

Dictamen n.º: **583/11**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **19.10.11**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, emitido por unanimidad, en su sesión de 19 de octubre de 2011, sobre expediente de responsabilidad patrimonial instruido a nombre de C.V.R., al amparo del artículo 13.1.f) 1.º de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, de creación del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, en solicitud de indemnización económica por el fallecimiento de su hijo, A.M.M.V., supuestamente causado por defectuosa ejecución de bypass gástrico en el Hospital Ramón y Cajal.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El día 7 de septiembre de 2011 tuvo entrada en el registro del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid solicitud de dictamen firmada por el Consejero de Sanidad el día 1 de septiembre de 2011, referida al expediente de responsabilidad patrimonial aludido en el encabezamiento.

A dicho expediente se le asignó el número 573/11, comenzando el día señalado el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 34.1 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por Decreto 26/2008, de 10 de abril, del Consejo de Gobierno.

Su ponencia ha correspondido, por reparto de asuntos, a la Sección IX presidida por la Excm. Sra. Dña. Engracia Hidalgo Tena, que firmó la oportuna propuesta de dictamen, la cual fue deliberada y aprobada por unanimidad por la Comisión Permanente del Consejo Consultivo, en sesión celebrada el día 19 de octubre de 2011.

SEGUNDO.- El expediente de responsabilidad patrimonial remitido tiene su origen en la reclamación formulada por C.V.R, registrada de entrada en la Consejería de Sanidad el 14 de noviembre de 2007(folios 13 a 41 del expediente).

Según la reclamante, su hijo nacido el 17 de enero de 1967 fue diagnosticado de Obesidad Mórbida, con un peso de 182 kg, talla 171 cm, IMC 62,97. Refiere que tras diversos regímenes sin resultados satisfactorios, se le aconsejó la intervención quirúrgica para realización de by-pass gástrico por laparoscopia. Como antecedentes clínicos de interés del paciente señala apendicitis, luxación de hombro, hipoactisia bilateral y, especialmente apnea obstructiva del sueño en tratamiento con C-PAD.

A continuación, la reclamante señala que entre finales del año 2005 y el mes de Enero de 2006 el paciente fue sometido al correspondiente estudio preparatorio para la cirugía programada (analíticas y pruebas complementarias, electrocardiograma, espirometría, RX, informe psiquiatría, etc.), descartándose en fecha 23 de Enero de 2006, tras haber firmado consentimientos informados para la cirugía de la obesidad (by-pass gástrico) y anestesia , realizar la intervención por los resultados que arrojó la gasometría arterial (pH: 7,433; pCO₂: 40,5 mmHg; pO₂: 62,0 mmHg; HCO₃ 27.4 mM/L; TCO₂: 28,6 mM/L; SBC 27,5 Mm/L y SatO₂: 91,9%).

Continuando con el relato fáctico de su reclamación, la interesada refiere que el día 16 de Octubre de 2006 su hijo ingresó de forma programada en

el Hospital Ramón y Cajal para ser intervenido el día 18. Refiere que la reclamante advirtió a la Médico que acudió a la habitación tras su ingreso que el grupo sanguíneo de su hijo era O negativo, tras lo cual una enfermera tomó muestra de sangre para su comprobación. Asimismo, a instancias de la Médico, conforme obra en la Hoja de Evolución, tras evaluar y hacer constar el precedente preoperatorio, se acordó practicarle sólo nuevas analíticas y gasometría, que se le realizaron al día siguiente. Refiere que la operación tuvo que posponerse por falta de sangre hasta el día 24 de Octubre, conforme obra en las Hojas de Ordenes Médicas y Evolución de Enfermería. La reclamante subraya que la gasometría arterial realizada el día 17 de Octubre de 2006 aportaba unos resultados anómalos (pH: 7,390; pCO₂: 47,4 mmHg pO₂: 71,0 mmHg; HCO₃ 29,0 mM/L; TCO₂: 30,5 mM/L; SBC 27,7 Mm/L y SatO₂: 93,6%), apartados de los parámetros normales y sugestivos de la probable existencia de un proceso infeccioso a nivel respiratorio.

La reclamante señala que el día *23 de Octubre de 2006* ingresó nuevamente en el Hospital para ser intervenido al día siguiente. Subraya que, no obstante los resultados anómalos aportados por la gasometría realizada el día 17 de Octubre de 2006, al paciente no se le realizó prueba otra alguna antes de la cirugía y ello, pese a que, además, el resto del preoperatorio (Electrocardiograma, Rx, Espirometría. etc.) databa de finales del 2005-Enero 2006.

A continuación, la interesada expone que su hijo fue intervenido el día 24 de Octubre de 2006 por el Servicio de Cirugía General y Digestivo del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. Señala que, si bien en principio se le iba a practicar by-pass gástrico por laparoscopia con técnica de Scopinaro (de duración normal aproximada en tomo a las 3 horas), finalmente la intervención se prolongó durante casi *10 horas*, realizándosele laparotomía. En opinión de la reclamante, la deficiente ejecución de la cirugía

laparoscópica determinó que el paciente durante las casi 10 horas de la intervención sufriese dificultades de ventilación, con niveles bajos de SatO2 y FiO2 de 100%, conforme consta en la Hoja de la Intervención del Servicio de Anestesiología, precisando intubación orotraqueal con ventilación mecánica.

La reclamante señala que tras salir de quirófano, intubado con ventilación mecánica, fue ingresado en UVI. Refiere que en la primera analítica de control que se le practica tras la cirugía el mismo día 24 de Octubre de 2006 se detectaron múltiples valores fuera de la normalidad y sugestivos de un proceso infeccioso respiratorio. Señala que en analíticas y gasometrías practicadas posteriormente, seguían arrojándose valores que evidenciaban el agravamiento de los problemas ventilatorios. Subraya que, no obstante la evidencia desde un primer momento por la sintomatología del paciente y los resultados de las analíticas y pruebas complementarias que se le realizan, de la existencia de un proceso infeccioso respiratorio, no existe una respuesta terapéutica adecuada, sin que se solicite la realización de cultivos en aras a determinar el causante de la infección y proceder a su debido abordaje hasta el día 26 de Octubre, siendo informados los resultados por el Servicio de Microbiología en fecha 31 de Octubre de 2006, cuando en su opinión ya era demasiado tarde.

Continuando con su reclamación, la interesada señala que en los días sucesivos de permanencia en UVI el paciente presentó, conforme se constata con las sucesivas hojas de UVI, una progresiva evolución tórpida de su inicial proceso infeccioso respiratorio, que motivó su fallecimiento en fecha 19 de Noviembre de 2006. Refiere que se informaba durante esos días a la familia de la gravedad del proceso infeccioso que presentaba el paciente y de que los antibióticos que se le suministraban no eran efectivos al no acertar con el agente causante de dicha infección, habiendo existido, en su opinión, un retardo inexcusable en la determinación del mismo y

consecuente pauta del tratamiento precedente. Señala, además, que los familiares del paciente, en reiteradas ocasiones durante su estancia, manifestaron al personal de UVI sus quejas por la falta de medidas de asepsia en la misma.

En virtud de los hechos expuestos, señala que el título de imputación de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria (SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD) por los daños y perjuicios generados al paciente en el asunto presente, por funcionamiento anormal del servicio, viene determinado por el carácter inadecuado de la prestación médica llevada a cabo por los diferentes Servicios del Hospital Ramón y Cajal de Madrid que le asistieron (Cirugía General y Digestivo, Anestesiología, UVI) por incumplimiento de la “lex artis ad hoc” , subrayando los siguientes actos médicos reprochables:

1º: Incorrecta interpretación de los anómalos resultados de la gasometría arterial preoperatoria sugestivos de la posible existencia de un proceso infeccioso a nivel respiratorio. No práctica de pruebas diagnósticas complementarias para descartar el mismo. No realización de nuevas pruebas preoperatorias pese a la antigüedad de las precedentes. No comprobación adecuada con las pertinentes pruebas, dados sus antecedentes (apnea obstructiva del sueño en tratamiento) y los resultados de la gasometría de su función respiratoria y consecuente temeraria realización de la intervención quirúrgica (by-pass gástrico por laparoscopia).

2º: Falta de información previa a la intervención programada acorde a los antecedentes del paciente, pues considera que el paciente no fue informado de que a results de la intervención a practicar podría sufrir, dados sus antecedentes personales, complicaciones de saturación y consecuentes ventilatorias de la gravedad de las que presentó en el postoperatorio inmediato, sin que, asimismo, dado que la intervención no

era urgente, ni imprescindible, se le planteasen las posibles alternativas a la misma.

3º: Indebida, por temeraria y desaconsejada dados los anómalos resultados de la gasometría preoperatoria, realización de by-pass gástrico por laparoscopia, y deficiente ejecución de la misma, que se prolongó un tiempo aproximado de 10 horas. Finalmente de laparotomía, y cuya tórpida evolución postoperatoria, favorecida por la no inmediata realización de las pruebas diagnósticas pertinentes y pauta de tratamiento, procedente y específico para la infección que sufría, determinó, en su opinión, el posterior fallecimiento.

4º: El daño producido es absolutamente desproporcionado.

Por todo ello, la reclamante solicita que se tenga por interpuesta en tiempo y forma, reclamación por responsabilidad patrimonial, y que tras la tramitación del procedimiento oportuno, se acuerde indemnizarla en la cantidad de 400.000 euros, más los intereses legales.

TERCERO.- Presentada la reclamación anterior, por el Servicio Madrileño de Salud se incoa expediente de responsabilidad patrimonial al amparo del Título X de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC).

Al mismo tiempo, se remite la reclamación a A, la cual acusa recibo de la misma en fecha 31 de marzo de 2008, dando cuenta de su traslado a B, compañía aseguradora del Servicio Madrileño de Salud.

Igualmente, se remite la reclamación a la Inspección Sanitaria, dependiente de la Consejería de Sanidad, y al Hospital Ramón y Cajal. Se ha incorporado al expediente la historia clínica de la paciente remitida desde el referido hospital y el informe de la Inspección sanitaria emitido el

28 de octubre de 2008(folios 427 a 442). En el precitado informe, la Inspección médica tras llevar a cabo un pormenorizado análisis de la asistencia prestada al paciente, teniendo en cuenta las Recomendaciones y textos de consenso emitidos por la Federación Internacional para la Cirugía de la Obesidad (IFSO), la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO - miembro de la anterior y con gran base en la ASSS American Society for Bariatric Surgery- con la denominada Declaración de Salamanca”) y la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), entre otros documentos y estudios de revisión y meta-análisis de la cirugía bariátrica, concluye señalando que` *La asistencia sanitaria prestada a M.A.M.V. a cargo de los SERVICIO de CIRUGIA GENERAL y del APARATO DIGESTIVO (CIRUGIA BARIÁTRICA), ANESTESIOLOGÍA/REANIMACIÓN y UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS del HOSPITAL RAMON Y CAJAL de Madrid (dependiente del SERVICIO MADRILEÑO de SALUD), durante el período de noviembre de 2005 a noviembre de 2006, se muestra ADECUADA , acorde con las necesidades surgidas y el estado del paciente y ajustadas a los conocimientos y Protocolos de actuación aplicables.*`

Consta igualmente en la documentación remitida el informe emitido por el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Ramón y Cajal (folios 419 y 4200 del expediente). En el referido informe se señala que: *“1º) El diagnóstico del paciente, con un I.M.C. > de 60 Kg/m2, era de súper obesidad mórbida, resultante del incumplimiento de los regímenes y tratamientos dietéticos pautados. La comorbilidad principal relacionada y asociada a su obesidad (es decir su obesidad como causa) era el cuadro de apnea obstructiva siendo tratada con CPAP nocturna.*

2º) Se estudió preoperatoriamente de acuerdo al protocolo establecido en la Unidad de Cirugía de la obesidad, incluida la valoración de la función

respiratoria. Los resultados de la gasometría fueron los propios de la comorbilidad asociada a su cuadro obesidad mórbida. En el resto de las pruebas no se apreciaron más que las características particulares en un paciente con ese grado de obesidad extrema.

3°) Si se suspendió la cirugía programada para el día 18, fue debido a la falta de reservas de sangre de su grupo, tal y como se establece en cualquier protocolo quirúrgico para cirugías de este tipo.

La gasometría del día 18 de Octubre no varié con respecto a la realizada en el estudio preoperatorio previo. Incluso había mejorado en algunos parámetros como la Po2 y la saturación de Oxígeno, indicando tan sólo la presencia del trastorno crónico y no infeccioso asociado a su obesidad, no mejorable si no se produce la pérdida de peso, motivo principal de la intervención.

4°) En el consentimiento informado firmado por el paciente se informa (punto 6) de los riesgos postoperatorios, incluyendo entre los mismos, la posibilidad de atelectasias y/o infecciones respiratorias. También, y en el mismo, se informa del riesgo de mortalidad asociada.

5°) La indicación quirúrgica, tal y como se informó al paciente, era clara por tratarse de una obesidad mórbida de años de evolución con un Índice de Masa Corporal mayor de 60 Kg/m², con síndrome de apnea obstructiva causada por su obesidad, y no seguimiento, por parte del paciente, de los tratamientos médicos dietéticos.

6°) En cuanto a la duración de la cirugía, no existe un tiempo límite, ni máximo ni mínimo, para una determinada técnica quirúrgica. Este es variable, dependiendo de las características y dificultades técnicas de cada paciente, siendo más acusado en pacientes con este grado de obesidad y varones; tal y como nos indica nuestra propia experiencia (más de 300 casos intervenidos) y la de la propia literatura médica.’’

La emisión de dicho informe se incardina en la previsión contenida en el artículo 10.1 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo (en adelante, RPRP).

Concluida la instrucción del expediente, se ha dado trámite de audiencia a la interesada el 29 de marzo de 2011, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 84 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJAP-PAC) y 11 del RPRP. No consta en el expediente que por la interesada se haya formulado alegaciones en cumplimiento del referido trámite.

Finalmente, por la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria –por delegación en la Secretaria General del Servicio Madrileño de Salud, según Resolución 26/2010, de 28 de julio- se dictó propuesta de resolución en fecha 1 de julio de 2011, en que se desestima la reclamación indemnizatoria presentada. Dicha propuesta de resolución ha sido informada favorablemente por el Servicio Jurídico en la Consejería de Sanidad el pasado 4 de agosto de 2011 (folios 454 a 459 del expediente).

CUARTO.-Del examen de la historia clínica de la paciente y restante documentación médica obrante en el expediente se extraen los siguientes hechos, que se consideran de interés para la emisión del dictamen, admitiéndose en lo sustancial los consignados en la propuesta de resolución:

El hijo de la reclamante, cuando contaba con 38 años de edad, fue remitido desde su Médico de Atención Primaria –correspondiente al Área Sanitaria 4 de Madrid- hacia los Servicios especializados del Hospital Ramón y Cajal, para el estudio y encauzamiento de su proceso de Obesidad Mórbida. En el documento de Interconsulta, el facultativo de familia

reseñaba que, tras la deliberación oportuna, “...*dado su historial el paciente solicita ser valorado para Cirugía bariátrica*”.

En noviembre de 2005, el paciente comenzó con su estudio clínico especializado, iniciando consulta con el Servicio de Nutrición del Hospital Ramón y Cajal. En dicho Servicio se registró su peso (182,5 kg), el Índice de Masa Corporal (de 62,9) y otros parámetros -existía tendencia a la hipertensión-, además de llevarse a cabo la recogida de antecedentes médicos reseñarse que hubo intentos dietéticos previos (sin éxito) para la reducción de peso, los datos de la exploración física practicada y la petición de pruebas. Como Juicio Clínico se consignó Obesidad mórbida con hipertensión, Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño —*SAOS*—, a tratamiento con el dispositivo CPAP el cual causaba al paciente hipersomnolia diurna que interfería en su actividad laboral; también se reseñó que presentaba linfedema y disnea. El paciente era fumador de, aproximadamente, 20 cigarrillos/día. Había sido intervenido en dos ocasiones previas con anestesia general, sin complicaciones. Existía limitación funcional para la actividad habitual.

Fue solicitada una Interconsulta al Servicio de Psiquiatría, donde fue valorado el paciente en diciembre de 2005. Tras el correspondiente estudio, el informe al respecto concluyó señalando textualmente: Juicio Clínico: “*Obesidad mórbida sin patología psiquiátrica que desaconseje intervención quirúrgica en el momento actual*”.

Según la Historia Clínica que consta en el expediente, el paciente fue derivado a Consulta de Cirugía, para ser valorada la posible intervención. Fue consultado por el cirujano que le intervino con posterioridad, que solicitó Protocolo propiamente dicho con vistas a Cirugía bariátrica. En él se reseñó que la obesidad del paciente se calificaba de SUPER OBESIDAD MORBIDA (IMC > 50); el enfermo presentaba un índice de 62,97.

A partir de enero de 2006 se practicó al paciente consulta de preanestesia, cuyo especialista emitió un parte interconsulta a la unidad de broncofibroscopia, requiriendo su actuación para su posible necesidad en la futura intubación y solicitó y se practicaron analíticas completas convencionales y especiales denominadas bioquímica general completa, hematiometría completa, estudio de la fertilidad completa, unidad ósea completa, eritropatología completa, métodos por RIA - *radioinmunoanálisis*— completa, hormonas tiroideas completa y hormonas completa. Se llevó a cabo radiología convencional de tórax que se informó de este modo: *“La obesidad mórbida del paciente impide una visualización óptima del parénquima pulmonar y la silueta cardiaca. No obstante, no parece observarse alteraciones radiológicas significativas”*. La exploración de ecografía abdominal - a pesar de la dificultad que para su práctica óptima suponía la obesidad - pudo visualizar la mayoría de órganos intraabdominales, que aparecían normales. Sólo se reseña “esteatosis hepática”. El Estudio Gastroduodenal con contraste baritado mostró normalidad en esófago, unión de esófago y estómago, estómago, píloro, bulbo duodenal y arcada duodenal.

La valoración preoperatoria también incluyó la práctica de una Espirometría, cuyo resultado fue *“Compatible con la normalidad”*. Asimismo, se practicó una gasometría arterial en fecha 23 de enero de 2006. Los resultados fundamentales de esta prueba en esa fecha fueron los siguientes: pH 7,433 (intervalo de referencia 7,350 - 7,450), pCO₂ - *presión arterial de anhídrido carbónico*- 40,5 (Intervalo 32,0 - 45,0), pO₂ —*presión arterial de oxígeno*- 62,0 (intervalo de referencia 60,0-95,0), % de saturación de O₂ -*saturación de oxígeno de la hemoglobina*- 91,9 (intervalo de referencia 94,0-98,0). El consentimiento informado, específico de Anestesia General, fue firmado el 23 de enero de 2006 (folios 397 y 398). El riesgo anestésico -Escala ASA- se estableció en grado III

(sobre V) que se corresponde literalmente con la existencia de “*Enfermedad sistémica grave con limitación funcional grave*”.

En el PROTOCOLO DE CIRUGIA DE OBESIDAD MÓRBIDA del Servicio de Preanestesia de 23 de enero de 2006, cumplimentados los diversos apartados y resultados aparece “NO ACEPTADO POR: Gasometría”.

Consta en la Historia Clínica Consentimiento informado específico relativo a la intervención de cirugía bariátrica, firmado por el interesado, en el que se incluye información sobre la indicación quirúrgica, su técnica, complicaciones, posible cambio del procedimiento si se hiciera preciso (de laparoscopia a laparotomía si procediera), entre otras cuestiones (folios 387 a 389).

En fecha 27 de abril de 2006, el hijo de la reclamante acudió al Servicio de Urgencias el Hospital Ramón y Cajal, con motivo de “dolor torácico. En el Informe de esta asistencia se recoge como juicio clínico “*dolor torácico atípico para cardiopatía isquémica sin alteraciones electrocardiográficas ni elevaciones enzimáticas*”.

En fecha 16 de octubre de 2006, el paciente ingresó en el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Ramón y Cajal. En la valoración inicial del paciente por el personal de Enfermería, se reseñó que el estado anímico del paciente era *normal*, que tenía información sobre su enfermedad y que su actitud ante la misma era buena (folio 368).

El 17 de octubre de 2006 se le practicó nueva analítica general, de coagulación, de osmolaridad y nueva gasometría y co - oximetría. El resultado de la gasometría de ese día arrojó los siguientes valores: PH de 7.390; pCO₂ 47,4(32,0-45,0); pO₂ 71,0 HCO₃ 29,0(22,0-26,0);TCO₂ 30,5(23,0-27,0);SBC 27,7(22,0-26,0)y %sO₂C de 93,6(94,0-98,0).

La intervención programada para el día 18 de octubre de 2006 tuvo que ser suspendida por la falta de sangre disponible para ese día. El paciente causó alta el día 19 y volvió a ingresar el 23 de octubre.

El paciente es intervenido el día 24 de octubre de 2006 de by pass gástrico. El procedimiento de abordaje quirúrgico fue inicialmente por vía laparoscópica. La cobertura antibiótica persistió durante toda la intervención. En el informe de la intervención fue reseñado: *“Se inicia laparoscópica pero la anastomosis gastrointestinal se realiza a través de laparotomía por imposibilidad técnica para subir el asa”*. En el apartado de hallazgos se anotó: *‘Asas de intestino delgado distendidas. Abundante grasa visceral’*.

De acuerdo con las Hojas de Anestesiología durante la intervención se reseña: *“La intervención se inició algo después de las 9:00 horas y concluyó a las 19 horas del día referido. El paciente tenía intubación endotraqueal y ventilación mecánica durante toda la duración de la misma. En este paciente se monitorizaba, entre todos los parámetros, la saturación de oxígeno y la presión de CO2 al final de cada espiración (ET- end tidal- CO2)”*.

Las saturaciones de oxígeno variaron entre valores de 89 (2 anotaciones) y 97 (2 anotaciones). La media y medición más frecuente fue de 93. Los valores de ETCO2 se situaron entre 24 y 33, con media y valor mas frecuente de 28.

Cuando eran las 15:30 horas, la técnica quirúrgica tuvo que convertirse en laparotomía. En ese momento se pasaron otros 2 gramos de amoxicilina. Se reseña en ese mismo documento que la intubación se realizó sin problemas, pero existió dificultad para mantener las saturaciones de oxígeno, precisando la aplicación de O2 al 100% durante toda la cirugía, que tuvo una duración de 9h 30’.

El paciente pasó a la Unidad de Cuidados Intensivos sedado, intubado y conectado a ventilación mecánica. Estaba con tratamiento sedoanalgésico y antibiótico. Pasó a esa Unidad con una saturación de oxígeno del 88-90 %, subiendo a 91 y hasta 94 con el manejo de la ventilación mecánica. El paciente estaba afebril, hemodinámicamente estable y con tensión arterial adecuada.

En los siguientes días de la permanencia en UCI, el paciente fue presentando adaptaciones y desadaptaciones fluctuantes al respirador. La vigilancia era constante y se iban aplicando los mecanismos adaptadores pertinentes en el respirador (incluido cambios del mismo). El paciente tendía a la desaturación de oxígeno y, a pesar de la sedación, estaba muy reactivo a las bajadas de saturación ante las manipulaciones.

Apareció febrícula en la tarde del día 25 y 26 con un pico febril sin leucocitosis. Seguía pautado el antibiótico y se llevaba a cabo la aspiración habitual de secreciones.

Se aplicó tratamiento broncodilatador. La herida quirúrgica estaba en buen estado. El paciente, hemodinámicamente, se encontraba estable. El día 26 inició nutrición parenteral.

El día 26 de octubre de 2006 se tomó muestra del material obtenido por broncoaspiración para su análisis bacteriológico, cuyo resultado (del día 31) mostró la presencia de leucocitos, cocobacilos GRAM (+) y cocobacilos GRAM (-).

El 27 de octubre apareció, en la noche una desaturación de oxígeno importante, que se remontó con óxido nítrico (NO). Se estaba intentando la retirada de sedación pero el paciente presentaba desaturaciones de oxígeno; lo cual hizo necesario volver a entrar en sedación. Se mantuvo con NO. Se registró temperatura de 37,6°, que no se acompañaba de leucocitosis ni *desviación a la izquierda* de estos glóbulos blancos (página

de evolución n° 170). Practicada una radiografía de torax, ésta mostró condensación basal pulmonar izquierda. El paciente, pues, se encontraba en insuficiencia respiratoria global con neumonía basal izquierda. Se modificó la antibioterapia, aplicándose un compuesto de imipenem más cilastatina a dosis alta (1 gramo cada 6 horas). La práctica de gasometrías y analíticas era constante.

Este día se tomaron dos muestras para hemocultivo (cuyo resultado, el 6 de noviembre, se mostró como “estéril”).

El 28 de octubre la situación del enfermo se calificó de “crítica”. El paciente se encontraba estable hemodinámicamente (con aportación de dopamina en la noche anterior), pero (tal como se registró en la Hoja de evolución) existía una imposibilidad de mantener una correcta oxigenación, a pesar de aplicarse una fracción inspiratoria de oxígeno de 1 y una presión positiva al final de la espiración de + 12 (PEEP), para evitar colapso pulmonar. En la tarde de ese día hubo adaptación adecuada a la ventilación mecánica.

El 29 de octubre la fiebre se mantenía a pesar de la medicación. El paciente fue valorado por especialista en Enfermedades Infecciosas, que reseñó (página 167) igualmente, la presencia de neumonía nosocomial con Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (del Adulto). Se pautó tratamiento antibiótico con meropenem a 2 gramos cada 8 horas junto con otro antibiótico: ciprofloxacino, o entre otros en dosis de 400 miligramos tres veces al día.

El 30 de octubre una nueva radiografía de tórax muestra los signos del SDRA (infiltrados alveolares bilaterales) y atelectasias. Ese mismo día se practicó una broncoscopia respiratoria, que mostró la presencia en tráquea de secreciones espesas estancadas que se aspiraron con dificultad. Una vez retiradas las mismas, se visualizó impactación de material purulento en

todo el árbol bronquial —más intensa en rama izquierda—, que fue aspirado hasta dejar el árbol bronquial totalmente permeable; la mucosa aparecía muy inflamada por la presión de las sondas de aspiración. Se tomó muestra para cultivo, cuyo resultado —el 2 de noviembre— fue: ‘cultivo aerobiosis estéril’ y para la tinción de Gram se mostraron leucocitos y ausencia de microorganismos.

La situación del paciente continuo siendo muy grave, bajo control de UCI y valoración de otros especialistas (Enfermedades Infecciosas). Hubo mejoría respiratoria tras la broncoscopia poco duradera. La evolución de la intervención gástrica era favorable.

La función renal se conservaba, pero con diuresis forzada. Fue preciso disminuir la dosis de óxido nítrico ya que elevaba la metahemoglobina. La fiebre se mantenía a pesar del tratamiento, así como los infiltrados pulmonares.

El 2 de noviembre el especialista en Infecciosas anotó que seguía en similar situación (aunque la fiebre pasó a 37°). Precisó continuar con igual tratamiento antibiótico (reestudiados los diversos cultivos) y volvió a solicitar 2 hemocultivos sacados por vía central y cultivo del broncoaspirado. Estableció añadir un nuevo antibiótico (*vancomicina, antibiótico de stirpe diferente, glucopeptidico, con acción frente a bacterias gram positivas aerobias y anaerobias, incluido el stafilococo aureus*) si aumentaba la fiebre o se mostraba en situación séptica (página 160). Se añadió dicho antibiótico el 3 de noviembre. Este antibiótico requirió de vigilancia de sus niveles en sangre por su potencial toxicidad. En ese día se programó al paciente para serle realizada traqueotomía, con el debido consentimiento familiar, con el fin de remontar la crítica situación respiratoria.

Surgida una úlcera por decúbito en la zona sacra (escara), se llevaban a cabo las curas pertinentes.

El día 4 de noviembre se practicó la traqueotomía más lavado y aspiración bronquial con fibrobroncoscopio, sin incidencias y con posteriores maniobras de reclutamiento alveolar -reapertura de áreas pulmonares colapsadas- ajustándose el respirador aumentando la presión positiva al final de la inspiración (PEEP) y la frecuencia respiratoria.

El día 5 el paciente continúa con situación respiratoria catastrófica, a pesar de las medidas adoptadas. La saturación de Oxígeno se mostraba refractaria a su ascenso. La fiebre persistía, con difícil control a pesar del tratamiento antitérmico y antibiótico.

Por otro lado, las pruebas de inyección de colorante y de exploración abdominal, con vistas al estudio de la integridad de las suturas gastrointestinales, fueron satisfactorias.

La evolución del paciente en los días sucesivos puede resumirse así: el 8 de noviembre se practicaron dos nuevos cultivos de sangre resultando estériles y del broncoaspirado, que mostró la presencia de leucocitos y flora bacteriana mixta. El 9 de noviembre se llevó a cabo nueva Broncoscopia, con el resultado de: *“Exploración broncoscópica normal”*.

El día 10 de noviembre se tomó muestra para su cultivo de líquido orgánico de drenaje, que resultó estéril.

El día 15 de noviembre se tomó nueva muestra del broncoaspirado para cultivo (cuyo resultado, que mostraba leucocitos y cocos gram+, se obtuvo el 20 de noviembre).

Aparecieron ciertas fluctuaciones hacia la mejoría en cuanto a la saturación de oxígeno el día 11 de noviembre, aunque el enfermo persistía

en insuficiencia respiratoria, distress vs sepsis (foco pulmonar) y con aumento de transaminasas hepáticas (por hipoxia).

El paciente continuaba con el síndrome febril y afectación general. Se le realizaron diversas pruebas indagando otros orígenes ecocardiograma -sin derrame pericárdico ni alteraciones valvulares-, ecocardiograma transesofágico (que resultó sin datos sugestivos de endocarditis) ecografía abdominal (que mostró —a pesar de resultar subóptima- hígado y vías biliares sin alteraciones y ausencia de líquido libre en pelvis y espacio de Morrison —*interhepatorrenal*-). También se practicaron pruebas serológicas que contribuyeran a aclarar el origen de dicho estado marcadores de hepatitis B y C, del Virus de Inmunodeficiencia Humana y de Citomegalovirus (que resultaron negativas).

La radiografía de tórax del día 15 de noviembre presentaba “discreta mejoría respecto placa del 14-11-06. Aumento de zonas aireadas bilaterales y desaparición de condensación en LM Derecho. Continúa derrame bilateral”.

El día 17 de noviembre el paciente continuaba febril, aunque con mejoría en la función pulmonar y alta saturación. Se mantenía en situación de sepsis. Las funciones renal, hepática y hemodinámica estaban afectadas. Se volvió a tratar quirúrgicamente la escara sacra. Las pruebas al efecto mostraron buena evolución de la intervención abdominal practicada.

El día 18 de noviembre apareció un cuadro súbito de taquicardia sinusal que se reseñó como shock séptico de probable origen respiratorio, SDRA, anemia, insuficiencia respiratoria mixta de predominio hipercápnico, síndrome febril e insuficiencia renal y se ajustaron las drogas vasoactivas. A partir de aquí se mantuvo inestable hemodinámicamente, pero sostenido y empeoró la función respiratoria con respecto al día previo.

El día 19 de noviembre de 2006 la inestabilidad hemodinámica del paciente aumentó, lo cual requirió incremento de las drogas vasoactivas. La frecuencia cardíaca se elevó a 160 lpm y cayó en hipotensión por lo que se optó por pasar perfusión de amiodarona. Posteriormente asistolia que se intenta recuperar con hasta 12 mg de adrenalina + 3 mg atropina sin respuesta y obteniendo respuesta eléctrica aislada sin pulso eficaz. Se realiza RCP *-Resucitación Cardio Pulmonar-* durante 20 minutos sin respuesta. Produciéndose el *exitus* a las 14: 15 del día 19 de noviembre.

El Informe de Alta de 22 de noviembre de 2006 resume el proceso como: *“Diagnóstico Sepsis de origen respiratorio. Respiración Mecánica IPPV (Ventilación a Presión Positiva Intermittente).... Complicaciones Fracaso renal agudo. Fracaso multiorgánico. Shock séptico de origen respiratorio. Neumonía basal. Insuficiencia respiratoria mixta de predominio hipercápnico. Tratamiento: Antibioterapia específica dirigida, sueroterapia, diuréticos, drogas vasoactivas..., curas locales, analgesia. Evolución Mala evolución con empeoramiento progresivo, fallo multiorgánico y parada cardiorrespiratoria no recuperada Exitus”*.

A los hechos anteriores, les son de aplicación las siguientes

CONSIDERACIONES EN DERECHO

PRIMERA.- Es preceptiva la solicitud y emisión de dictamen por la Comisión Permanente del Consejo Consultivo, de acuerdo con el artículo 13.1.f).1º de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, reguladora del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, conforme al cual este órgano deberá ser consultado en el caso de *“Expedientes tramitados por la Comunidad de Madrid, las entidades locales y las universidades públicas*

sobre: 1.º Reclamaciones de responsabilidad patrimonial, cuando la cantidad reclamada sea igual o superior a 15.000 euros o cuando la cuantía sea indeterminada”.

En el caso que nos ocupa, la reclamación patrimonial presentada se ha cifrado por la reclamante en 400.000 euros, por lo que resulta preceptivo el dictamen del Consejo Consultivo.

El dictamen ha sido recabado de órgano legitimado para ello –el consejero de Sanidad-, a tenor del artículo 14.1 de la misma Ley.

La competencia para resolver los procedimientos sobre responsabilidad patrimonial corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo establecido en el artículo 55.2 de la Ley 1/1983, de 13 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid, si bien las competencias de tramitación han sido atribuidas al viceconsejero de Asistencia Sanitaria, por el artículo 23.2.i) del Decreto 24/2008, de 3 de abril.

SEGUNDA.- La reclamante solicitan indemnización por los daños y perjuicios que se le han causado por los hechos descritos en los antecedentes de hecho, consistentes en la defectuosa asistencia sanitaria dispensada a su hijo.

En el caso que nos ocupa, la legitimación que correspondería a la reclamante para dirigirse frente a la Administración sanitaria vendría del hecho de haberse irrogado a aquella un daño moral, como consecuencia del fallecimiento de su hijo, daño que es resarcible, compensable económicamente, y que constituye, como tiene señalado la jurisprudencia, un derecho patrimonial. Como tiene declarado abundantísima jurisprudencia, la indemnización a favor de los perjudicados en caso de fallecimiento de una persona se fija *iure proprio*, es decir, por el perjuicio personal causado a quien se encontraba con el difunto vinculado con un

lazo de parentesco, afectividad o convivencia, y que, precisamente por ese fallecimiento, sufre un daño susceptible de indemnización, daño que se califica de daño moral (*vid.* por todas, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Navarra núm. 1089/2003, de 17 de octubre). Por lo demás, el daño moral es un daño personalísimo, que sólo puede ser reclamado por quien lo sufre, o por un tercero, siempre que aquél le hubiera conferido su representación o, en el caso de ser menor o incapacitado, ostente su representación legal (Sentencia del Tribunal Supremo –Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 6ª- de 30 de diciembre de 2002).

La legitimación pasiva resulta indiscutible que corresponde a la Comunidad de Madrid, toda vez que el daño cuyo resarcimiento se pretende fue supuestamente causado por personal médico integrado dentro de la red sanitaria pública madrileña.

En cuanto al plazo para el ejercicio de la acción, es de un año, contado desde que se produjo el hecho o el acto que motive la indemnización, o de manifestarse su efecto lesivo (cfr. artículo 142.5 de la LRJAP).

En el caso que nos ocupa, el fallecimiento del hijo de la reclamante aconteció el día 19 de noviembre de 2006, por lo que habiéndose interpuesto la reclamación el 14 de noviembre de 2007, la acción indemnizatoria se ejercitó dentro de plazo.

TERCERA.- El procedimiento para la tramitación de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 35 del Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid, aprobado por Ley Orgánica 3/1983, de 25 de febrero, y artículo 55 de la Ley 1/1983, de 13 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid, se encuentra regulado en el Título X de la LRJAP-PAC (artículos 139 y siguientes), desarrollado en el citado RPRP.

A este procedimiento se encuentran sujetas, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJAP-PAC (en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero) y la disposición adicional primera del RPRP, las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicas, así como de las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud.

De acuerdo con el artículo 10 del citado Real Decreto, *“el órgano competente para la instrucción del procedimiento podrá solicitar cuantos informes estime necesarios para resolver. En todo caso, se solicitará informe al servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable”*.

Como se dijo *supra*, se ha recabado y evacuado informe del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Ramón y Cajal. Sin embargo en la reclamación formulada por el interesado no solo son objeto de reproche la actuación del referido servicio médico sino que también se alude al Servicio de Anestesiología y al Servicio de UVI del Hospital.

En el presente caso, no consta en el expediente que se haya emitido informe por los precitados Servicios de Anestesiología y de UVI del Hospital, por lo que habrá de retrotraerse para que se emita por dichos servicios su informe preceptivo.

Debe resaltarse que resulta especialmente relevante que el informe del Servicio de Anestesiología conteste al principal reproche de la reclamante que se centra en los anómalos resultados de las pruebas de gasometría arterial preoperatoria. A este respecto consta en la Historia Clínica el PROTOCOLO DE CIRUGIA DE OBESIDAD MÓRBIDA del Servicio de Preadnestesia de 23 de enero de 2006, en el que aparece “NO ACEPTADO POR: Gasometría”, siendo sin embargo posteriormente aceptada la operación que se llevó a cabo el día 23 de octubre de 2006 tras

una nueva prueba de gasometría realizada el 17 de octubre de 2006 con algunos valores fuera de la normalidad. Deberá pues recabarse el precitado informe del Servicio de Anestesiología que deberá pronunciarse sobre la cuestión señalada que se estima fundamental para que este Consejo pueda formarse un juicio adecuado sobre el fondo del asunto.

Una vez se haya tramitado el procedimiento con traslado a la Inspección médica para nueva valoración, deberá darse trámite de audiencia al reclamante y ser remitido, nuevamente, a este Consejo.

En mérito a cuanto antecede, el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede retrotraer el procedimiento para que el órgano instructor solicite informe a los Servicios de Anestesiología y de UVI del Hospital Ramón y Cajal en cuantos servicios presuntamente causantes del daño.

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, 19 de octubre de 2011