



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **194/2013**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 8 de julio de 2013, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excm. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 3 de octubre de 2012, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **326/12**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- x, mediante un formulario de sugerencias reclamaciones y agradecimientos, presentó, el 24 de febrero de 2011, una reclamación ante el Director Gerente del Área I del Servicio Murciano de Salud (SMS), por la que consideraba una deficiente actuación sanitaria en relación con su esposo, x. Según la x los hechos ocurrieron del siguiente modo:

Su marido ingresó en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA), el 3 de noviembre de 2009 en estado de coma a consecuencia de una hemorragia subaracnoidea, con hidrocefalia. Para salvarle la vida hubo que colocarle un drenaje ventricular en el lado frontal derecho de la cabeza, así como realizar la embolización del aneurisma. El drenaje se le salió en varias ocasiones, lo que ocasionó que tuvieran que recolocárselo unas veces de forma quirúrgica y otras no. Con mucha dificultad y la ayuda de todo el equipo médico, su marido fue saliendo del coma, dirigiendo la mirada a donde le llamaban y movilizándolo las cuatro extremidades, tal y como se recogió en los informes en su día emitidos por todo el personal de la UCI, tanto de enfermería como facultativo.

En la madrugada del 20 al 21 de noviembre el drenaje se volvió a salir y su marido entró otra vez en coma. El drenaje tuvieron que recolocárselo en el quirófano. A partir de esta última intervención dejó de mover el lado izquierdo del cuerpo. Tras someterse a diversos tratamientos de rehabilitación durante el año transcurrido desde el alta, la hemiparesia izquierda persiste.

Según la reclamante la asistencia sanitaria recibida por su esposo adoleció de las siguientes irregularidades:

1. Que el aseo diario del paciente en la UCI no se realizaba con los debidos cuidados para evitar la salida del drenaje.

2. Que si se curaba y se cambiaba el vendaje a diario, no se explica como el personal sanitario que le asistía no se percató de que el drenaje se salía.

3. Que discrepa de la opinión transmitida por los facultativos que le asistieron (especialistas en Neurocirugía), de que era normal que el drenaje se saliera con frecuencia, pues cuando subieron al paciente a Planta, el 5 de diciembre de 2009, este incidente no volvió a ocurrir.

4. Que no se le avisó de la intervención que se le iba a practicar para recolocarle el drenaje el 21 de noviembre de 2009.

5. Que no se le facilitó una explicación del motivo de salida del drenaje en esta última ocasión, tan solo el Médico de Guardia comentó que pudo salirse a un enfermero y que dudaba si algún sanitario habría visto lo ocurrido.

6. Que el 21 de noviembre de 2009, después de realizar la recolocación del drenaje, en el informe de radiodiagnóstico emitido, se hacía constar la existencia de una pequeña hemorragia asociada al trayecto de tubo de drenaje, sobre la que no se le facilitó información y sobre la que no se efectuó seguimiento en los días posteriores.

7. Que tras la recolocación del drenaje de su marido la reclamante indicó al personal de la UCI que aquél había empeorado, pues ya no movía el lado izquierdo y el líquido cefalorraquídeo, que antes de la recolocación salía limpio, ahora estaba teñido de sangre.

8. Que conforme al informe de radiodiagnóstico realizado el 24 de noviembre de 2009, el paciente presentaba una hemorragia parenquimatosa de 4 x 3 cm, y fue en ese momento cuando empezaron a tratarlo.

9. Que el paciente padeció un "Síndrome de Terson", no diagnosticado hasta el 27 de enero de 2010.

En febrero de 2010 la reclamante solicitó al citado HUVA copia de la historia clínica del paciente, así como informe de los facultativos que lo habían atendido, lo que se le entregó el día 12 de noviembre de 2010, aunque tiene la duda que entre la documentación figurase la totalidad de los informes de radiodiagnóstico.

Finaliza su escrito solicitando que se depuraran las responsabilidades que procediesen por la hemiparesia izquierda causada a su marido, sin perjuicio de reservarse cualquier otra actuación que considerara pertinente.

SEGUNDO.- Recibida la reclamación en el SMS la Jefa de su Servicio Jurídico dirige escrito a la x al objeto de que llevase a cabo una valoración económica de su reclamación, así como para que acredite la legitimación con la que

dice actuar mediante la aportación de una copia compulsada del Libro de Familia. Finalmente se le indicaba que propusiese los medios de prueba que estimase oportunos.

El requerimiento es cumplimentado del siguiente modo:

1. Se cuantifica la indemnización solicitada en 690.886,50 euros.
2. Se adjunta copia del libro de familia, así como de diversa documentación acreditativa de que x ha sido declarado en situación de incapacidad permanente.
3. Propone los siguientes medios de prueba:
 - a) Historia clínica del paciente
 - b) Certificado de valoración de discapacidad.
 - c) Resolución del INSS, en la que se reconoce x en situación de gran invalidez.
 - d) Copia de la declaración de la renta del año 2009, acreditativa de los ingresos por rendimiento de trabajo personal percibidos por x.

TERCERO.- Admitida a trámite la reclamación se notificó ello tanto a la reclamante como a la compañía de seguros del SMS.

No se solicitó copia de la historia clínica ni los informes de los facultativos que habían atendido al paciente, porque el HUVA envió tales documentos junto con la reclamación. Los informes incorporados al expediente son los siguientes:

1. Del Jefe del Servicio de Neurocirugía, Dr. x, del siguiente tenor:

"Se trata de un paciente de 42 años, con antecedente de hipertensión arterial sistémica controlada regularmente, que ingresa de urgencia el 03/11/2009 tras haber sufrido cuadro brusco de pérdida de conciencia, en situación de coma profundo (puntuación en la escala de comas de Glasgow de 3), que fue intubado en su domicilio y trasladado a su Hospital. Tras realizar TAC craneal que confirma hemorragia subaracnoidea es enviado a nuestro

centro. Pasa a la UVI de nuestro Hospital ya con pupilas reactivas.

Ante la situación del paciente, y ante los hallazgos de la TAC (hemorragia subaracnoidea masiva en cisternas basales y cisterna interhemisférica anterior, hemoventrículo e hidrocefalia aguda) se procede a colocación de un drenaje ventricular externo de forma urgente. Se realiza posteriormente angiografía cerebral y se procede a embolización de aneurisma de arteria comunicante anterior consiguiéndose oclusión total del mismo mediante stent y coils. Posteriormente precisó varios cambios del drenaje ventricular externo, unos por obstrucción del catéter ventricular y otros por salida del mismo. En uno de estos cambios (21/11/09) se produce una hemorragia cerebral frontal que se sigue de hemiparesia izquierda moderada-grave. Posteriormente y ya en la planta de Neurocirugía requirió la colocación de una válvula ventriculoperitoneal el 23/12/2009 que se siguió de mejoría evidente.

Al mejorar se aprecia dificultad visual, debida a hemorragias intraoculares asociadas a su hemorragia subaracnoidea (síndrome de Terson), por lo que fue operado de vitrectomía por el Servicio de Oftalmología (el 08/02/2010 del O.D. y el 22/02/2010 del O.I.). Tras la rehabilitación, el paciente se encuentra consciente, colaborador y con una hemiparesia izquierda con hipertonía. En el día de hoy (04/03/2011) se ha realizado una angiografía cerebral de control que muestra la total oclusión del aneurisma.

CONSIDERACIONES

La hemorragia subaracnoidea consiste en la salida de sangre de un vaso cerebral a la superficie o cisternas de líquido cefalorraquídeo que rodean al cerebro. Una de sus causas es la ruptura de una malformación vascular, en el caso que nos ocupa de un aneurisma. Esta enfermedad conlleva una alta tasa de mortalidad inmediata, y bastantes pacientes fallecen antes de llegar al Hospital. El tratamiento consiste en la oclusión del aneurisma mediante cirugía, colocándose un clip en el cuello del aneurisma, o mediante oclusión del mismo mediante cateterismo y embolización del saco aneurismático.

Las complicaciones de la hemorragia subaracnoidea son (1) espasmo de las arterias cerebrales con isquemia, (2) repetición de la hemorragia e (3) hidrocefalia. En el caso de x, se produjo además hemoventrículo (sangre en las cavidades del cerebro) e hidrocefalia aguda que fueron tratadas mediante la inserción de un drenaje ventricular externo, que sin duda, salvó su vida.

El drenaje ventricular externo consiste en insertar un tubo de drenaje desde el ventrículo del cerebro hasta una bolsa donde se recoge el líquido cefalorraquídeo. Se suele colocar bajo anestesia local a través de un agujero de trépano realizado en el cráneo. El objetivo de la operación es tratar de drenar el LCR acumulado a presión en el interior de la cabeza (hidrocefalia) hacia otro punto donde se reabsorba. La derivación externa es un procedimiento temporal, hasta que se pueda retirar el sistema o colocar una derivación interna definitiva. A veces es el único tratamiento de la enfermedad, pero otras veces precede a otra intervención neuroquirúrgica como la colocación de una derivación ventriculoperitoneal (una válvula).

La intervención es delicada. La inserción del catéter ventricular se hace a través de un pequeño orificio y pueden haber complicaciones intra o postoperatoria, como hemorragia o ataques epilépticos. Cualquiera de estas complicaciones puede llevar a un empeoramiento neurológico transitorio o permanente de los síntomas del paciente o a la aparición de otros síntomas nuevos como hemiplejía, afasia, trastornos visuales, trastorno de

funciones superiores, coma, etc.

Como en la inserción de otros cuerpos extraños (vías y catéteres venosos, sondas, etc.) puede aparecer precoz o tardíamente infección, funcionamiento excesivo o deficiente del sistema de drenaje, y también obstrucción de los orificios del catéter ventricular, que pueden precisar la revisión quirúrgica y cambio del sistema. Sea por una causa o por otra, la mortalidad postoperatoria puede llegar al 1%.

El catéter ventricular también se puede salir de la cavidad ventricular precisando recolocación del sistema de drenaje como le sucedió a x. En una de las recolocaciones del drenaje ventricular externo (21/11/2009) se produjo una hemorragia cerebral en el trayecto del catéter que se siguió de hemiparesia intensa izquierda. La hemorragia a lo largo del trayecto del catéter que se introduce en ventrículo es una de las complicaciones de este procedimiento.

La hemorragia cerebral en el trayecto del catéter de drenaje ventricular es muy infrecuente, y probablemente en su desarrollo pudieron contribuir otros factores, aparte de la propia cirugía, como son enfermedades previas, que en este caso podrían ser el edema de cerebro y la hipertensión arterial que el paciente padecía.

El manejo de los pacientes que llevan un drenaje ventricular externo en la planta de Neurocirugía se realiza con el mayor cuidado, está protocolizado, y es bien conocido por el personal de enfermería y por las auxiliares.

Como toda intervención quirúrgica, la colocación y el cambio de los sistemas de drenaje de líquido cefalorraquídeo conllevan un riesgo, pero a la hora de la realización de este tratamiento lo hacemos con el mayor cuidado y en la confianza de que el beneficio esperable compensa con creces el riesgo que se asume. Los Neurocirujanos y el personal de este Hospital disponen de experiencia en el tratamiento de todos estos problemas".

2. Del Jefe del Servicio de Medicina Intensiva del HUVA, Dr. x, en el que señala lo siguiente:

"El paciente al que se refiere la reclamación, nº Historia Clínica de este centro --, ingresó en la Unidad de Medicina Intensiva el día 3 de noviembre de 2009, tras sufrir un episodio de hemorragia subaracnoidea, grado V en la escala de Hunt y Hess (como, grado 3 en la escala de Glasgow). La escala de Hunt y Hess es una valoración clínica del estado inicial del paciente que se correlaciona con los resultados funcionales. En el grado de máxima gravedad (grado V), tiene una probabilidad de muerte o estado vegetativo persistente, entre el 70 y el 90% con una probabilidad de muerte o estado vegetativo persistente entre el 70 y el 90% con una probabilidad entre el 7 y el 16% de buena recuperación. Esto quiere decir que de 100 pacientes, con la misma patología y mismo tratamiento, morirán 90 pacientes y se salvarán 10 pacientes aproximadamente".

A continuación el facultativo informante aborda todas y cada una de las cuestiones planteadas por la reclamante en su escrito inicial, en el sentido que se contempla a los folios 7 a 10 del expediente.

Finaliza afirmando que "es importante destacar que es muy difícil, desde el punto de vista científico, afirmar con

seguridad que la hemiparesia del paciente se pueda atribuir a la hemorragia drenada el día 24/11/2009 y no a la hemorragia intracerebral de mal pronóstico sufrida en su domicilio y que motivó su ingreso en UCI".

CUARTO.- El órgano instructor recaba el informe del Servicio de Inspección de Prestaciones Sanitarias (Inspección Médica), que fue evacuado el 29 de junio de 2011, en el siguiente sentido:

"JUICIO CRÍTICO

Paciente en coma por hemorragia subaracnoidea trasladado del Hospital Rosell que ingresó en UCI del Hospital Virgen de la Arrixaca donde realizan derivación ventricular. El nivel de conciencia permaneció disminuido durante todo el ingreso. A juzgar por los datos que constan en el expediente, se le vigiló de cerca y constantemente, con exploración clínica y neurológica, realizando las pruebas complementarias precisas para su evaluación adecuada y para decidir actuaciones intercurrentes dirigidas a tratar situaciones nuevas agudas, todas las cuales se realizaron con prontitud, no apreciándose que las manipulaciones aumentasen el riesgo preexistente y el consustancial a los procedimientos que se utilizaron.

Se nos aporta el resultado de una ecografía oftálmica de 29 de enero de 2010 en la que se informa de desprendimiento de retina bilateral y hemorragia vítrea bilateral. Según se informó el paciente fue evaluado y tratado de la patología ocular (página 4, 10, 41).

CONCLUSIONES

No se aprecia razón para indemnización".

QUINTO.- Requerida por la Instructora la compañía de seguros remite dictamen médico colegiado de tres facultativos especialistas en Neurocirugía, en el que tras realizar las consideraciones médicas que se estiman oportunas, se concluye del siguiente modo:

"1. No hay evidencias de mala praxis en los cuidados de los drenajes ventriculares en este paciente.

2. Las hemorragias subaracnoidea con hidrocefalia requieren numerosos cambios de drenajes ventriculares. Cada cambio supone un riesgo de hemorragia cerebral.

3. La salida de un drenaje ventricular no es infrecuente que se produzca en una estancia en UCI prolongada y es un riesgo más asociado a este procedimiento.

4. Frente a una mortalidad de un 50% en esta patología el paciente ha sobrevivido gracias a los cambios de drenajes realizados.

5. Por todo lo anterior no está justificada la reclamación".

SEXTO.- Se comunica a los interesados (reclamante y aseguradora) la apertura del trámite de audiencia. La primera de ellas comparece formulando alegaciones mediante las que indica que en el expediente no obran una serie de documentos tales como documento de consentimiento informado y las hojas de protocolo quirúrgico correspondientes al día 21 de noviembre, y de anestesia de los días 21 y 24 de noviembre. Por lo demás, viene a ratificarse en su pretensión inicial.

Solicitada esta nueva documentación al HUVA se incorpora al expediente en formato CD, procediéndose a continuación a otorgar un nuevo trámite de audiencia. También esta vez comparece la reclamante ratificándose en todo lo manifestado hasta ahora, e indicando que sigue sin figurar entre la documentación clínica los protocolos quirúrgicos y de anestesia correspondiente a la intervención del día 21 de noviembre.

SÉPTIMO.- Seguidamente la instructora formula propuesta de resolución desestimatoria, al considerar que no concurren los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública sanitaria de la Región de Murcia.

Con fecha 3 de octubre de 2012 se ha recabado el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico acompañando el expediente administrativo.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El Consejo Jurídico ha de ser consultado preceptivamente en las reclamaciones que, en concepto de responsabilidad patrimonial, se formulen ante la Administración regional, de acuerdo con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. El paciente, al sufrir en su persona los perjuicios imputados a la actuación administrativa, consistente en la

atención sanitaria recibida del sistema público de salud, ostenta la condición de interesado para ejercitar la acción de reclamación, a tenor de lo dispuesto en el artículo 139.1 LPAC, en relación con el 4.1 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por RD 429/1993, de 26 de marzo (RRP).

Sin embargo, su actuación a través de representante (su esposa) no ha quedado debidamente acreditada, según exige el artículo 32 LPAC. En efecto, salvo que x hubiese sido declarado incapaz y su esposa nombrada tutora (circunstancias que tendrían que acreditarse mediante la correspondiente sentencia judicial), la representación con la que la que x dice actuar no ha sido demostrada, pues la copia del libro de familia aportado -por cierto, a instancia del órgano instructor-, no constituye medio idóneo para ello, ya que el mismo sólo acredita la relación matrimonial existente entre ambos.

A pesar de ello la Consejería de Sanidad, a través de diversas y sucesivas actuaciones anteriores a la propuesta de resolución (y en esta misma), reconoce la representación del paciente por su esposa, por lo que cabe aplicar al caso la doctrina jurisprudencial, según la cual una vez reconocida la representación en una fase del procedimiento no puede negarse en otra ulterior, pudiéndose citar en este sentido, y entre otras, las sentencias del Tribunal Supremo de 11 de febrero de 1983 y 1 de febrero de 1989; lo que exige, antes de dictar resolución, requerir, según lo dispuesto en el artículo 32.4 LPAC, a x para que subsane la falta de acreditación de la representación que dice ostentar, pudiendo utilizar para ello cualquiera de los medios previstos en el apartado 3 del citado precepto.

En cuanto a la legitimación pasiva no suscita duda que la actuación a la que la reclamante imputa el daño que dice haber sufrido, acontece en el marco del servicio público prestado por la Administración sanitaria regional.

II. La reclamación se ha presentado en el plazo de prescripción de un año legalmente establecido en el artículo 142.5 LPAC, puesto que, tal como acertadamente se razona en la propuesta de resolución, no fue hasta el día 4 de marzo de 2011 que, a través de una angiografía, pudo determinarse la oclusión total de aneurisma que presentaba el paciente, lo que hace que la reclamación presentada el día 24 de febrero de 2011 deba entenderse ejercitada en plazo.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos.

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial en materia sanitaria. Requisitos.

La responsabilidad patrimonial exigida por la actuación en el campo sanitario está sometida a los principios de la responsabilidad de la Administración que rigen en nuestro Derecho, derivada del artículo 106.2 de la Constitución Española: "Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos". Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce "el derecho a la protección de la salud", desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que particulariza en su artículo 10 los derechos de los usuarios respecto a las distintas Administraciones Públicas.

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración, de naturaleza objetiva, han sido desarrollados por la LPAC, en particular por sus artículos 139 y 141, pudiéndose concretar en los siguientes:

- 1) El primero de los elementos es la lesión patrimonial, entendida como daño ilegítimo o antijurídico, y esta antijuridicidad o ilicitud sólo se produce cuando el afectado no hubiera tenido la obligación de soportar el daño.
- 2) La lesión ha de ser real y efectiva, nunca potencial o futura, evaluable económicamente e individualizada en relación a una persona o grupo de personas.
- 3) El vínculo entre la lesión y el agente que la produce, es decir, entre el acto dañoso y la Administración.
- 4) Por último, también habrá de tenerse en cuenta que no concurra fuerza mayor u otra causa de exclusión de la responsabilidad.

Además de estos principios comunes, cuando las reclamaciones de los particulares se refieren a la posible responsabilidad patrimonial de la Administración por la prestación de servicios sanitarios, el requisito de que la actuación médica se haya ajustado o no a la *lex artis ad hoc* adquiere un singular relieve, debido a que si la actuación de los facultativos se acomodó y desarrolló con arreglo al estado de los conocimientos de la ciencia médica, si así queda probado en la instrucción del procedimiento, los resultados lesivos no podrán atribuirse a la Administración sanitaria, bien porque no pueda afirmarse que concurra aquel nexo causal, bien porque ni siquiera pueda determinarse la existencia de una lesión indemnizable, debido a que los resultados lesivos normalmente serán consecuencia de la evolución de las propias enfermedades del paciente, aun a pesar del correcto funcionamiento de los servicios sanitarios. Y es que, tal como vienen señalando de forma reiterada la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado y de este Consejo Jurídico, la ciencia médica no es exacta, por lo que los facultativos tienen una obligación de medios y no de resultados, obligación que, según STS, Sala 1ª, de 25 de abril de 1994, puede condensarse en los siguientes deberes: 1) Utilizar cuantos remedios conozca la ciencia médica y estén a disposición del médico en el lugar en que se produce el tratamiento, de manera que la actuación del médico se produzca por la denominada *lex artis ad hoc* o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación e intervención médica y las circunstancias en que la misma se desarrolle; 2) informar al paciente o, en su caso, a los familiares del mismo, siempre que ello resulte posible, del diagnóstico de la enfermedad o lesión que padece, del pronóstico que de su tratamiento puede esperarse y de los riesgos potenciales del mismo; 3) continuar con el tratamiento del enfermo hasta el momento en que éste pueda ser dado de alta, advirtiendo al mismo de los riesgos que el abandono le puede comportar.

CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan al funcionamiento de los servicios sanitarios públicos.

Sentado lo anterior, procede examinar ahora si ha quedado acreditada la existencia de la necesaria relación de causalidad entre la actividad sanitaria y el daño, en virtud del cual se inicia el procedimiento. Se reclama por mala praxis en el cuidado de los drenajes ventriculares; por la hemorragia que se produjo en la recolocación del drenaje efectuada el día 21 de noviembre de 2009; así como por la falta de información sobre la intervención efectuada en esa fecha.

I. Sobre la mala praxis médica en su sentido material.

Según los informes médicos que obran incorporados al procedimiento, la atención prestada al paciente fue conforme a *lex artis*. Cuando se produjo el ingreso en el HUCA, el día 3 de noviembre de 2009, ya se encontraba en estado de coma por una hemorragia subaracnoidea con hidrocefalia, lo que hizo necesario la implantación de un drenaje ventricular externo. El aneurisma fue embolizado al siguiente día, permaneciendo el paciente sedado, requiriendo recolocación del drenaje ventricular en varias ocasiones por obstrucción o migración del mismo. Según indican los peritos de la aseguradora este tipo de drenajes suelen estar insertados durante un largo tiempo hasta que el líquido cefalorraquídeo (LCR) se limpia de los detritus derivados de la hemorragia. Durante ese tiempo el cambio del drenaje resulta obligado tanto para evitar el riesgo de infección como a consecuencia del movimiento del catéter, bien por maniobras de movimiento del paciente bien porque él mismo se lo haya arrancado en periodos de agitación.

Sobre las imputaciones que realiza la reclamante tendentes a establecer una relación de causalidad entre una hipotética mala realización de las tareas de aseo y las salidas del catéter, además de que no dejan de ser meras apreciaciones de parte no respaldadas por prueba alguna, son minuciosamente enervadas en el informe del Dr. X, que sitúa el diagnóstico de catéter mal posicionado en momentos muy alejados a las maniobras de aseo. Igualmente indica este facultativo que, en contra de lo que se mantiene en la reclamación, no es posible observar a simple vista si el catéter está o no bien colocado *"para verificar la correcta posición del trayecto interno es necesario realizar una prueba de imagen como un TAC de cráneo, que no se suele realizar si no hay una condición clínica que lo aconseje"*. Tampoco existe, para los peritos de la aseguradora, evidencia de mala praxis en los cuidados de los drenajes ventriculares del paciente.

En cuanto a la hemorragia cerebral que se produjo en la recolocación del catéter efectuada el día 21 de noviembre, el Dr. X indica que tal hemorragia es una de las complicaciones que pueden surgir durante el procedimiento de recolocación debido a que *"la inserción del catéter ventricular se hace a través de un pequeño orificio y pueden haber complicaciones intra o postoperatorias, como hemorragia o ataques epilépticos. Cualquiera de estas complicaciones puede llevar a un empeoramiento neurológico transitorio o permanente de los síntomas del paciente o la aparición de otros síntomas nuevos como hemiplejía, afasia, trastornos visuales, trastorno de funciones superiores, coma, etc."*. En este caso, sigue diciendo, en la hemorragia que se produjo pudieron contribuir otros factores, aparte de la propia cirugía, como enfermedades previas que se concretarían en el edema cerebral y la hipertensión que el paciente padecía. Por su parte la Inspección Médica indica que todas las actuaciones que se llevaron a cabo dirigidas a tratar las situaciones nuevas que se iban produciendo se llevaron a cabo *"con prontitud, no apreciándose que las manipulaciones aumentasen el riesgo preexistente y el consustancial a los procedimientos que se utilizaron"*. En este sentido también el informe pericial de la aseguradora indica que las secuelas que padece el paciente son consecuencia inherente a la grave patología de hemorragia subaracnoidea que padeció y no pueden atribuirse de forma exclusiva a un cambio del drenaje ventricular. En una de sus conclusiones se afirma que frente a un 50% de mortalidad como consecuencia de la citada patología, el paciente ha sobrevivido gracias a los cambios de drenajes realizados.

Ante estos informes evacuados por quienes tienen los conocimientos técnicos y científicos adecuados para ello, las manifestaciones vertidas por la interesada en su reclamación tendentes a establecer una relación directa entre una mala praxis en la asistencia sanitaria prestada a su marido y las secuelas que éste presenta, carecen de eficacia enervante por constituir meras afirmaciones de parte no avaladas por dictamen médico alguno.

Por otro lado, realizada correctamente las actuaciones sanitarias prestadas al paciente, la disfunción neurológica

que sufre el mismo no constituye un daño antijurídico al no ser la actividad médica de resultado sino de medios, pues, como se afirma en los informes médicos incorporados al expediente, la sustitución del drenaje resultaba precisa para salvar la vida del enfermo.

II. Sobre la mala praxis médica en sentido formal, o relativa a las deficiencias en el consentimiento informado.

Como quiera que la doctrina de este Consejo Jurídico acerca del derecho y correspondiente deber de información en el ámbito asistencial sanitario es conocida por la Consejería consultante, habiendo sido expuesta en multitud de dictámenes emitidos a petición suya, se omite su reproducción. Baste ahora con recordar que, de conformidad con el régimen jurídico de la autonomía del paciente y el elenco de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, recogido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el paciente tiene derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, comprendiendo, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias (art. 4). Este derecho de información se particulariza en el artículo 8 de la Ley, como consentimiento informado, libre y voluntario del afectado, que habrá de recabarse para toda actuación en el ámbito de su salud. El consentimiento habrá de serlo por escrito cuando se refiere a un procedimiento terapéutico invasor o que supone riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, como es el caso, y para obtenerlo habrá de ofrecerse información suficiente al paciente sobre el procedimiento de aplicación y sus riesgos.

En el supuesto sometido a consulta, lo que se imputa a la Administración es una infracción de este deber respecto de los familiares del paciente, el cual, atendido su estado neurológico y consecuente incapacidad para entender la información, no podía decidir acerca de su propia salud, lo que determina que dicha información debía ser puesta en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho, en este caso, su esposa (art. 5.3, Ley 41/2002).

Revisado el expediente en efecto, no consta que la Administración recabara por escrito el consentimiento de la esposa para proceder a la concreta recolocación del catéter realizada el día 21 de noviembre de 2009, que sí fue formalizado en anteriores intervenciones similares acaecidas en días anteriores (folios 6 y siguientes de la historia clínica recogida en el segundo CD).

La íntima vinculación entre estas intervenciones, que comparten finalidad, naturaleza, riesgos, alternativas de tratamiento y beneficios esperables, unido al hecho de que la intervención tuvo que realizarse, según indican los facultativos informantes, con carácter urgente, lo que justifica la ausencia de documento de consentimiento informado (art. 9.2,b) de la citada Ley 41/2002), hacen que dicha omisión o defecto de información no desempeña una virtualidad causal en la producción del daño a efectos de responsabilidad y, por tanto, no debe responderse por el mismo.

En consecuencia, a juicio del Consejo Jurídico no ha sido acreditado por la reclamante, sobre quien recae la carga de la prueba, ni resulta del expediente, que se haya producido una violación de la *lex artis* médica en la prestación sanitaria desplegada por el sistema de salud regional en la atención prestada a su marido.

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al no concurrir

los requisitos necesarios para el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración.

No obstante, V.E. resolverá.

