

Dictamen Núm. 124/2026

V O C A L E S :

Baquero Sánchez, Pablo
Presidente
Díaz García, Elena
Menéndez García, María Yovana
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Santiago González, Iván de

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 4 de junio de 2026, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 17 de abril de 2026 -registrada de entrada el día 22 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños sufridos con ocasión de la embolización de un aneurisma cerebral por el servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El 27 de marzo de 2025 se presenta en el Registro Electrónico del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial, suscrita por la perjudicada y dirigida a la Consejería de Salud, por los daños sufridos “con ocasión del tratamiento recibido del aneurisma cerebral diagnosticado de forma incidental en el ingreso previo por ictus de (arteria cerebral media) derecho”.

Refiere que el 13 de septiembre de 2023 fue intervenida del aneurisma “por tratamiento endovascular con coils y stent que le provocó una hemiparesia

derecha de predominio braquial con encefalopatía poscontraste y lesión isquémica subaguda en el territorio profundo de la arteria cerebral media izquierda”. Afirma que tales daños son “probablemente” fruto de “una mala o deficiente manipulación de los catéteres o por la administración de material embolizante durante el procedimiento”.

Reprocha al servicio público, por otra parte, “la falta de consentimiento informado al no haberme proporcionado suficiente información sobre la relación riesgo beneficio del proceso”, pues acudió “sola a la consulta” y no fue informada de “forma suficiente, comprensiva y adecuada a (sus) necesidades, de la técnica o proceso médico a realizar”, lo que considera constitutivo de “mala praxis”.

Entiende que un “tratamiento endovascular realizado conforme a la *lex artis* debe conducir a la embolización (...) del aneurisma (...), pero nunca puede resultar la paciente paralizada y sin control del habla” y precisa, en cuanto a los daños sufridos, que estuvo “hasta diciembre del 2024 con la mitad del cuerpo paralizado con problemas de habla y sin poder desarrollar una vida normal precisando del auxilio de una tercera persona para las tareas más elementales de la vida” y continúa relatando que, tras el proceso rehabilitador, “la evolución ha sido favorable, aunque muy limitada a nivel braquial, pese a la buena implicación en las terapias. El lenguaje se ha ido normalizando, persiste la hipoestesia y la inestabilidad en la rodilla y la paciente camina con muleta y ayuda y vigilancia de una tercera persona, siendo dependiente para vestirse en la parte inferior de su cuerpo y necesitando auxilio para su aseo personal, baño, transferencias, marchas y escaleras”, habiéndosele reconocido un grado de discapacidad del “78 % y un baremo de movilidad del 55,0”.

Por los perjuicios sufridos solicita una indemnización de ciento cincuenta mil euros (150.000 €), “más intereses legales desde la fecha de la reclamación administrativa”.

Adjunta la resolución de reconocimiento del grado de discapacidad y diversa documentación médica relativa al proceso asistencial por el que reclama.

2. Mediante oficio de 8 de abril de 2025, la Jefa de Sección de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la interesada la fecha de recepción de la reclamación, la designación del Instructor del procedimiento con indicación del régimen de recusación, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará, el plazo máximo establecido para la resolución del mismo y los efectos del eventual silencio administrativo.

3. Atendiendo a la solicitud formulada por el Instructor del procedimiento, el día 16 de mayo de 2025 la responsable del Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria remite una copia de la historia clínica de la paciente junto con el informe librado el día 15 del mismo mes por el Jefe del Servicio de Radiodiagnóstico y el Responsable de Neurorradiología Intervencionista del Hospital, en el que se expresa que "se realizó todo el proceso de diagnóstico y de tratamiento del aneurisma cerebral siguiendo los protocolos habituales incluyendo la valoración del aneurisma cerebral y su riesgo así como la mejor opción terapéutica en una sesión clínica multidisciplinar (...). Una vez que se decidió que la mejor opción para la paciente era el cierre del aneurisma por vía endovascular, se citó a la misma en consultas de Neurorradiología donde se explicaron los riesgos y beneficios de la intervención tal y como se describe en el informe de la consulta. Posteriormente la paciente firmó la hoja de consentimiento informado que está digitalizada en su historia clínica. En ningún momento se recibió en nuestro servicio ninguna llamada o visita por parte de la paciente o alguno de sus familiares expresando dudas acerca de la intervención./ Se programó para la misma de forma telefónica y con antelación y acudió al ingreso el día previo conocedora de que

se intervendría al día siguiente. Tampoco figura en su historia clínica que haya transmitido alguna duda o recelo hacia la intervención durante esa tarde/noche de ingreso ni en la entrada al quirófano antes de ser anestesiada./ Las complicaciones durante estas intervenciones son poco habituales pero sí posibles tal y como se indica en la hoja de consentimiento informado, pudiendo afectar, si se producen, a la movilidad del cuerpo y al habla entre otros. La intervención también se realizó siguiendo los protocolos y controles habituales y se utilizó la cantidad de contraste necesaria para garantizar el buen resultado de la misma”.

4. A continuación, obran en el expediente sendos informes periciales emitidos a instancias de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias, uno librado por un especialista en Radiodiagnóstico y Diagnóstico por Imagen, con fecha 25 de octubre de 2025, y otro emitido por un especialista en Neurología y Neurofisiología Clínica, el día 8 de enero de 2026. En el primero de ellos explica su autor que el riesgo de rotura de los aneurismas “aumenta significativamente cuando el tamaño es ≥ 7 mm, morfología irregular o localización en arterias del polígono de Willis, como en este caso” y que “los protocolos terapéuticos actuales (...) recomiendan el tratamiento preventivo de aneurismas ≥ 7 mm, sintomáticos o con características morfológicas de riesgo. El tratamiento endovascular se considera el procedimiento de elección en la mayoría de los casos por su menor invasividad y elevada tasa de éxito técnico, relegando la cirugía de clipado a situaciones anatómicas desfavorables o casos seleccionados”. Según refiere, en el caso de que se trata la paciente “presentaba una constelación de factores de riesgo cardiovasculares mayores (HTA, dislipemia, obesidad, apnea del sueño y exfumadora de 40 años de evolución), todos ellos implicados en el desarrollo de enfermedad ateromatosa difusa y disfunción endotelial./ Asimismo, existía un antecedente de accidente isquémico transitorio (AIT) en territorio contralateral, lo que demuestra una susceptibilidad cerebrovascular previa y una reserva circulatoria disminuida./ En

tales pacientes, cualquier manipulación endovascular, incluso con técnica perfecta, puede desencadenar fenómenos microisquémicos o vasoespásticos por hiperreactividad endotelial o por liberación de mediadores inflamatorios locales”. Afirma que “la aparición de un déficit en territorio lentículo-estriado profundo inmediatamente tras el procedimiento, con recuperación progresiva y lesiones isquémicas menores residuales, es un hallazgo compatible con un evento isquémico periprocedimiento, considerado complicación esperable dentro del rango descrito en la literatura” y señala que “el hecho de que el procedimiento se realizara sin incidencias técnicas y dentro de los márgenes aceptados, y que la complicación fuese autolimitada y de recuperación casi completa, avala la corrección de la praxis médica”. Señala que “la reacción presentada en el posoperatorio inmediato puede atribuirse a una isquemia o toxicidad por contraste transitoria, con evolución favorable, lo cual es compatible con una complicación conocida, imprevisible y no evitable con la técnica disponible”. Señala que los hallazgos de los TC realizados en el posoperatorio “sugieren posible micro espasmo/microembolización en territorios muy profundos con vasos de pequeño calibre de la (arteria cerebral media) izquierda, que no pueden ser atribuibles a una mala praxis durante el procedimiento intervencionista. No olvidemos que la paciente presentó un episodio similar en el territorio contralateral sin intervención médica de por medio”. Destaca que “la paciente fue correctamente informada de la naturaleza del procedimiento y de sus riesgos inherentes” pues “firmó el consentimiento informado específico, que recogía los posibles riesgos tromboembólicos, isquémicos, hemorrágicos y los relacionados con el contraste” sin que conste “manifestación de duda ni reclamación previa por parte de la paciente o familiares respecto al procedimiento, lo cual avala la comprensión y aceptación del mismo”. Finalmente concluye que “el procedimiento se realizó conforme a los protocolos de práctica clínica habituales, por personal especializado, con técnica adecuada y sin incidencias operatorias registradas” y “la paciente experimentó recuperación funcional adecuada a fecha diciembre de 2023,

manteniendo independencia para gran parte de las actividades de la vida diaria, lo cual confirma componente de reversibilidad del episodio y una adecuada atención posoperatoria” sin que se evidencien “indicios de mala praxis” en el proceso quirúrgico, siendo las incidencias surgidas “inherentes al procedimiento”.

En el segundo de los informes expresa su autor que “todos los aneurismas cerebrales tienen un riesgo potencial de ruptura y pueden causar un sangrado dentro del cerebro” y señala que “la mayoría (...) no muestran síntomas hasta que son muy grandes o se rompen provocando una hemorragia subaracnoidea (...), situación muy grave de gran riesgo vital”. Refiere que “para prevenir su rotura o los resangrados aneurismáticos se cuenta con dos tratamientos” que son “la embolización endovascular” y “la cirugía”, siendo el primero de ellos el de elección en Europa dadas sus ventajas comparativas frente al segundo. Con todo, la técnica presenta ciertas complicaciones como el “vasoespasma cerebral” que puede “causar un ictus isquémico” y la “encefalopatía poscontraste”. En cuanto al análisis del caso de que se trata indica que “la aparición de una focalidad neurológica inmediatamente tras el procedimiento con contraste endovascular es un hallazgo compatible con una encefalopatía inducida poscontraste que genera en su evolución una lesión isquémica permanente en territorio de la arteria cerebral media izquierda. Aunque es una complicación poco frecuente, la encefalopatía inducida poscontraste está descrita en la literatura, sus factores de riesgo son el sexo femenino, estar sometida a un procedimiento con el uso de contraste en circulación cerebral, hipertensión, diabetes mellitus, insuficiencia renal, reacción previa a contrastes e hiperlipemia. Además, cualquier manipulación endovascular, incluso con la mayor pericia médica, puede desencadenar fenómenos microisquémicos o un vasoespasma, por mecanismos de hiperreactividad endotelial, por liberación de mediadores inflamatorios locales, por la propia osmolaridad del contraste y su toxicidad directa sobre el tejido cerebral, junto con un aumento de la permeabilidad de la barrera

hematoencefálica, generando la consiguiente hipoperfusión cerebral./ En el consentimiento informado entregado a la paciente aparecen correctamente expuestos estos riesgos de desarrollar fenómenos tromboembólicos, isquémicos y hemorrágicos, así como los relacionados con el contraste en el procedimiento de embolización cerebral que precisó la paciente, siendo correctamente informada de la naturaleza del procedimiento y de sus riesgos inherentes, que asumió al firmarlo./ La paciente poseía múltiples factores de riesgo que la hacían más susceptibles a desarrollar una encefalopatía inducida poscontraste, añadiéndose, no solo los ya descritos de riesgo cardiovascular, sino el propio antecedentes del ictus previo en la zona contralateral. Lo que convertía el territorio vascular cerebral en un tejido dominado por una enfermedad ateromatosa difusa caracterizado por una disfunción endotelial y de flujos cerebrales con una reserva circulatoria disminuida./ Puesto que el procedimiento se realizó sin incidencias técnicas y con la debida indicación y corrección médica, la complicación neurológica presentada debe considerarse una consecuencia inherente al riesgo basal del paciente y no derivada de error técnico o de una falta de diligencia” sin que se evidencien “indicios de mala praxis”.

5. Mediante oficio notificado a la reclamante el 12 de febrero de 2026, la Instructora del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una copia de los documentos obrantes en el expediente.

El día 3 de marzo de 2026 se recibe en el Registro Electrónico del Principado de Asturias un escrito de alegaciones en el que manifiesta, en primer lugar, que “el informe médico incorporado al expediente presenta conclusiones valorativas sin sustento técnico suficiente, incurriendo en:/ 1. Uso de expresiones genéricas y subjetivas (‘actuación correcta’, ‘evolución normal’) sin análisis detallado y cronológico de los hechos clínicos./ 2. Omisión de análisis respecto a la no realización inmediata de prueba de imagen (TC) ante la

aparición de sintomatología neurológica compatible con hemiparesia./ Ello compromete la exigencia de objetividad y rigor técnico que debe presidir cualquier informe pericial en procedimiento administrativo”. En segundo lugar señala que “la lesión neurológica sufrida no constituye una complicación inevitable del procedimiento inicial, sino que trae causa directa de una actuación posterior derivada de una deficiencia técnica previa./ Conforme consta en la documentación clínica:/ 1. Durante la primera intervención no se procedió a la retirada completa del material trombótico, quedando un coágulo residual./ 2. Esta circunstancia obligó a realizar una nueva intervención con la finalidad de proceder a su extracción y/o embolización./ 3. Es precisamente en el curso de esta segunda actuación cuando se produce el evento isquémico que determina la hemiplejia definitiva./ Desde el punto de vista técnico-médico, el daño neurológico puede explicarse por:/ a) Manipulación inadecuada o técnicamente deficiente de los catéteres intravasculares durante la reintervención, con posible desplazamiento trombótico o lesión de pared vascular./ b) Liberación o administración de material embolizante con afectación no deseada de territorio arterial cerebral./ c) Falta de comprobación exhaustiva de la permeabilidad vascular tras la primera intervención, generando la necesidad de reintervenir y aumentando el riesgo iatrogénico”. Afirma que “existe una relación temporal directa e inmediata entre la reintervención quirúrgica practicada para resolver el coágulo no retirado y la aparición del déficit neurológico grave, lo que refuerza la existencia de nexo causal entre la actuación sanitaria y el resultado lesivo” con lo que el daño “no puede atribuirse a una evolución natural de la patología previa, sino a una complicación derivada de la actuación médica”. Por otro lado, señala que “del análisis de la historia clínica se desprende que la actuación sanitaria no se ajustó plenamente al estándar exigible conforma a las circunstancias concretas del paciente, teniendo en cuenta:/ 1. Edad avanzada (65 años a la fecha de la intervención)./ 2. Riesgo trombótico propio al procedimiento de angioplastia./ 3. Necesidad de vigilancia estrecha y adaptación de protocolos en paciente de alto riesgo./ No

consta acreditado:/ a) Aplicación suficiente de medidas profilácticas anticoagulantes ajustadas al perfil clínico./ b) Monitorización intensiva adecuada tras el procedimiento./ c) Realización urgente de pruebas diagnósticas ante la aparición de déficit neurológico./ La omisión de dichas actuaciones resulta determinante en la evolución hacia un evento isquémico". Tras afirmar que el informe pericial librado a instancias de la aseguradora del Sespa "atribuye el daño a una supuesta alteración previa de la coagulación, sin que conste prueba concluyente que lo respalde", señala que el mismo informe "no recoge adecuadamente hechos clínicos relevantes que constan en el expediente" como el "proceso de rehabilitación prolongado", la "persistencia de secuelas motoras significativas" y la "necesidad de intervenciones o tratamientos adicionales derivados del daño neurológico".

6. El día 12 de marzo de 2026 el Instructor del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio al considerar que "en el presente caso, la isquemia poscontraste constituyó la materialización de uno de los riesgos típicos de este procedimiento descrito en el documento de consentimiento informado que la paciente suscribió. Esta complicación (es) poco frecuente, pero más esperable en pacientes de sexo femenino y con factores de riesgo cardiovascular (presentaba hipertensión, tabaquismo de 40 años de duración abandonado hace 10 años, obesidad, dislipemia, apnea del sueño y antecedentes de ictus isquémico previo en la zona contralateral). Con el tratamiento rehabilitador experimentó una importante mejoría, presentando al alta `hemiparesia facio (leve) braquio (4+/5), crural (4+/5) con hipoestesia acompañante´".

7. En este estado de tramitación, mediante escrito de 17 de abril de 2026, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias, objeto del expediente

núm. de la Consejería de Salud, adjuntando, a tal fin, copia autenticada del mismo en soporte digital.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k) de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k) del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a) y 40.1, letra a) de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está la interesada activamente legitimada para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC), dispone que "El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter

físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

En el expediente ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 27 de marzo de 2025 y puesto que el 5 de febrero del mismo año la interesada aún no había recibido el alta del Servicio de Rehabilitación, hemos de concluir que la acción se ha ejercitado dentro del plazo de un año legalmente establecido.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común contenidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se aprecia que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b) de la referida Ley.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “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”.

A su vez, el artículo 32 de la LRJSP establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus

bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley". Y, en su apartado 2, que "En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas".

Por otra parte, el artículo 34 de la Ley citada dispone en su apartado 1 que "Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que este no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquellos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos".

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Formula la interesada, una reclamación de responsabilidad patrimonial por las lesiones sufridas a raíz de la embolización de un aneurisma cerebral.

La documentación obrante en el expediente acredita que la paciente sufre a la fecha de presentación de la reclamación una “hemiparesia derecha de predominio braquial con afectación sensitiva” según consta en el informe de rehabilitación que obra en las páginas 1617 a 1619 de la historia clínica, por lo que hemos de tener por acreditado este daño con independencia de cuál deba ser su cuantificación económica, cuestión ésta que solo abordaremos de estimar que concurren el resto de requisitos generadores de la responsabilidad patrimonial que se demanda.

Ahora bien, como venimos señalando reiteradamente, la apreciación de la realidad de un daño no implica automáticamente la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que los perjudicados no tuvieran el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, inmediatamente, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra un paciente con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico -reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia-, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por los reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario, hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de

acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

También es criterio de este Consejo (entre otros, Dictámenes Núm. 246/2017 y 146/2019) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota, en esencia, un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado, de forma directa e inmediata, los daños y perjuicios cuya indemnización reclama. Esto es, ha de constatarse tanto el reproche culpabilístico como el engarce fáctico entre la asistencia dispensada u omitida y el resultado dañoso.

En el caso que analizamos, la reclamante no ha aportado prueba alguna al objeto de apoyar la aseveración fundamental sobre la que construye su pretensión indemnizatoria, esto es, que los daños son consecuencia de una mala praxis durante el manejo quirúrgico, bien a causa de una “manipulación inadecuada o técnicamente deficiente de los catéteres intravasculares (...) con posible desplazamiento trombótico o lesión de pared vascular” o bien por la “liberación o administración de material embolizante con afectación no deseada de territorio arterial cerebral”, según precisa en el escrito de alegaciones presentado en el trámite de audiencia. En este mismo escrito introduce nuevos reproches, igualmente carentes de prueba que los avale, cuando afirma que en el curso de “la primera intervención” no se procedió a la “retirada completa del material trombótico” ni se comprobó de forma “exhaustiva de la permeabilidad

vascular” con el consiguiente incremento de “riesgo iatrogénico”, con lo que quedó un “coágulo residual” que “obligó a realizar una nueva intervención con la finalidad de proceder a su extracción y/o embolización”, siendo “en el curso de esta segunda actuación” cuando se produce “el evento isquémico que determina la hemiplejia definitiva”. Asimismo, recrimina al servicio público que no haya tenido en cuenta el riesgo trombótico de la paciente y de la propia intervención y que no constan acreditadas la aplicación de “medidas profilácticas anticoagulantes”, una “monitorización intensiva adecuada tras el procedimiento” o la “realización urgente de pruebas diagnósticas ante la aparición de déficit neurológico”, todo lo cual considera “determinante en la evolución hacia un evento isquémico”. Finalmente reprocha al servicio sanitario que no se le proporcionase “de forma suficiente, comprensiva y adecuada” la información correspondiente a “la relación riesgo beneficio del proceso”.

A falta de prueba que sostenga las imputaciones de mala praxis durante el tratamiento endovascular, el juicio de este Consejo debe formarse a la vista del conjunto documental constituido por la historia clínica y los informes médicos librados a instancias del servicio público en el curso de la instrucción. El examen de la historia clínica evidencia, frente a las afirmaciones de la interesada, que no existió más que una intervención relacionada con el proceso por el que se reclama, la que se practicó, sin incidencias, el día 13 de septiembre de 2023 para la embolización del aneurisma que la paciente presentaba en la arteria cerebral media izquierda. Anteriormente, la paciente había sido atendida (el día 2 de febrero del mismo año) por un accidente isquémico transitorio en la arteria cerebral media derecha, si bien el abordaje de tal dolencia no fue endovascular ni quirúrgico, sino que consistió en aplicar “tratamiento antiagregante simple” según consta en el informe clínico de alta obrante en los folios 1637 a 1641 de la historia clínica. Puesto que no existió realmente ninguna “primera intervención” en la que hubiera quedado un “coágulo residual” extraído en una posterior reintervención en la que se habría

producido “la hemiplejía definitiva”, los reproches correspondientes de la parte reclamante deben decaer.

Frente a las imputaciones de la parte perjudicada, carentes de cualquier prueba, los informes médicos incorporados al expediente por la parte reclamada en el curso de la instrucción, destacadamente los librados a instancias de la aseguradora del Sespa, coinciden en señalar que la intervención endovascular para la reparación del aneurisma fue correctamente indicada, considerando, en primer lugar, las dimensiones de la dilatación arterial (7 mm) que condicionaba un elevado riesgo de rotura con la consiguiente posibilidad de hemorragia interna y situación de grave riesgo vital para la paciente y, en segundo término, que la embolización endovascular es el tratamiento de elección dadas sus ventajas comparativas con respecto a la cirugía, si bien dicho procedimiento no está exento de algunas complicaciones como el vasoespasma cerebral y la encefalopatía poscontraste que constituyen riesgos poco frecuentes aunque bien conocidos e inevitables en cualquier manipulación endovascular, incluso con aplicación de una técnica irreprochable desde el punto de vista técnico. Esto fue, según señalan los peritos de la aseguradora, lo que sucedió en el caso de que se trata, en el que la forma de presentación de los signos clínicos -aparición de un déficit en territorio lentículo-estriado profundo inmediatamente tras el procedimiento, con recuperación progresiva y lesiones isquémicas menores residuales- sugiere un evento isquémico producido en el curso de la intervención, la cual se desarrolló sin complicaciones técnicas según consta en el folio 1642 de la historia clínica.

Las anotaciones de la historia clínica prueban que tampoco son ciertas las manifestaciones de la parte reclamante conforme a las cuales no se tuvieron en cuenta los riesgos trombóticos de la paciente ni de la propia intervención y que no se llevó a cabo una monitorización intensiva adecuada tras el procedimiento ni se pautó la realización urgente de pruebas ante la aparición de los primeros signos de déficit neurológico. En este sentido, los factores de riesgo cardiovascular de la paciente eran bien conocidos antes de la

intervención como evidencian las anotaciones correspondientes de la historia clínica (folios 250, 1610, 1612, 1615), como también lo era el riesgo que comportaba la intervención según se desprende del documento de consentimiento informado suscrito por el facultativo responsable y la paciente, al que nos referiremos más adelante. Asimismo, está acreditado que la clínica de déficit neurológico se detecta en el posoperatorio inmediato y que sí se realizó de forma urgente un tac para detectar el origen y alcance de la lesión pues, según se anota en el curso clínico de enfermería, a las 17:28 horas del día 13 de septiembre de 2023 “vascular coloca femostop en femoral izq.” y “a las 18 h se hace ventana neurológica evidenciándose hemiparesia no conocida, bajamos a tac” (folio 250 de la historia clínica).

Finalmente, resulta de las anotaciones obrantes en la historia clínica (folio 1629) que, tras comentarse el asunto “en sesión clínica y valorando el tratamiento endovascular como primera posibilidad”, el día 8 de agosto de 2023 se explicaron a la paciente en la consulta de Neurorradiología Intervencionista “los riesgos y beneficios” de las distintas opciones posibles, esto es, “del seguimiento, del tratamiento quirúrgico y del tratamiento endovascular”. La paciente “realiza las preguntas que considera oportunas y puesto que acude sola” a la consulta el facultativo propone “que lo comente con su familia”. Finalmente “entiende, firma (el consentimiento informado) y acepta el manejo” el mismo día. En el correspondiente documento, incorporado a la historia clínica, se describen como “riesgos propios del procedimiento” que “se pueden presentar complicaciones secundarias a la ruptura del aneurisma o malformación vascular u obstrucción de arterias, produciendo una hemorragia o infarto cerebrales que conllevarían déficits neurológicos transitorios y en ocasiones permanentes (parálisis de miembros, pérdida del habla, pérdida de la visión, entre los más importantes) e incluso riesgo de muerte”, lo que evidencia que la paciente fue informada en términos claros y con suficiente antelación de la posibilidad de que materializara un riesgo como el finalmente producido el cual, por tanto, no puede ser considerado antijurídico.

En suma, la perjudicada no ha probado sus imputaciones de incorrecta ejecución del procedimiento endovascular y deficiente seguimiento posoperatorio. Los informes médicos recabados a instancia de la Administración en el curso de la instrucción justifican, al contrario, que no hubo mala praxis en la ejecución técnica del procedimiento ni en la atención posterior y finalmente consta que la paciente ha sido suficientemente informada, con carácter previo, de los riesgos de la intervención, por todo lo cual ha de concluirse que los perjuicios alegados derivan de la materialización de una complicación bien conocida del procedimiento, al que se sometió debidamente informada, razón por la cual tales daños no resultan antijurídicos.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por”

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Gijón, a la fecha de la última firma electrónica

V.º B.º

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.-