

Dictamen n<sup>o</sup>: **103/11**  
Consulta: **Consejero de Sanidad**  
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**  
Aprobación: **23.03.11**

**DICTAMEN** de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, emitido por unanimidad, en su sesión de 23 de marzo de 2011, sobre consulta formulada por el Consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1.f).1<sup>o</sup> de su Ley Reguladora, 6/2007, de 21 de diciembre, en el asunto antes referido y promovido por J.A.S.B., sobre responsabilidad patrimonial de la Administración, por los daños, secuelas y lesiones que le ha ocasionado el defectuoso proceso asistencial recibido por parte del Hospital Gregorio Marañón.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

**PRIMERO.-** Por escrito dirigido a la Consejería de Sanidad y presentado en el Servicio de Correos el 6 de mayo de 2008, se reclama responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por considerar que la pérdida neurosensorial y la discapacidad del sistema neuromuscular que padece, son consecuencia de la indebida colocación de una sonda nasogástrica.

Solicita en concepto de indemnización, por los días de incapacidad, secuelas y daños morales, la cantidad de noventa mil euros (90.000 €) más intereses.

Propone el reclamante, como medio probatorio y con el fin de acreditar los hechos por los que reclama, la prueba documental, consistente en el

requerimiento al Hospital Gregorio Marañón de los informes de hospitalización, del incidente respecto a la sonda de 23 de junio de 2007 y las placas, electro y otras pruebas practicadas durante el incidente.

Con fecha 18 de junio de 2008 se requiere al interesado para que detalle y acredite cada una de las presuntas secuelas que de forma genérica menciona en su escrito de reclamación, así como su relación con el funcionamiento del servicio público.

Cumplimenta el requerimiento por escrito registrado de entrada en el Servicio Madrileño de Salud el 23 de julio de 2008, indicando como secuelas: pérdida total de audición en un oído por pérdida neurosensorial, discapacidad del sistema neuromuscular y discapacidad múltiple por síndrome vertebro basilar. Añade que los daños detallados han ocasionado la declaración, por el organismo competente, de la Incapacidad Permanente en grado de Gran Invalidez, con discapacidad Global del 65% y dificultad de movimiento. Adjunta copia del dictamen técnico facultativo (folios 14 a 17).

**SEGUNDO.-** De la historia clínica y la documentación obrante en el expediente se extraen los siguientes hechos:

El paciente, de 42 años, fumador activo y probable hábito enólico crónico. En estudio por posible neoplasia tiroidea en el Hospital Ramón y Cajal. Desprendimiento de retina hace tres años. Intervenido con cerclaje en el ojo derecho. No seguía ningún tipo de tratamiento. El 26 de mayo de 2007 es atendido por el SAMUR-Protección Civil, por sufrir una pérdida súbita de conciencia junto con movimientos bruscos de extremidades, tras una ingesta alcohólica de cantidad desconocida. Con el juicio clínico de coma de etiología desconocida, se traslada al Hospital Gregorio Marañón.

Los servicios de emergencia determinan un nivel de consciencia en la escala de Glasgow de 3 puntos, glucemia de 133, respiración superficial y

sin respuesta a Naloxona ni a Anexate. Se decidió intubación orotraqueal por mal manejo de la vía aérea. Se realiza TAC craneal donde no se visualizan lesiones. Ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

A su ingreso en la UCI tenía una tensión arterial de 14/8 y frecuencia cardiaca 85. Pupilas mióticas arreactivas. Retiraba las extremidades al dolor. Se le fue retirando progresivamente la sedación encontrándose más reactivo, movilizándolo las extremidades, obedeciendo órdenes y dirigiendo la mirada. Rápidamente se pasó a tubo en T. Se le realizó placa de tórax que resultó normal. El electrocardiograma mostró un ritmo sinusal a 70 lpm con elevación del segmento ST de 1 mm. en V5, V5 y V6. Los análisis de urgencias fueron anodinos. Se decidió extubar al paciente, presentando, casi inmediatamente, mal manejo de la vía aérea con intenso ronquido respiratorio por lo que se reintubó. Presentó dos episodios que se interpretaron como crisis convulsivas y se inició tratamiento con fenitoína.

El día siguiente, 27 de mayo, el paciente empeoró de nuevo, apreciándose una paresia del hipogloso derecho, una parálisis facial izquierda, parálisis ocular derecha con incapacidad de aducción y nistagmus horizontal y vertical en todas las posiciones de la mirada, signo de Babinski izquierdo y parálisis braquio-crural izquierda.

En el angio-TC realizado el 28 de mayo de 2007 (folio 145) se aprecia *“una falta de relleno de la arteria vertebral derecha desde su origen hasta el segmento intracraneal, sugiriéndose ser una vertebral dominante menos desarrollada que la contralateral que, por el contrario, sí se observa relleno en todo su trayecto.*

*Intracranealmente, la basilar que se consigue rellenar es de muy pequeño tamaño.*

*En las bifurcaciones carotídeas no se observan alteraciones de interés”.*

La trombosis de arteria vertebral derecha, con arteria vertebral izquierda moderadamente hipoplásica se confirma en estudio angiográfico realizado veinticuatro horas más tarde (folio 327).

Es diagnosticado de infarto cerebeloso hemisférico derecho, también se detecta una hidrocefalia incipiente. Se inició tratamiento anticoagulante y medidas de control de hipertensión intracraneal.

Se decide traqueostomía quirúrgica por otorrinolaringología, realizándose el 3 de junio, sin incidentes. Presenta progresiva mejoría del patrón respiratorio y del intercambio gaseoso que permite desconexiones en TT, inicialmente con hipoxemia que presenta lenta mejoría.

A pesar de la gravedad de las lesiones el paciente fue evolucionando bien desde el punto de vista neurológico. Tuvo episodios infecciosos respiratorios tratados con diversos antibióticos.

El 12 de junio se realiza TAC craneal (folio 146) y es trasladado a Neurología. El paciente está consciente, tranquilo, colaborador, con parálisis faco-braquial izquierda, debilidad del músculo crural izquierdo y afectación de pares nerviosos bajos. Tolera sedestación y nutrición enteral, se encuentra afebril, con mínima leucocitosis con ventilación espontánea por traqueostomía tras once días de desconexión de ventilación mecánica.

Tiene frecuentes episodios de agitación psicomotriz, incluso con tendencia a la agresividad, requiriendo sujeción mecánica en alguna ocasión. Valorado por psiquiatría es tratado con benzodiazepinas y neurolépticos. Según refiere la familia hay momentos en que parece tener alucinaciones (folio 30).

El 18 de junio presenta pico febril con episodio de broncoaspiración en relación con el inicio de nutrición oral (salida de contenido alimenticio por cánula de traqueostomía), por lo que se extrajeron hemocultivos y se inicia tratamiento con meronem. El 19 de junio, otorrinolaringología cambia a

cánula de plata sin incidencias. Permanece con secreciones abundantes durante toda la estancia en planta, que moviliza adecuadamente, y episodios de desaturación que remontan solos, se cambia la cobertura antibiótica el 23 de junio.

El paciente se retiró la sonda nasogástrica en varias ocasiones y hubo que recolocársela. El día 23 de junio por la mañana, se volvió a arrancar la sonda nasogástrica que es recolocada reiniciando nutrición enteral y comenzando posteriormente con insuficiencia respiratoria, taquipnea, taquicardia, desaturación e hipotensión con fiebre de hasta 40°. El día 24 ingresa de nuevo en la UCI.

La radiografía de tórax realizada en planta mostró un derrame masivo en el pulmón derecho, sonda nasogástrica que parece seguir trayecto por vía aérea a través del bronquio principal derecho hasta la cavidad pleural. Los controles radiológicos posteriores mostraron una disminución del derrame pleural derecho junto con un probable infiltrado hasta la cavidad pleural. La evolución inicial desde el punto de vista respiratorio fue mala, decidiéndose conectar al paciente a ventilación mecánica (folio 37).

El 27 de junio tras extubación se aprecia parálisis facial izquierda, con desviación de lengua hacia la izquierda, parálisis ocular derecha con incapacidad de aducción y nistagmo horizontal y vertical en posiciones de exploración de MOE. Dificultad de manejo de vía aérea, parálisis braquiocrural izquierda y Babinski positivo izquierdo (folio 155).

La evolución inicial desde el punto de vista respiratorio fue mala, decidiéndose conectar al paciente a ventilación mecánica. Se realizó fibrobroncoscopia en la que se observaron secreciones blancas y sangre en el segmento anterior de lóbulo inferior derecho posiblemente en relación con una perforación distal. Estuvo drenando por el tubo pleural abundante cantidad de pus. En los broncoaspirados del día 5 de julio creció un SAMR y candida albicans, por lo que se le administró antibiótico hasta el 24 de

julio. Se le practicó una gastrostomía percutánea para la alimentación. Fue dado de alta de su segundo ingreso en la UCI el 16 de julio (folio 37).

La evolución posterior en la planta de neurología hasta el alta hospitalaria fue muy buena. Se retiró el tratamiento antibiótico el día indicado sin reaparición de la fiebre. Dada la estabilidad respiratoria y la buena evolución radiográfica se retiró el tubo de tórax sin problemas. En el último mes no ha tenido deterioro de tipo respiratorio.

Es dado de alta hospitalaria el día 26 de agosto de 2007. En la exploración neurológica realizada al alta habla bien, sólo con leve disartria. Las funciones corticales superiores son normales. Los movimientos oculares intrínsecos son normales y los extrínsecos con alteraciones. Resto de pares craneales normales. Balance muscular 4/5. Leve alteración cerebelosa. Es capaz de mantenerse en pie sin ayuda, con las piernas abiertas. Sin embargo si las cierra se cae. Marcha con aumento de la base de sustentación de tipo atáxico, precisando de una ayuda para hacerlo con seguridad.

Al alta el juicio clínico es: síndrome de oclusión vertebro basilar; infarto cerebeloso, pontino, bulbar y mesencefálico; ataxia de la marcha y de miembros inferiores como principal secuela neurológica; trombosis de arteria vertebral derecha; insuficiencia aguda respiratoria resuelta; hidroneumotórax derecho masivo secundario a fístula bronco-pleural iatrógena; síndrome depresivo reactivo a su situación clínica.

**TERCERO.-** Ante la reclamación, se incoa procedimiento de responsabilidad patrimonial de la Administración. En fase de instrucción se han recabado los informes médicos que conforman la historia clínica del paciente (folios 25 a 406); del servicio supuestamente causante del daño (folios 22 a 24 y 172), así como el informe de la Inspección Sanitaria.

El Jefe de la Unidad de Enfermería de Neurología informa que el paciente *“ingresó en la unidad de Neurología el 15 de junio procedente de la UCI, con diagnóstico de Infarto vertebro-basilar. El paciente está muy inquieto y a veces muy agresivo y se quita la sonda de alimentación (sonda Freka) en varias ocasiones, requiriendo nueva colocación.*

*El día 23, el turno de mañana procede a la colocación de la sonda, que el paciente se había retirado la noche anterior, comprobando su correcta colocación, practica habitual en la unidad en estos pacientes, no sólo después de la colocación, sino también al inicio de la conexión de la alimentación, máxime con el riesgo que conlleva en un paciente agitado, que se la puede descolocar sin apariencias externas.*

*Ante este riesgo se intenta durante esa misma mañana iniciar tolerancia oral, que no es posible por el atragantamiento del paciente y se reanuda la alimentación a través de la sonda Freka”*(folios 22 y 23).

Por su parte, en el Informe del Servicio de Neurología de 28 de octubre de 2008 se indica que *“Las secuelas neurológicas sufridas por dicho paciente (disprasia bucolingual, borramiento surco nasogeniano izquierdo, no afectación pares bajos, leve alteración cerebelosa) son debidas a un cuadro de oclusión de territorio vertebro-basilar que es la enfermedad base que causa su ingreso en nuestro Servicio y conlleva infartos isquémicos en territorio cerebeloso, bulbar, pontino y mesencefálico y no a las complicaciones surgidas durante su ingreso de carácter infecto-metabólico”* (folio 24).

También forma parte del expediente el Informe de la Inspección Sanitaria, de 17 de noviembre de 2008 (folios 409 a 413), cuyas conclusiones ponen de manifiesto que:

*“La asistencia prestada ha sido incorrecta porque se tardaron casi 24 horas en detectar que la sonda nasogástrica había penetrado en pulmón, lo*

*que produce derrame pleural y neumonía que obligan al paciente a permanecer ingresado en UCI durante 23 días, a necesitar una sonda gástrica percutánea y también a permanecer mas tiempo ingresado en planta.*

*Las secuelas que presenta el paciente al alta son debidas al cuadro neurológico que motivó su ingreso y no a la mala colocación de la sonda”.*

Por último, se ha incorporado al expediente administrativo dictamen de valoración de daños corporales en la cuantía de dos mil ochocientos sesenta y tres euros y treinta y dos céntimos (2.863,32 €) emitido por la aseguradora de la Consejería de Sanidad (folio 421).

Por escrito registrado el 28 de mayo de 2010, se remite copia del expediente al interesado por correo, con acuse de recibo el día 1 de junio, a fin de que pueda presentar las alegaciones que estime pertinentes.

Formula alegaciones el día 17 de junio de 2010, en las que se ratifica en los términos expresados en su escrito de reclamación y adjunta copia de nuevos informes médicos (folios 422 a 432).

El 26 de enero de 2011, la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria, estima parcialmente la reclamación formulada, reconociendo una indemnización, en cuantía total actualizada de dos mil novecientos ochenta y seis euros y cuarenta y cuatro céntimos (2.986,44 €), que es informada favorablemente por el Servicio Jurídico en la Consejería de Sanidad.

**CUARTO.-** En este estado del procedimiento y mediante orden del Consejero de Sanidad, de 17 de febrero de 2011, que ha tenido entrada el 22 del mismo mes, se formula consulta a este Consejo Consultivo por trámite ordinario, correspondiendo su estudio, por reparto de asuntos, a la Sección V, presidida por el Excmo. Sr. D. Ismael Bardisa Jordá, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberado y aprobado, por

unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en su sesión de 23 de marzo de 2011.

El escrito solicitando el dictamen fue acompañado de la documentación en soporte cd, de la que se ha dado cuenta en lo esencial en los antecedentes de hecho anteriores. Debe hacerse notar que la historia clínica remitida con la documentación carece del más mínimo orden lógico, que dificulta enormemente su examen.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes,

## CONSIDERACIONES EN DERECHO

**PRIMERA.-** La solicitud de dictamen a este Consejo Consultivo resulta preceptiva, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 13.1.f).1º de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, reguladora del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid (LCC) por ser la cuantía de la reclamación superior a quince mil euros, y se efectúa por el Consejero de Sanidad, órgano legitimado para ello, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 14.1 de la citada Ley. Siendo preceptivo el dictamen, no tiene, sin embargo, carácter vinculante (artículo 3.3 LCC).

El presente dictamen ha sido evacuado dentro del plazo ordinario establecido en el artículo 16.1 LCC.

**SEGUNDA.-** Como resulta de los antecedentes, el procedimiento de responsabilidad patrimonial se inició a instancia de interesado, y su tramitación se encuentra regulada en los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC), desarrollados en el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo,

por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (RPRP).

Ostenta el reclamante legitimación activa para promover el procedimiento de responsabilidad patrimonial, al amparo del artículo 139 LRJ-PAC, por ser la persona directamente afectada por el daño.

Se cumple, igualmente, la legitimación pasiva de la Comunidad de Madrid, al estar el Hospital Gregorio Marañón integrado en la red sanitaria pública de esta Comunidad.

Por lo que se refiere al plazo para el ejercicio de la acción de responsabilidad, el artículo 142.5 LRJ-PAC establece el plazo de prescripción de un año, que debe computarse, tratándose de daños físicos o psíquicos desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas. El paciente fue dado de alta hospitalaria el 26 de agosto de 2007, por lo que debe reputarse en plazo la reclamación presentada el 6 de mayo de 2008.

**TERCERA.-** En cuanto al procedimiento, se han cumplido los trámites establecidos al efecto en la normativa aplicable, incluido el trámite de audiencia, regulado en los artículos 84 de la LRJ-PAC, y 11 del RPRP.

Especialmente, se ha practicado la prueba precisa, incorporando la historia clínica del reclamante, se ha recabado informe del servicio cuyo funcionamiento supuestamente ha ocasionado el daño e informe de la Inspección Sanitaria.

**CUARTA.-** La responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas viene establecida, con el máximo rango normativo, por el artículo 106.2 de nuestra Constitución, a cuyo tenor: *“los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en sus bienes y derechos, salvo en los casos de*

*fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos*”. La regulación legal de esta responsabilidad está contenida en la actualidad en la LRJ-PAC y en el reglamento de desarrollo anteriormente mencionado, disposiciones que en definitiva vienen a reproducir la normativa prevista en los artículos 121 y 122 de la Ley de Expropiación Forzosa de 16 de diciembre de 1954, y el artículo 40 de la Ley del Régimen Jurídico de la Administración del Estado de 26 de julio de 1957. El artículo 139 de la citada LRJ-PAC dispone, en sus apartados 1 y 2, lo siguiente:

*“1.- Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de 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 normal o anormal de los servicios públicos.*

*2.- En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de person”.*

Como señala la doctrina del Tribunal Supremo, que plantea el estado de la cuestión en responsabilidad patrimonial de la Administración en materia de asistencia sanitaria -Sentencias de 26 de junio (recurso 6/4429/04), 29 de abril (recurso 6/4791/06) y 15 de enero (recurso 6/8803/03) de 2008- para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo

causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

La responsabilidad de la Administración es objetiva o de resultado, de manera que lo relevante no es el proceder antijurídico de la Administración, sino la antijuridicidad del resultado o lesión aunque es imprescindible que exista nexo causal entre el funcionamiento normal o anormal del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido.

Por otra parte, no puede olvidarse que en materia de responsabilidad patrimonial de la Administración la carga de la prueba de los presupuestos que hacen nacer la responsabilidad indemnizatoria, salvo circunstancias concretas que no vienen al caso, recae en quien la reclama (Sentencias del Tribunal Supremo de 25 de julio de 2003 –recurso 1267/1999–, 30 de septiembre de 2003 –recurso 732/1999– y 11 de noviembre de 2004 –recurso 4067/2000– entre otras), si bien la doctrina jurisprudencial ha sentado la inversión de la carga de la prueba en los supuestos en que su práctica es sencilla para la Administración y complicada para el reclamante (así las Sentencias del Tribunal Supremo de 23 de octubre –recurso 3071/03– y 2 de noviembre de 2007 –recurso 9309/03– y 7 de julio de 2008 –recurso 3800/04–).

**QUINTA.-** Aplicada la anterior doctrina al caso que nos ocupa, y acreditada mediante los informes médicos obrantes en el expediente, la realidad del daño, consistente en hidroneumotórax derecho masivo, daño que es evaluable económicamente e individualizado en la persona del reclamante, la cuestión se centra en dilucidar si es imputable a la actuación de los servicios sanitarios.

Para ello es necesario valorar si la intervención sanitaria cuestionada se ajustó a los parámetros de la *lex artis*, esto es, si se acomodó a una buena práctica médica, lo que enervaría la responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria, porque de acuerdo con una larga y consolidada

jurisprudencia “*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*” (Sentencias del Tribunal Supremo de 20 de marzo de 2007 -recurso 6/7915/03-, 7 de marzo de 2007 -recurso 6/5286/03-, 16 de marzo de 2005 -recurso 6/3149/01-), o lo que es lo mismo, no cabe apreciar una responsabilidad basada en la exclusiva producción de un resultado dañoso.

De los informes que constan en el expediente se infiere la inadecuación de la actuación sanitaria a las correctas prácticas de la medicina. En efecto, tanto del Informe de la Inspección Sanitaria, como de alguno de los que conforman la historia clínica del reclamante se desprende que la actuación médica realizada no fue respetuosa con la *lex artis*.

En efecto, consta en la historia clínica que el paciente, debido a su estado de agitación, se retiró en varias ocasiones la sonda nasogástrica. Una de estas ocasiones fue el 23 de junio de 2007, teniendo que ser colocada de nuevo. Posteriormente comienza con insuficiencia respiratoria, taquipnea, taquicardia, desaturación e hipotensión, con fiebre de hasta 40°C. Veinticuatro horas después de que le hubiera sido recolocada la sonda, mediante la realización de una radiografía de tórax se advierte un derrame masivo en el pulmón derecho, con sonda nasogástrica que parece seguir el trayecto por la vía aérea a través del bronquio y hasta la cavidad pleural. A consecuencia de ello se produjo un hidroneumotórax masivo.

Según lo informado por la Inspección Sanitaria, el derrame pleural iatrogénico representa un porcentaje nada despreciable de todos los derrames pleurales y puede ser secundario a sondas de alimentación enteral,

entre otros factores. Para evitar estos efectos se deben emplear algunas cautelas para comprobar que la sonda es correctamente colocada. En este sentido se indica en el referido informe de la Inspección que *“la maniobra convencional para confirmar la correcta colocación de la sonda consiste en insuflar aire seguida de la auscultación sobre el cuadrante superior izquierdo (el característico sonido del aire entrando en el estómago indica la colocación gástrica) o la aspiración del fluido. Sin embargo, dicha maniobra puede no detectar una inserción inadecuada de la sonda en la vía aérea, por lo que creemos como otros autores que es recomendable realizar una radiografía de tórax antes de utilizar la misma”*, motivo por el que estima que en el caso sometido a dictamen *“la asistencia prestada ha sido incorrecta porque se tardaron casi 24 horas en detectar que la sonda nasogástrica había penetrado en el pulmón, lo que produce derrame pleural y neumonía”*.

En el mismo sentido, en el dictamen de valoración de daños emitido por la compañía aseguradora se indica la existencia de un nexo causal directo entre la incorrecta inserción de la sonda y los problemas respiratorios que padeció el perjudicado, advirtiendo que hay varias pruebas sencillas que permiten asegurar la adecuada colocación de la sonda (folio 421).

Así pues, queda acreditada la incorrección de la asistencia sanitaria que produjo como daño el padecimiento de un hidroneumotórax, único daño que guarda relación causal con la práctica sanitaria inadecuada.

La otras secuelas que el reclamante dice padecer a consecuencia de la prestación sanitaria recibida –pérdida total de audición en un oído por pérdida neurosensorial, discapacidad del sistema neuromuscular y discapacidad múltiple por síndrome vertebro basilar- y por las que ha obtenido el reconocimiento de invalidez permanente en grado de gran invalidez no son resultado de la asistencia médica recibida, sino consecuencia del cuadro neurológico que padeció el reclamante y que

motivó el ingreso, como se advierte en los informes de la Inspección Sanitaria y del Servicio de Neurología.

**SEXTA.-** Sobre la base de lo anterior, al amparo del artículo 12.2 del Real Decreto 429/1993, procede valorar los daños para su cuantificación, lo que debe hacerse, por expresa indicación del artículo 141.3 LRJ-PAC, con referencia al día en que la lesión efectivamente se produjo, esto es, cuando tuvo lugar la colocación de la sonda nasogástrica, el 23 de junio de 2007.

A la hora de realizar una valoración, la jurisprudencia se ha decantado por una valoración global (Sentencias del Tribunal Supremo de 20 de octubre de 1987 –RJ 8676-, 15 de abril de 1988 –RJ 3072- y 1 de diciembre de 1989 –RJ 8992-) que derive de una “*apreciación racional aunque no matemática*” (Sentencia del Tribunal Supremo de 3 de enero de 1990 –RJ 154-), pues se carece de parámetros o módulos objetivos, debiendo ponderarse todas las circunstancias concurrentes en el caso.

Como ya se ha señalado en el fundamento anterior, el único daño resarcible, imputable a la actuación sanitaria, es el padecimiento de un hidroneumotórax secundario a la fístula bronco-pleural originada por la mala colocación de la sonda nasogástrica, por lo que hubo de permanecer ingresado en la UCI durante 23 días, resultando adecuadamente solventado y del que no han quedado secuelas funcionales derivadas del mismo.

Este Consejo comparte el criterio valorativo de la compañía aseguradora de la responsabilidad de la Consejería ha procedido a emitir dictamen de valoración de daños, del que resulta una cuantía global de 2.863,32 €, tras evaluar la incapacidad temporal por los 23 días que estuvo ingresado en la UCI, a razón de 65,48 € diarios, y dos puntos como secuelas estéticas, uno por la cicatriz del drenaje pleural y otro por la cicatriz de la sonda gástrica percutánea, a razón de 678,64 € por punto.

Esta valoración es acogida en la propuesta de resolución, actualizándose a la fecha de emisión de la misma (26 de enero de 2011), por lo que asciende a la cuantía de 2.986,44 €.

De conformidad con lo previsto en el artículo 141.3 de la LRJ-PAC la cuantía deberá actualizarse *“a la fecha en que se ponga fin al procedimiento de responsabilidad con arreglo al índice de precios al consumo, fijado por el Instituto Nacional de Estadística, y de los intereses que procedan por demora en el pago de la indemnización fijada”*.

En mérito a cuanto antecede el Consejo Consultivo formula la siguiente



## CONCLUSIÓN

Procede estimar la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración en la cuantía establecida en el fundamento jurídico sexto.

A la vista de todo lo expuesto, el Órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3.7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 23 de marzo de 2011