



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 2 9 5 / 2 0 1 0

(Sección 1ª)

La Laguna, a 6 de mayo de 2010.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por T.A.D., en nombre y representación de S.M.F., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 51/2010 IDS)\*.*

## F U N D A M E N T O S

### I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por un Organismo autónomo de la Administración autonómica.

De la naturaleza de esta Propuesta se deriva la legitimación del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad de la solicitud del Dictamen según los arts. 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación este último precepto con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

2. Los hechos en lo que se basa la presente reclamación, según se relata en la solicitud y se concretan en las alegaciones presentadas durante el trámite de audiencia, son los siguientes:

---

\* **PONENTE:** Sr. Lazcano Acedo.

La reclamante fue ingresada el 11 de mayo de 2006 en el Hospital Universitario Ntra. Sra. de La Candelaria debido a la presencia de cefaleas que habían comenzado aproximadamente tres meses atrás y que no cedían con analgésicos y a lo que se agregó visión doble en mirada lateral derecha. Fue diagnosticada de Síndrome de Tolosa-Hunt, advirtiéndose además la presencia de aneurismas, por lo que fue intervenida quirúrgicamente mediante una craneotomía y clipaje. Días después presentó hemiparesia izquierda que le imposibilitaba la deambulaci3n, estado en el que se encuentra en el momento de presentar la reclamaci3n.

En su reclamaci3n considera que la asistencia sanitaria prestada no fue correcta por diversos motivos, que se resumen en la existencia de un error de diagn3stico porque los aneurismas del c3rculo de Willis pueden producir un cuadro similar al del s3ndrome de Tolosa Hunt, cuestionando que este 3ltimo haya sido correctamente diagnosticado; cuestiona asimismo la existencia de uno o varios aneurismas porque en la historia cl3nica unas veces se cita en plural y otras en singular; estima que la t3cnica quir3rgica utilizada no fue la correcta sino que debió utilizarse otra menos invasiva y arriesgada (embolizaci3n) y que el clip no fue bien colocado y, finalmente, manifiesta que no entendi3 el contenido del consentimiento informado que firm3 y que no recibió informaci3n sobre otras t3cnicas.

Cuantifica la indemnizaci3n que solicita en la cantidad de 460.000 euros.

## II

1. La reclamaci3n fue presentada por S.M.F., quien ostenta la condici3n de interesada al pretender el resarcimiento de un da3o cuyo origen imputa a la asistencia sanitaria que le fue prestada por el Servicio Canario de la Salud.

Se cumple por otra parte la legitimaci3n pasiva de la Administraci3n auton3mica, actuando mediante el mencionado Servicio, titular de la prestaci3n del servicio p3blico a cuyo funcionamiento se vincula el da3o.

La reclamaci3n fue presentada el 7 de julio de 2008, en relaci3n con la intervenci3n quir3rgica practicada el 27 de junio de 2006, si bien ha recibido tratamiento rehabilitador hasta el 22 de junio de 2007, continuando con posterioridad en centro privado y no es hasta el 14 de enero de 2008 cuando se indica en la historia cl3nica que la paciente permanece estable de su d3ficit motor. Teniendo en cuenta esta 3ltima fecha, procede considerar que la solicitud indemnizatoria no puede ser calificada de extempor3nea, al no haber transcurrido el plazo de un a3o que al efecto prevé el art. 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de

noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-LPAC).

El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin a este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

La Resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

2. Por lo que se refiere a la tramitación del procedimiento, constan las siguientes actuaciones:

La reclamación fue presentada el 7 de julio de 2008 en el Registro auxiliar de la Secretaría General Técnica de la Consejería de Sanidad, con entrada ese mismo día en el Registro General del Servicio Canario de la Salud, iniciándose en esta fecha el procedimiento.

El 5 de agosto de 2008 se remite escrito a la interesada en el que se le comunica el número de expediente, plazo de resolución del procedimiento y efectos del silencio administrativo. Se le requiere además para que proceda a la subsanación de su solicitud mediante la aportación de su DNI, proposición de pruebas de las que pretenda valerse y autorización expresa de acceso a los datos obrantes en su historia clínica por los profesionales que por razón de sus funciones tengan acceso a ella durante la tramitación del procedimiento. La reclamante da cumplimiento a este requerimiento con fecha 22 de agosto de 2008, dentro del plazo concedido al efecto.

El 28 de agosto de 2008 se requiere al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) a los efectos de que informe acerca de la posible prescripción de la acción indemnizatoria, teniendo en cuenta los daños por los que se reclama y la fecha de determinación de los mismos. En informe emitido con fecha 3 de marzo de 2009 se indica que la paciente ha estado sometida a rehabilitación, al menos hasta el 22 de junio de 2007, constando anotación clínica de fecha 14 de enero de 2008 en la que se

indica que permanece estable de su déficit motor y que está haciendo rehabilitación en centro privado.

El 4 de marzo de 2009 se dicta Resolución por la que se admite a trámite la reclamación, se ordena el inicio del procedimiento y se comunica a la interesada que con la misma fecha se solicita a través del SIP el informe del Servicio cuyo funcionamiento ha causado la presunta lesión indemnizable, con suspensión del plazo máximo legal para resolver el procedimiento hasta la recepción del referido informe y, en todo caso, por un plazo máximo de tres meses. Esta Resolución fue notificada el día 10 del mismo mes y año.

El 6 de marzo de 2009 se emite el informe del SIP, en el que se estima que la asistencia sanitaria prestada a la reclamante fue apropiada a la patología presentada, ajustándose en todo momento a la *lex artis*. Se adjunta a este informe copia de la historia clínica de la paciente en el Hospital Universitario Ntra. Sra. de La Candelaria y en el correspondiente Centro de Salud, así como el informe del Jefe de Servicio de Neurocirugía del citado Centro hospitalario.

El 8 de marzo de 2009 se remite el expediente a la Dirección Gerencia del Hospital Universitario Ntra. Sra. de La Candelaria a los efectos de que continúe su tramitación, en virtud de la delegación de competencias operada por la Resolución de 22 de abril de 2004.

Con fecha 23 de marzo de 2009 se adopta acuerdo probatorio en el que se declara la pertinencia de las pruebas propuestas por la interesada y por la Administración, si bien, dado que todas ellas se encuentran incorporadas al expediente, se declara concluido el trámite.

Este Acuerdo es notificado a la reclamante, quien en fecha 1 de abril de 2009 manifiesta que en su momento había ofrecido aportar como prueba documental el dictamen de la Junta Médica relativo a su grado de minusvalía, aún no emitido, y que se aportará una vez en su poder.

El 29 de mayo de 2009 se acuerda la apertura del trámite de audiencia, que fue notificado el siguiente día 3 de junio, presentando alegaciones la interesada con fecha 2 de julio de 2009. En su escrito rebate las afirmaciones vertidas por el Jefe de Servicio de Neurocirugía en el curso de este procedimiento y solicita un nuevo informe médico de neurocirujano independiente a designar por la Administración. Resalta además que la historia clínica obrante en el expediente no se encuentra completa.

Con posterioridad, mediante fax remitido con fecha 9 de julio de 2009, la interesada aporta copia de la Resolución de la Directora General de Bienestar Social sobre reconocimiento de grado de discapacidad, así como del correspondiente certificado y del Dictamen Técnico Facultativo emitido por el Equipo de Valoración y Orientación. De esta documentación resulta que a la reclamante se le ha reconocido un grado de discapacidad del 85%.

Consta seguidamente la comparecencia de representante de la interesada el 24 de agosto de 2009, al objeto de cumplimentar nuevo trámite de audiencia a fin de hacerle entrega de las hojas que, según sus alegaciones no constaban en la documentación. En este mismo acto se le hizo entrega, además, de copia de la historia clínica actualizada al día de la fecha.

El 7 de septiembre de 2009 se elabora informe-Propuesta de Resolución de carácter desestimatorio por la Dirección-Gerencia del Hospital Universitario Ntra. Sra. de La Candelaria, remitiéndose al día siguiente el expediente completo a la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud.

Con fecha 16 de octubre de 2009 se elabora por este órgano la Propuesta de Resolución, solicitándose posteriormente el informe del Servicio Jurídico. Este informe, que se emite el 27 de octubre de 2009, estima conforme a Derecho la desestimación de la reclamación que se propone.

Finalmente, el 20 de enero de 2010 se elabora la definitiva Propuesta de Resolución, igualmente de carácter desestimatorio, y se recaba el Dictamen de este Consejo.

3. A la vista de las actuaciones practicadas se considera que se han observado los trámites legal y reglamentariamente previstos. No obstante, no se ha resuelto el procedimiento dentro del plazo de seis meses legalmente establecido. La demora producida, sin embargo, no impide la resolución del procedimiento, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 42.1 y 43.4.b) LRJAP-PAC.

4. En sesión celebrada el 11 de marzo de 2010, la Sección I de este Consejo acordó la solicitud de emisión de informe complementario por parte del Jefe de Servicio de Neurocirugía del Centro hospitalario que atendió a la reclamante, con ampliación del plazo de emisión del Dictamen. La documentación solicitada ha tenido entrada en este Organismo con fecha 16 de abril de 2010.

### III

1. Por lo que se refiere al fondo del asunto, de la documentación obrante en el expediente se deriva la siguiente secuencia de hechos, tal como constan en el informe del SIP:

La reclamante acude al Servicio de Urgencias del Hospital Ntra. Sra. de La Candelaria el 10 de mayo de 2006 por cefalea y diplopía con afectación del VI par, donde una vez valorada se decide su ingreso en la planta de hospitalización de Neurología.

Durante este ingreso se practican diversas pruebas y valoraciones por especialistas (analíticas, punción lumbar con citología, TAC craneal, Doppler, resonancia magnética con y sin contraste, angiotac, arteriografías, potenciales evocados y estudio neurofisiológico, valoración oftalmológica, ginecológica y por neurocirugía).

Es diagnosticada de Síndrome de Tolosa-Hunt por los neurólogos, patología consistente en un proceso inflamatorio crónico inespecífico en el seno cavernoso o fisura orbitaria superior que se caracteriza por dolor periorbitario unilateral y parálisis de pares craneales. Se pauta tratamiento y controles.

En el curso de las pruebas practicadas se observa además la presencia de aneurismas, por lo que se cursa interconsulta al Servicio de Neurocirugía, en el que se estima que, teniendo en consideración la localización y características angioarquitecturales de ambos aneurismas resulta adecuado proponer tratamiento quirúrgico del aneurisma de la bifurcación carotídea y en un segundo tiempo embolización del aneurisma paraclinoideo.

El 12 de junio de 2006 se traslada a la paciente a la planta de Neurocirugía, a fin de completar estudios y decidir finalmente la opción terapéutica, decidiéndose la intervención quirúrgica en el sentido antes señalado.

La intervención se llevó a cabo, previa firma de los consentimientos informados para la misma y para la anestesia, el 27 de junio de 2006, practicándose craneotomía y clipaje del aneurisma. Durante el procedimiento de canalización de vías, por parte del anestesista se manuscrite: "al final de la intervención se objetiva la presencia de líquido que se drena a través de tubo torácico", lo que supone que se produjo un neumotórax, que fue resuelto.

Se practicó además angiografía intraoperatoria postquirúrgica que confirmó el buen resultado de la operación (exclusión del aneurisma y correcta colocación del clip).

La paciente pasó seguidamente a reanimación postquirúrgica hasta la mañana del 29 de junio de 2006, regresando a planta ese día sin incidencias destacables, con evolución favorable, hasta que a las 21:00 horas del día 4 de julio presenta hemiparesia izquierda que le imposibilita la deambulaci3n. Se solicita TAC urgente que objetiva, entre otras circunstancias, patologí3a isquémica aguda, por lo que se inicia terapia hiperdinámica a fin de revertir los sntomas por vasoespasmo. Es trasladada a la UCI y a pesar de todas las medidas emprendidas se produce lesi3n isquémica con infarto agudo del territorio de la arteria cerebral media derecha.

El 8 de julio de 2006 es trasladada nuevamente a planta de neurocirugía, inicia rehabilitaci3n y se efectúan nuevas pruebas diagn3sticas hasta el 18 de agosto de 2006, en que causa alta hospitalaria.

Acude a sucesivas revisiones de control en octubre de 2006, febrero y diciembre de 2007 y enero de 2008.

La situaci3n actual de la paciente es de hemiparesia izquierda.

2. Durante la instrucci3n del procedimiento se emiti3 informe por parte del Jefe de Servicio de Neurocirugía del Centro hospitalario donde fue intervenida la paciente, así como el ya señalado del SIP.

A. El Jefe de Servicio de Neurocirugía informa:

La paciente había sido diagnosticada de dos procesos patológicos intracraneales independientes entre sí. Por una parte, la paciente había sido diagnosticada de un Síndrome de Tolosa-Hunt en tratamiento por el Servicio de Neurología y al realizar las pruebas de imagen oportunas fue diagnosticada de aneurismas cerebrales múltiples no directamente relacionados con la patologí3a que motiv3 el estudio.

En las semanas previas al diagnóstico la paciente presentaba cefalea, que puede constituir un sntoma de alerta que advierta de la posible ruptura de un aneurisma incidental. Por otra parte, el síndrome de Tolosa-Hunt no contraindica el tratamiento quirúrgico de un aneurisma cerebral; es por ello por lo que se decidi3 proponer tratamiento precoz de las lesiones vasculares observadas.

En relación a las opciones terapéuticas se discutieron con la paciente las diferentes alternativas y se optó por aquella que se consideró más apropiada a su caso, atendiendo a la localización y características angio-arquitecturales del aneurisma a tratar.

El procedimiento quirúrgico realizado cursó sin ninguna eventualidad. Como hallazgo quirúrgico, únicamente llamó la atención que la paciente presentaba un diámetro carotídeo en la región supraclinoidea inferior al habitual (carótida supraclinoidea de aspecto filiforme tal como se describe en el "report" quirúrgico). Desde el punto de vista anestésico la paciente presentó un neumotórax sin repercusión hemodinámica y que se resolvió favorablemente con un drenaje pleural. No existió impresión subjetiva de mal-posición del clip en el acto quirúrgico.

La paciente experimentó una evolución neurológica en el postoperatorio muy favorable, encontrándose en la semana posterior a la realización de dicho procedimiento sin síntomas neurológicos añadidos. Su nivel de conciencia era óptimo y no existía déficit de movilidad en extremidades superiores o inferiores. Esta respuesta favorable desde el punto de vista neurológico en la etapa inicial descarta una mal-posición del clip, ya que una oclusión vascular secundaria a la incorporación de una arteria por un clip mal posicionado provoca un daño neurológico que es evidente en el inmediato postoperatorio. Por otra parte, se realizó una angiografía postquirúrgica en la cual se descartó una mala posición del clip y una correcta exclusión del aneurisma tratado.

En relación a la afirmación de la reclamante según la cual el cirujano que la operó reconocía que se había equivocado y que el clip no fue ajustado debidamente, manifiesta que no es cierta y supone que puede justificarse por una mala interpretación de la información médica transmitida. Por otra parte, la paciente en su reclamación confunde el tratamiento del Síndrome de Tolosa-Hunt con el tratamiento de su patología vascular (aneurisma cerebral).

En cuanto a las opciones terapéuticas planteadas para el tratamiento del aneurisma cerebral, reitera que se le ofreció el tratamiento que se consideró más apropiado dadas las características del caso, sin que haya dejado de informarse a la paciente de las alternativas posibles incluyendo el no tratamiento o el tratamiento endovascular, tal como consta en el consentimiento informado. Considera que el tratamiento elegido fue el correcto, el desarrollo del procedimiento terapéutico fue adecuado sin experimentar eventualidad intraoperatoria relevante. Presentó una complicación anestésica sin repercusión hemodinámica y resuelta favorablemente

por el Servicio de anestesia. La favorable evolución inmediata postoperatoria en la primera semana confirma que la actuación quirúrgica fue correcta.

La paciente presentó un vasoespasmo tardío de la carótida supraclinoidea refractario al tratamiento aplicado, provocando una lesión isquémica con las correspondientes secuelas funcionales.

**B.** El informe del SIP, tras determinar los antecedentes relevantes en la forma ya señalada, indica que en el vasoespasmo se produce un estrechamiento segmentario o difuso de la luz de una o más arterias cerebrales principales, en el que un factor de riesgo importante parece ser que es el tabaco por causar alteraciones en la funcionalidad del endotelio de los vasos. La causa del vasoespasmo es desconocida y probablemente multifactorial.

En cuanto a sus efectos, indica que esta oclusión repentina de un vaso intracraneal reduce la corriente sanguínea en la región encefálica que el vaso irriga. Las consecuencias del riesgo reducido dependen de la circulación colateral, que a su vez está sujeta a la anatomía vascular de cada persona y al sitio de la oclusión. La ausencia completa de circulación cerebral origina la muerte del tejido encefálico y si existe una disminución de la circulación aparece isquemia sin infarto, a menos que se prolongue durante varias horas o días. Si la corriente sanguínea se reanuda antes de que haya muerto un gran número de células, el individuo experimenta únicamente síntomas transitorios, que son recuperables.

Señala finalmente que la terapia hiperdinámica tiene como fin revertir la disminución del calibre de los vasos, prevenir o revertir la isquemia y proteger al cerebro de los efectos de la isquemia (infarto).

Por lo que se refiere a la asistencia sanitaria prestada a la reclamante, alcanza las siguientes conclusiones:

Consta documentalmente que existió una supervisión constante y adecuada durante su estancia en el Hospital Universitario Ntra. Sra. de La Candelaria y que, a pesar de la misma, surgen circunstancias no deseadas.

En el proceso asistencial se han aplicado los medios necesarios para el diagnóstico y tratamiento. Se utilizaron los medios que la clínica de la paciente exigía. Cuando presentó sintomatología específica en el seguimiento continuado se aplicó el tratamiento necesario.

En los documentos de consentimiento informado firmados por la reclamante constan detallados los riesgos y alternativas terapéuticas, concurriendo además la circunstancia de que la reclamante, en ningún momento, ha sido ajena ni a la trascendencia de la intervención quirúrgica que se le practicó ni a las consecuencias que se habrían de derivar de la misma. En dicho documento se informa a la paciente de las características de la intervención que se le iba a realizar, lo que ha de entenderse suficiente para dar cumplimiento a las exigencias legales, y evidencia, por una parte, que la actuación médica sanitaria por lo que se refiere a este aspecto de la información fue adecuada a la *lex artis ad hoc*, y de otra que la reclamante, mediante acto de voluntad libre, específico e informado, consintió la intervención quirúrgica a la que iba a ser sometida, así como las consecuencias que de ella se derivaran.

En ninguna de las pruebas diagnósticas consta la mala posición de clips.

De todo ello se concluye que la práctica de los profesionales fue apropiada a la patología presentada, sin que se deduzca ninguna carencia o defecto, por lo que se ha seguido el criterio de la *lex artis*.

## IV

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación presentada al considerar que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración. De acuerdo con lo expresado en sus Fundamentos, el Servicio que atendió a la paciente actuó en todo momento conforme a la *lex artis*, practicándosele todas aquellas pruebas que se consideraron oportunas y llevando a cabo la intervención quirúrgica adecuada. Se prestó además a la paciente la información relativa a la citada intervención y a los posibles riesgos que conllevaba, firmando el documento de consentimiento informado. Se considera por todo ello que el daño sufrido no puede ser considerado antijurídico.

2. El análisis de la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución requiere tratar separadamente las dos cuestiones que en la misma se suscitan y que vienen constituidas, por una parte, por la efectiva adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis* en cuanto a los tratamientos y técnicas empleadas y, por otra, por las consecuencias que en orden a la exigencia de responsabilidad patrimonial de la Administración presenta el hecho de que el paciente haya prestado su consentimiento informado a la intervención practicada.

Como acaba de señalarse, la Propuesta de Resolución sostiene que el acto médico realizado fue correcto, tanto en lo que se refiere al diagnóstico de la enfermedad como en relación con la técnica empleada, ya que ésta resultaba indicada dada su patología, sin que se haya acreditado por otra parte que su práctica no lo fuera en las debidas condiciones.

Esta afirmación puede considerarse justificada a la vista de la documentación y de los informes obrantes en el expediente. De lo actuado en el expediente resulta que la paciente ingresó el 11 de mayo de 2006 en la planta de Neurología del Hospital Ntra. Sra. de La Candelaria por presentar visión doble en la mirada lateral derecha, con dolor retro-ocular muy intenso que no respondía bien a la analgesia y acompañándose de inyección conjuntival y fotofobia. Tras la realización de las pruebas pertinentes fue diagnosticada de síndrome de Tolosa-Hunt, recibiendo el tratamiento adecuado para esta patología.

Con ocasión de las pruebas diagnósticas realizadas, se le detectó además la presencia de dos aneurismas intracraneales. De acuerdo con el resultado de la arteriografía practicada, la paciente presentaba un aneurisma en trifurcación carótida-arteria cerebral media-arteria cerebral anterior derechas, de 11x15 mm aproximadamente, así como aneurisma más pequeño (aproximadamente 7 mm) de localización paraclinoidea.

La paciente padeció, pues, dos enfermedades diferentes, diagnosticadas cada una de ellas mediante las pertinentes pruebas. Así lo indica el Jefe del Servicio de Neurocirugía, al señalar que había sido diagnosticada de dos procesos patológicos intracraneales independientes entre sí, el síndrome de Tolosa-Hunt, que fue tratado por el Servicio de Neurología, y los aneurismas cerebrales múltiples, patología ésta no directamente relacionada con la que motivó inicialmente el estudio. No se produjo pues, en contra de lo que afirma la reclamante, un error en el diagnóstico de su enfermedad.

Resulta, por otra parte de la historia clínica, que a la paciente se le detectó la presencia de dos aneurismas (de la bifurcación carotídea y aneurisma paraclinoideo), constando además en anotación realizada el día 8 de junio por neurocirujano que, en su opinión y teniendo en consideración la localización y características angioarquitecturales de ambos aneurismas, cree adecuado proponer tratamiento quirúrgico del aneurisma de la bifurcación carotídea y en un segundo tiempo embolización del aneurisma paraclinoideo. De la documentación obrante en el

expediente resulta, pues, con claridad que no se produjo confusión alguna acerca de la presencia de dos aneurismas.

Por lo que se refiere al tratamiento practicado y en concreto a la opción quirúrgica en relación con el aneurisma de la bifurcación carotídea, consta en la historia clínica que la paciente fue trasladada al Servicio de Neurocirugía el día 12 de junio, anotándose al día siguiente que se decidiría en sesión clínica el tratamiento más idóneo.

La intervención quirúrgica (craneotomía y clipaje del aneurisma) fue practicada el día 27 de junio, sufriendo la paciente como complicación un neumotórax, del que se recuperó sin incidencias y que no guarda relación alguna con el motivo por el que se reclama.

De los informes obrantes en el expediente resulta tanto la idoneidad de la técnica elegida como la corrección de su práctica. En cuanto al primer aspecto, la opción por la craneotomía y posterior clipaje estuvo motivada por la localización y características angio-arquitecturales del aneurisma a tratar, lo que evidencia que en el tratamiento a seguir se valoraron las concretas características de la patología presentada por la reclamante y se aplicó aquella técnica que se consideró idónea para tratar de conseguir la curación de la enfermedad. La técnica quirúrgica, por otra parte, fue correctamente practicada, pues, según consta en los informes emitidos, se realizó una angiografía postquirúrgica en la cual se descartó una mala posición del clip y una correcta exclusión del aneurisma tratado.

De los datos obrantes en el expediente resulta la adecuación a la *lex artis* tanto en lo que se refiere al diagnóstico de la enfermedad, como a la concreta opción terapéutica y su práctica, lo que excluye la responsabilidad patrimonial de la Administración por el funcionamiento del servicio público de sanidad por estos motivos.

3. En el expediente resulta igualmente acreditado que la paciente sufrió ocho días después de la intervención quirúrgica un vasoespasmó de la carótida supraclinoidea que provocó una lesión isquémica, con las correspondientes secuelas funcionales.

4. En la solicitud de informe complementario acordada por la Sección I de este Consejo, se requirió precisamente un pronunciamiento por parte del Jefe de Servicio de Neurocirugía acerca de la conexión del vasoespasmó sufrido con la intervención quirúrgica practicada. En este informe se indica que la cirugía del aneurisma cerebral

se asocia a un riesgo de vasoespasmó, que constituye una complicación nunca previsible o prevenible. Manifiesta además que el riesgo de que efectivamente se produzca será mayor o menor según las características de cada caso y que se consideró bajo en esta ocasión, aunque no inexistente, al tratarse de un aneurisma cerebral no roto.

Sostiene, sin embargo, que en el caso de la reclamante puede descartarse que se produjera una oclusión vascular en el acto quirúrgico por varias razones: en primer lugar porque no se tuvo constancia de ello durante el procedimiento terapéutico (la carótida y sus ramas se observaron permeables tras el clipaje aneurismático) y la paciente despertó tras el procedimiento quirúrgico sin ningún déficit neurológico añadido, permaneciendo en perfecta situación clínica durante los ocho días posteriores al procedimiento (si hubiese existido una oclusión vascular durante el acto operatorio la paciente debería haber sufrido el deterioro neurológico en el inmediato postoperatorio) y en tercer lugar por la aludida razón de que la arteriografía que se realizó después de la intervención demostró una correcta colocación del clip quirúrgico. En relación a su estado en estos días posteriores, se ha acreditado además en el expediente, a través del informe inicialmente emitido por este mismo Servicio, que la paciente experimentó una evolución neurológica en el postoperatorio muy favorable, encontrándose en la semana posterior a la realización de dicho procedimiento sin síntomas neurológicos añadidos, con un óptimo nivel de conciencia y sin déficit de movilidad en extremidades superiores o inferiores. Esta respuesta favorable desde el punto de vista neurológico en la etapa inicial descarta también, según se indica, una mala posición del clip, ya que una oclusión vascular secundaria a la incorporación de una arteria por un clip mal posicionado provoca un daño neurológico que es evidente en el inmediato postoperatorio.

Descartada en estos términos la posibilidad de que el vasoespasmó fuera un riesgo propio de la intervención que se materializó en la reclamante, el Jefe de Servicio de Neurocirugía informa, también a solicitud de este Consejo, en cuanto a las posibles causas que pudieron provocarlo ajenas a la cirugía. Si bien no ofrece una causa cierta, sí indica que la paciente había sido diagnosticada, además del aneurisma cerebral tratado, de un síndrome de Tolosa-Hunt, demostrando los estudios de imagen practicados la presencia de una lesión de naturaleza inflamatoria y de origen desconocido en el seno cavernoso y por tanto en continuidad con la arteria carótida que debe atravesar su trayecto en esta estructura, aunque resulta

imposible determinar si este hecho pudo contribuir a la isquemia que la paciente sufrió posteriormente.

De acuerdo con estos informes del Servicio de Neurocirugía, el vasoespasma sufrido no supuso la concreción de un riesgo propio de la intervención, lo que lleva a concluir que no existe relación de causalidad alguna entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño por el que se reclama, al no derivar de la intervención quirúrgica practicada.

5. La reclamante alega, por otra parte, que no fue adecuadamente informada de las posibles opciones terapéuticas ni de sus riesgos, por lo que no se encontraba en condiciones de decidir sobre el tratamiento de la patología que presentaba.

En relación con esta cuestión procede señalar, en primer lugar, que la prestación o no del consentimiento informado en las debidas condiciones carece en el presente caso de la trascendencia que pretende la interesada a los efectos de declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración, ya que el vasoespasma sufrido y sus posteriores secuelas no fueron consecuencia de la asistencia sanitaria prestada, en los términos ya señalados.

En contra de lo que señala la reclamante, en el presente caso consta acreditado que, tal como se anotó en la historia clínica, el 5 de junio se le explicó su patología y el posible manejo, con previsión de cursar interconsulta a Neurocirugía.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, de sentido desestimatorio, se considera ajustada a Derecho según se razona en el Fundamento IV.