LPAC.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 25 de mayo de 2016 (recurso 2396/2014) recoge lo siguiente a propósito de las características del sistema de responsabilidad patrimonial:

“(...) el art. 139 de la LRJAP y PAC, establece, en sintonía con el art. 106.2 de la CE, un sistema de responsabilidad patrimonial : a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad -por acción u omisión- derivada del funcionamiento

de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y, e) tiende a la reparación integral”.

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, se ha introducido el concepto de la *lex artis ad hoc* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios. En este

sentido la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 18 de septiembre de 2017 (recurso 787/2015), recuerda que, según consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, *«en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria 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”, que impone al profesional el deber de actuar con arreglo a la diligencia debida, 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. Así pues, sólo en el caso de que se produzca una infracción de dicha “lex artis” respondería la Administración de los daños causados; en caso contrario, dichos perjuicios no son imputables a la Administración y no tendrían la consideración de antijurídicos por lo que deberían ser soportados por el perjudicado»*.

CUARTA.- Como hemos visto en los antecedentes de este dictamen, el reclamante considera que existe una relación de causalidad entre la intervención quirúrgica realizada en el Hospital Universitario La Paz y el hematoma medular, que ha provocado una intervención urgente, un largo período de estabilización y unas limitaciones permanentes.

Centrado así el objeto de la reclamación, vamos a analizar tal reproche partiendo de lo que constituye la 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, entre otras, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 12 de noviembre de 2018 (recurso 309/2017), con cita de la jurisprudencia

del Tribunal Supremo. Además, como añade la citada sentencia, *“las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica”*.

Pues bien, en este caso el reclamante, a quien incumbe la carga de la prueba, no ha incorporado al procedimiento ningún tipo de acreditación de que la atención que le fue dispensada fuera incorrecta o inadecuada, sin que sirvan a este propósito las afirmaciones contenidas en el escrito de reclamación sin sustento probatorio alguno.

Frente a ello, todos los informes obrantes en el expediente coinciden en afirmar la corrección de la práctica médica en la intervención realizada por el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del hospital, destacando todos ellos, como veremos, que, a pesar de haberse realizado el procedimiento y seguimiento del paciente de forma adecuada, la colocación de un drenaje lumbar para prevención de isquemia medular en procedimientos quirúrgicos sobre aorta torácica no está exenta de complicaciones, previstas en el documento de consentimiento informado suscrito por el paciente.

En este sentido, señala el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del Hospital Universitario La Paz, y así lo corrobora también la Inspección Sanitaria en su informe, que, tratándose de una operación de tal complejidad como la practicada al reclamante, en la que se planteaba cubrir una longitud de aorta torácica extensa, *“para evitar la isquemia medular, que se produce en un 2,5 - 8% de los casos, se recomienda la colocación de un catéter de drenaje lumbar como medida preventiva de isquemia medular ...La indicación de la colocación del catéter de drenaje lumbar se ajusta, por tanto, a la lex artis en este caso”*.

Además, coinciden ambos informes en destacar que, tanto en la colocación como en la retirada del drenaje lumbar, tal y como se refleja

en la historia clínica del paciente, se respetaron los tiempos recomendados para evitar complicaciones hemorrágicas, de modo que se suspendió la anticoagulación oral 72 horas antes de la intervención; el mismo día de la intervención se realizó una analítica de coagulación, en la que presentaba una actividad de protrombina superior al 50 % (64 %), como recomiendan las guías clínicas y, por último, tras la retirada del drenaje lumbar, el día 27 de abril a las 1:00 horas, se esperaron 12 horas antes de reintroducir la anticoagulación con heparina de bajo peso molecular.

En este sentido cabe recordar que, como indica la Inspección Sanitaria y así lo advierte el análisis de la historia clínica, donde constan registros diarios de movilidad y sensibilidad de las extremidades que son normales, *“en el postoperatorio en planta durante 48 horas más, no se refleja en ningún momento sintomatología neurológica en los evolutivos médicos y se refleja en los comentarios de Enfermería que el paciente deambula por la planta en compañía de su mujer y que realiza diuresis espontánea en botella”*.

Es posteriormente cuando surge la clínica neurológica y es diagnosticada la complicación intracanal medular, como refiere el Servicio de Angiología y Cirugía Vascular del hospital, en otro centro sanitario ajeno al sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid, donde se realiza su manejo y tratamiento.

En definitiva, como refiere el servicio afectado en su informe *“a pesar de haberse realizado el procedimiento y seguimiento del paciente de forma adecuada, la colocación de un drenaje lumbar para prevención de isquemia medular en procedimientos quirúrgicos sobre aorta torácica no está exenta de complicaciones; habiéndose descrito hasta un 3,2% de casos con hematoma neuroaxial, como el que presentó D...”*.

En este sentido, en el documento de consentimiento informado para endoprótesis de aneurisma aórtico, firmado por el paciente el 25 de abril de 2019, se refleja lo siguiente:

“1. Riesgos generales:

... 7. Por la técnica que estamos realizando la complicación más grave que se puede producir es la rotura de la aorta o alguna de las arterias por donde introducimos la prótesis, con la consecuente hemorragia, además existen otras posibles complicaciones como infecciones, hematomas, fallo renal, etc.

8. La posibilidad de paraplejia en relación a la intervención es menor del 5%”.

En consecuencia, el paciente fue adecuadamente informado de la intervención que se le iba a realizar, mediante un documento cuya lectura permitió conocer al interesado el procedimiento al que iba a ser sometido así como sus posibles complicaciones, aunque la técnica fuera irreproachable desde la perspectiva de la *lex artis*, contando además con un tiempo hasta la realización de la prueba, que le permitió meditar su decisión de someterse a la intervención e incluso revocar el consentimiento prestado. Además, no puede desconocerse que el interesado firmó un documento en el que reconocía estar satisfecho con la información recibida y que había podido aclarar sus dudas (en el mismo sentido STJ de Madrid de 11 de noviembre de 2015).

Todo ello lleva a la Inspección Sanitaria a concluir que la asistencia sanitaria dispensada al paciente fue adecuada y de acuerdo a la *lex artis*, 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”.

Por tanto, se trataba de una complicación probable de la intervención quirúrgica, cuya posibilidad de producción fue asumida conscientemente por el reclamante al firmar el documento de consentimiento informado, lo que excluye la responsabilidad patrimonial de la Administración, tal y como recoge la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 4 de octubre de 2019 (rec. 681/2017), sin que el reclamante haya aportado ningún elemento que permita establecer que haya existido mala praxis en la realización de la intervención.

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

CONCLUSIÓN

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial al no haberse acreditado la existencia de infracción de la *lex artis ad hoc*.

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 16 de febrero de 2023

La Presidenta de la Comisión Jurídica Asesora

CJACM. Dictamen nº 74/23

Excmo. Sr. Consejero de Sanidad

C/ Aduana nº 29 - 28013 Madrid