



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero Y

Ponente

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 13 de noviembre de 2008, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxx1 y Dña. xxxx2*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 23 de septiembre de 2008, tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxx1 y Dña. xxxx2, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hija, Dña. ccccc, en el Hospital de xxxxx.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 1 de octubre de 2008, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 866/2008, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, previa ampliación de éste, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Madrid López.

Primero.- El 11 de agosto de 2005, D. xxxx1 y Dña. xxxx2 presentan una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños y perjuicios causados a su hija, Dña. ccccc, a consecuencia de la intervención quirúrgica de



fleboextracción por varices en el miembro inferior izquierdo, que se le realizó en el Hospital de xxxxx. No cuantifican la indemnización que solicitan.

Adjunta a su reclamación una copia del libro de familia en el que consta la filiación de la paciente.

Segundo.- Al expediente se incorpora, además de la historia clínica de la paciente, la siguiente documentación:

- Informe de fecha 4 de julio de 2005, del médico anestesiólogo-reanimador interviniente en la operación.

- Informe del Jefe del Servicio de Neurología, fechado el 15 de septiembre de 2005.

- Informe del Jefe de Sección de Anestesiología y Reanimación, de fecha 16 de septiembre de 2005.

- Informe de la Inspección Médica, de 21 de diciembre de 2005.

- Dictamen médico, de fecha 13 de febrero de 2006, realizado a instancia de la compañía aseguradora de la Administración (en adelante, dictamen médico).

Tercero.- El 4 de octubre de 2005, los reclamantes solicitan copia de todos los informes médicos obrantes en el expediente, del protocolo de la operación, del consentimiento informado para la intervención, y del protocolo de la anestesia epidural.

Dicha documentación se entrega el 26 de octubre de 2005 a Dña. yyyy, que comparece en representación de los reclamantes.

El 23 de diciembre de 2005, la compareciente solicita copia del expediente y de todas las actuaciones practicadas en el mismo.

El 28 de marzo de 2006, la parte reclamante presenta un escrito en el que alega que no consta en el expediente el "registro continuo del electro durante la intervención y terminada la intervención, es decir, en la unidad de



recuperación postanestésica. (...) el registro gráfico de la monitorización de la enferma, registro de signos vitales, manejo de vías respiratorias, control de líquidos, registros y control de la paciente en la unidad de recuperación postanestésica". Igualmente, solicita "la referencia y modelo de máquina con la cual se realizó la monitorización de mi hija, prestaciones y características de la misma".

Cuarto.- Mediante escrito de fecha 2 de junio de 2006, se concede trámite de audiencia a la parte interesada, a efectos de que formule alegaciones y presente los documentos y justificaciones que estime oportunos. En el plazo concedido, la representante de los reclamantes alega que se ha producido un resultado desproporcionado y que la información suministrada en el documento de consentimiento informado es insuficiente, cuantificando los daños en 608.190,08 euros. Solicitan igualmente que se mantenga hospitalizada a la paciente en un centro adecuado para personas con discapacidad y que se le conceda una renta vitalicia equivalente a dos veces el salario mínimo interprofesional.

Adjunta a su escrito copia del certificado del grado de minusvalía reconocido (100% por discapacidad física), del dictamen del equipo de valoración y orientación del centro base, del informe médico forense y de la sentencia por la que se declara la incapacidad de la paciente.

Quinto.- Obra en el expediente la interposición, por parte de los interesados, de un recurso contencioso administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial, y su admisión a trámite por el Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León el 30 de octubre de 2006.

Sexto.- Con fecha 22 de agosto de 2008, la Dirección General de Administración e Infraestructuras de La Gerencia Regional de Salud formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación interpuesta.

Séptimo.- El 3 de septiembre de 2008, la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la propuesta de orden citada.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.



II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

1ª.- El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente, con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.h), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Segunda emitir el dictamen según lo establecido en el punto 4º, regla B), apartado f), del Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno del Consejo, por el que se determina el número, orden, composición y competencias de las Secciones.

2ª.- El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que la interesada presenta la solicitud de indemnización (11 de agosto de 2005) hasta que se formula la propuesta de resolución (22 de agosto de 2008). Esta circunstancia necesariamente ha de considerarse como una vulneración por parte de la Administración de principios y criterios relativos a su actuación recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros.

3ª.- Concurren en la parte reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

La reclamación se ha interpuesto en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.



4ª.- El artículo 106.2 de la Constitución establece 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”.

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la reiterada doctrina del Consejo de Estado así como la de este Consejo Consultivo, la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

b) El carácter antijurídico del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley.

c) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.

f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.



No obstante, la jurisprudencia ha venido modulando el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial al rechazar que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con el mismo que se pueda producir.

En el ámbito de la responsabilidad sanitaria, el parámetro que permite apreciar el grado de corrección de la actuación sanitaria a la que se imputa el daño viene determinado por el criterio de la *lex artis*. La teoría de la *lex artis ad hoc* en la actuación médica, parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración sanitaria y sus agentes estén obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud; protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada, según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis ad hoc* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño -por no ser éste antijurídico- cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis*, mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración.

Finalmente, debe mencionarse la reiterada jurisprudencia (por todas, Sentencias de 20 de diciembre, 20 de marzo y 7 de marzo de 2007 y de 16 de marzo de 2005), según la cual "a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente, lo que resulta especialmente relevante a los efectos de la cuestión debatida".



5ª.- El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada por D. xxxx1 y Dña. xxxx2, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hija, Dña. ccccc, en el Hospital de xxxxx.

6ª.- En cuanto al fondo del asunto, los reclamantes señalan que la actuación de los facultativos ha sido la causante del estado vegetativo que presenta la paciente, que se ha producido un resultado desproporcionado y que el documento de consentimiento informado es excesivamente genérico y no contiene la información mínima necesaria. Es preciso analizar por separado cada una de estas cuestiones.

A) En primer lugar, alegan que las secuelas que padece la paciente (encefalopatía anóxico-isquémica, en estado vegetativo) son consecuencia de la intervención quirúrgica de varices en miembro inferior izquierdo a que fue sometida con anestesia intradural. Afirman que “el sentido común y la experiencia nos dice que en este caso se ha generado un mal resultado y un daño (...) que comparativamente revela la penuria negligente de los medios empleados según el estado de la ciencia y las circunstancias de tiempo y lugar, o el descuido en su conveniente y temporánea utilización”.

De la documentación obrante en el expediente, se desprende que la actuación sanitaria se desarrolló de la siguiente manera:

La reclamante, nacida en 1976, consultó por primera vez con el Servicio de Cirugía Vascul ar el 19 de noviembre de 2004. Tras la exploración realizada, la impresión diagnóstica fue la de varices en miembro inferior izquierdo, por lo que fue incluida en lista de espera con carácter normal. Volvió a consulta el 27 de abril de 2005 y se solicitó estudio preoperatorio y valoración por el Servicio de Anestesia. Una vez realizado el estudio preoperatorio, el Servicio de Anestesiología, tras valorar los resultados del estudio, los antecedentes y el estado actual de la paciente, concluyó que ésta podía ser anestesiada con una clasificación ASA de II (alteración leve o moderada causada por el mismo proceso de cirugía o por algún otro proceso que no produce incapacitación o limitación funcional aguda). Ese día se entregó el documento de consentimiento informado para anestesia y se pautó la medicación preanestésica.



El 9 de junio de 2005 se realizó la cirugía (fleboextracción de vena safena izquierda) mediante anestesia regional. A la entrada del quirófano, se informó a la paciente que, de los distintos tipos de anestesia, la idónea para la intervención propuesta era la anestesia espinal intradural, aceptando ésta que se le aplicara. Se monitorizó a la paciente con ECG, TA incruenta y pulsioximetría, y se le administraron 500 ml. de cristaloides. A las 17:30 horas se procedió a la anestesia intradural en posición de sentada con 15 miligramos de bupivacaina al 0,5% a nivel del espacio L4-L5, utilizando una aguja nº 25 con bisel Quinke-Babcock, sin que se presentasen incidencias. Se procedió a la sedación con una dosis única de Midazolán IV y se suministró oxigenoterapia continua a 3 litros/minuto mediante gafas nasales. La intervención se llevó a cabo en decúbito supino y durante la misma los parámetros de monitorización permanecieron dentro de la normalidad.

A las 18:30 horas, finalizando la cirugía, la paciente sufrió una parada cardiorrespiratoria presenciada como sigue: cuadro súbito de bradicardia, hipoperfusión tisular y disminución del nivel de conciencia que no cedía con atropina mientras era ventilada con mascarilla facial. Al no responder tampoco a la efedrina y siendo dificultoso superar la hipoxemia, se procedió a la intubación oro-traqueal con la ayuda de otros dos anestesiólogos, presentando en ese momento la paciente una asistolia que fue tratada con adrenalina y masaje cardiaco externo, sin respuesta. Ante la refractariedad del cuadro y la posibilidad de que pudiera tratarse de una fibrilación ventricular de onda fina, se administraron tres choques eléctricos de 220, 300 y 360 julios, apareciendo entonces un cuadro de taquicardia supraventricular corta e inmediatamente ritmo sinusal. La duración de la parada cardiorrespiratoria fue de 5 a 6 minutos. Aún en el quirófano, la paciente recuperó la respiración espontánea, presentando una saturación arterial de oxígeno del 100% y mantuvo la estabilidad hemodinámica. A la exploración neurológica inicial aparecieron pupilas isocóricas medias lentamente reactivas, reflejos corneales ausentes e hipotonía generalizada.

Como no se producía recuperación a nivel de conciencia en quirófano, se procedió a su traslado a la Unidad de Reanimación, intubada y conectada a ventilación mecánica. El juicio clínico del anestesiólogo interviniente fue de hipoxemia severa, parada cardiorrespiratoria de origen no filiado y probable encefalopatía hipoxémica. La paciente permaneció en la Unidad de Reanimación con diagnóstico de encefalopatía anóxica severa, con signos de disfunción troncoencefálica, recibiendo tratamiento médico basado en sedación,



soporte hemodinámico y respiratorio; se realizó estudio de RM cerebral con resultado de probable encefalopatía anóxica-isquémica, se practicó traqueotomía, se introdujo nutrición enteral y se inició rehabilitación precoz.

Por último, el Servicio de Neurología estableció el diagnóstico al alta de estado vegetativo persistente, con decorticación bilateral y preservación de reflejos de tranco, con muy mal pronóstico funcional, que no precisaba tratamiento específico sino cuidados de soporte, nutrición y enfermería.

Pues bien, a la vista de estos hechos, los informes médicos aportados el expediente afirman que la actuación de los facultativos fue correcta en todo momento. Así, la paciente fue evaluada en la consulta preanestésica y se descartó cualquier contraindicación para la realización de dicha técnica.

En relación con la técnica anestésica empleada, la Inspección Médica afirma que se desarrolló de acuerdo con las pautas establecidas, utilizando un fármaco indicado para el procedimiento a realizar y manteniendo la dosis y concentración indicadas, sin que se presentasen incidentes durante la realización de las maniobras quirúrgicas, las cuales se desarrollaron también según lo previsto y sin incidencias. El dictamen médico corrobora esta afirmación y estima adecuado el desarrollo de la anestesia intradural (posición de la paciente, espacio lumbar elegido, tipo y calibre de la aguja empleada, y tipo, dosis y baricidad del anestésico local).

Respecto a la alegación de que la monitorización se retiró una vez terminada la intervención -momento en el cual se produjo la hipotensión y la bradicardia-, la Inspección Médica afirma que la paciente se encontraba monitorizada durante la intervención, lo que permitió detectar la bradicardia de aparición súbita que sufrió cuando concluían los actos quirúrgicos y aplicar las medidas terapéuticas indicadas en el intento de recuperación de la enferma". Y el dictamen médico pone de manifiesto que la monitorización fue correcta y la parada presenciada. Ambos informes señalan que la complicación se relaciona con una caída de la precarga que puede iniciar reflejos que causen bradicardia severa; y que, por ello, el mantenimiento adecuado de la precarga es fundamental; precaución que, además, se tuvo en cuenta con la administración de cristaloides intravenosos a tiempo y en volumen suficiente. Por ello, la alegación de los reclamantes no puede prosperar por cuanto que no han aportado prueba alguna que desvirtúe lo señalado en los informes. En cualquier caso, los diversos



profesionales informantes coinciden en señalar que, una vez aparecida la complicación descrita, los servicios médicos aplicaron un tratamiento precoz y adecuado. No obstante, también indican que, de acuerdo con los conocimientos actuales, el empleo precoz de las medidas de resucitación adoptadas no garantizan buenos resultados (la supervivencia actual está entorno a un 77%), siendo una de las posibilidades de evolución el estado vegetativo persistente.

En definitiva, no se aprecia, a la vista de los informes médicos, una actuación incorrecta de los profesionales sanitarios durante la operación, sin que por parte de los reclamantes se haya aportado prueba alguna que acredite una mala praxis médica.

B) En segundo lugar, los reclamantes alegan que el documento de consentimiento informado es genérico y no contiene la información mínima necesaria; y consideran que se ha producido un resultado desproporcionado.

Descartada la incorrección de la actuación médica, debe analizarse si ha existido el daño desproporcionado alegado. Para lo cual es preciso examinar el contenido de la información suministrada a la paciente.

El artículo 10 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, ya reconocía el derecho del paciente a recibir, en términos comprensibles, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento (apartado 5), así como la necesidad de obtener el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención (apartado 6), con las excepciones previstas legalmente. Actualmente, 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, y en nuestra Comunidad la Ley 8/2003, de 8 de abril, de derechos y obligaciones en relación con la salud, han venido a concretar los límites precisos del derecho a la información del paciente (y la correlativa obligación por parte de la Administración sanitaria) y acentúan la necesidad de su constancia por escrito para determinados supuestos.

Como indica el artículo 2.2 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, el previo consentimiento se requiere, con carácter general, para toda actuación en el ámbito de la sanidad; consentimiento que, como indica dicho precepto, debe obtenerse después de recibir una información adecuada, sin que esta



expresión deba entenderse en el sentido de información completa. Y ello porque como señaló el Tribunal Supremo en Sentencia de 26 de noviembre de 2004 -recogida en supuestos semejantes por este Órgano Consultivo (entre otros, Dictámenes 372/2006, de 31 de agosto, y 442/2007, de 7 de junio)-, “la información excesiva puede convertir la atención clínica en desmesurada -puesto que un acto clínico es, en definitiva, la prestación de información al paciente- y en un padecimiento innecesario para el enfermo. Es menester interpretar en términos razonables un precepto legal que, aplicado con rigidez, dificultaría el ejercicio de la función médica -no cabe excluir incluso el rechazo por el paciente de protocolos excesivamente largos o inadecuados o el entendimiento de su entrega como una agresión-, sin excluir que la información previa pueda comprender también los beneficios que deben seguirse al paciente de hacer lo que se le indica y los riesgos que cabe esperar en caso contrario (...)”.

El derecho a conocer toda la información disponible con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, se recoge en el artículo 4.1 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre; información que, como regla general, se proporcionará verbalmente, dejando constancia en la historia clínica. Correlativamente, el artículo 8.2 establece que el consentimiento será verbal por regla general, debiendo prestarse por escrito, entre otros supuestos, en los de intervención quirúrgica. Y el apartado 3 de este precepto indica que el consentimiento escrito del paciente tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos. El artículo 10.1 preceptúa que, antes de recabar el consentimiento escrito del paciente, el facultativo le proporcionará la información básica siguiente: las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad, los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente, los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención, y las contraindicaciones. No obstante, su párrafo segundo añade que “el médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una Intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente”.

Pues bien, la paciente fue informada debidamente de la cirugía a que iba a ser sometida, del procedimiento anestésico y de las posibles complicaciones que podían surgir en ambos. En concreto, figura en el documento de consentimiento informado para anestesia que “la administración de los fármacos necesarios pueden desencadenar reacciones adversas, algunas



de tipo alérgico, que pueden ocasionar complicaciones graves a nivel respiratorio, neurológico y circulatorio, e incluso la muerte del paciente a pesar de ser tratadas". Además, consta en los informes que la paciente fue igualmente informada a la entrada del quirófano, de que, de los distintos tipos de anestesia, la idónea para la intervención propuesta era la anestesia espinal intradural, y que la enferma aceptó su aplicación. Todo ello permite concluir que la información suministrada a la paciente era adecuada y suficiente.

Sentado lo anterior, debe destacarse que las complicaciones que surgieron estaban contempladas como riesgos propios de la anestesia. La Inspección Médica así lo confirma al manifestar que "la anestesia intradural puede presentar complicaciones cardiovasculares como hipotensión, bradicardia e incluso parada cardíaca, complicación esta última que algunos autores estiman entre un 0,04 a 1 por 10.000 raquianestésias". El dictamen médico (que cifra los casos entre 2,9 y 6,4 por cada 10.000) señala que "esta parada cardíaca característicamente es repentina y no se encuentran factores predisponentes en la actualidad. De hecho no se puede determinar definitivamente qué dosis menores de anestésico local o la consecución de un nivel sensitivo más bajo puedan disminuir la frecuencia de esta complicación. Los mecanismos precisos permanecen aún sin definir y se engloban bajo la denominación de parada cardíaca de origen cardiovascular hasta en un 40% de los casos. En el resto, las causas primarias parecen ser acontecimientos quirúrgicos específicos, condiciones cardíacas preexistentes o depresión respiratoria por sedación excesiva, que en esta paciente no tuvieron lugar. Los datos de que se dispone en la actualidad sugieren que esta complicación no se puede prevenir siempre, pero parece que la monitorización y vigilancia para la detección precoz de hipotensión y bradicardia son cruciales".

En definitiva, puede considerarse que la parada cardíaca sufrida constituye uno de los riesgos propios de la anestesia -de los cuales fue adecuadamente informada la paciente-, y que dicha complicación pudo producirse como consecuencia de causas que, debido a las limitaciones de la ciencia, no es posible determinar, excluyendo así la concurrencia de mala praxis o de daño desproporcionado. Por todo lo expuesto, procede desestimar la reclamación planteada.

7ª.- Finalmente, sin perjuicio de las consideraciones anteriores, y constando que la interesada ha interpuesto recurso contencioso administrativo



contra la desestimación, por silencio administrativo, de la reclamación de responsabilidad patrimonial, resulta obligado advertir que, en el caso de que en dicho proceso o en otro hubiera recaído sentencia firme, no procedería sino dar cumplimiento en sus propios términos al fallo de la sentencia.

III CONCLUSIONES

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxx1 y Dña. xxxx2 debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hija, Dña. ccccc, en el Hospital de xxxxx.

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