



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

Dictamen nº 270/2024

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 8 de octubre de 2024, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por la Ilma. Sra. Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 25 de marzo de 2024 (COMINTER número 66803), sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, en representación de D. Y y otra, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2024_109), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El 11 de enero de 2017, un abogado, en nombre y representación de D. Y y D.^a Z, presenta una reclamación por los perjuicios causados por el fallecimiento de su hija, P, el día 21 de septiembre de 2016, en el Hospital Clínico Universitario "Virgen de la Arrixaca" (HUVA), durante una intervención quirúrgica de implante coclear.

Fundamenta su reclamación en los siguientes hechos:

La hija de los reclamantes nació el 30 de abril de 2015 en el HUVA, a las 41+3 semanas de gestación.

La niña nació con un peso de 3.300 gr. y test de Apgar 9/10, pero a los 21 días fue diagnosticada de "*Síndrome de Charge. Mutación en heterocigosis C/5029C >T en gen CHD7. Coloboma en nervio óptico izquierdo y microoftalmía derecha. Ptosis palpebral. Laringomalacia, retrognatía, cofosis bilateral y rasgos particulares secundarios del síndrome*".

Desde el punto de vista cardiológico, la niña presentaba un foramen oval permeable y una sospecha prenatal de un arco aórtico derecho, con subclavia derecha aberrante, anomalía que nunca fue confirmada tras sucesivas ecocardiografías efectuadas tras su nacimiento. También presentaba laringomalacia, sin compresión traqueal ni esofágica.

El 21 de enero de 2016, fue sometida a una funduplicatura gástrica tipo Nissen y a la colocación de una sonda de gastrotomía para alimentación, por el Servicio de Cirugía Pediátrica del HUVA, siendo dada de alta el 30 de enero de 2016.

El 20 de septiembre de 2016 ingreso de nuevo en el HUVA, a cargo del Servicio de Otorrinolaringología (ORL) para implante coclear programado. Durante la intervención la paciente entra en parada cardiaca necesitando reanimación cardiopulmonar avanzada durante 45 minutos, falleciendo finalmente, Se solicita autopsia.

En el protocolo quirúrgico, se hizo constar:

“Anestesia general. Monitorización VII par. Rasurado retra-auricular previo. Infiltración con Bupivacaina.

Incisión retroauricular hasta plano muscular. Inicio de incisión de colgajo muscular con sangrado venoso de la tabla ósea externa que se controla con taponamiento. Posteriormente, bradicardia, desaturación y actuación del anestesista”.

En la historia clínica consta que la menor ingresó en quirófano a las 8.40 horas, iniciándose la intervención a las 09.35 y produciéndose el exitus a las 11.00 horas.

En la hoja de anestesia se hizo constar como antecedentes del paciente:

“No AMC. Síndrome de Charge (coloboma, microftalmia OI, cofosis bilateral, laringomalacia, trastorno de la deglución), conducto arterioso permeable, fosa oval permeable. Sospecha de arco aórtico izquierdo con subclavia derecha aberrante. Bronquitis de repetición”

Y se añade:

“Se evidencia caída del C02, con bradicardia. Se comprueba IOT que es correcta y se inician maniobras de RCP avanzada, con FiO2 1, administración de adrenalina y atropina, según protocolo, durante 45 minutos”.

Consideran los reclamantes que la parada cardiaca tuvo un origen hipóxico cuya causa tuvo que ser una de las siguientes:

- a) Intubación orotraqueal incorrecta desde el inicio de la anestesia.
- b) Extubación traqueal espontánea: el tubo orotraqueal se salió de la tráquea durante las maniobras quirúrgicas.
- c) Desconexión del tubo orotraqueal, correctamente colocado en la tráquea, del circuito del respirador.
- d) Fallo del ciclaje del respirador, en una niña anestesiada y relajada con miorelajantes.

Que todas estas causas eran previsibles y evitables *“mediante una adecuada monitorización de la vía aérea y del circuito del respirador, además, y fundamentalmente, mediante una adecuada vigilancia personal por parte del equipo de anestesiología”*.

Aportan junto con su escrito, diversos informes de la medicina pública y facturas justificativas de los gastos que reclaman.

Los reclamantes cuantifican el daño reclamado, de conformidad con la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de tráfico, en 178.278 euros.

SEGUNDO.- Subsana la solicitud, la reclamación es admitida a trámite por resolución, de 23 de marzo de 2017 del Director Gerente del servicio Murciano de Salud (SMS) y se ordena la instrucción del procedimiento al Servicio Jurídico del indicado ente público sanitario, que procede a comunicar a los interesados la información prescrita por el artículo 21.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC), al tiempo que recaba de la Gerencia de Área de Salud I que se remita una copia de la historia clínica de la paciente e informe de los facultativos que la atendieron.

Consta asimismo que se dio traslado de la reclamación a la correduría de seguros del SMS.

TERCERO.- Remitida la documentación clínica e informes solicitados, consta el evacuado el 3 de noviembre de 2016 por la Jefa de Sección de Anestesiología Pediátrica del HUVA, que es del siguiente tenor:

“En relación a la solicitud (N/R 6816/16), de copia en papel de la monitorización de la Anestesia realizada durante dicha Cirugía (21/9/16), les comunico que el registro oficial en papel de la Anestesia, se encuentra en la Historia Clínica nº 5282205. Habiendo sido realizado, por el Anestesiólogo responsable de dicho quirófano, Dr Q.

El material que yo les mostré a los padres de P, fue obtenido con posterioridad a la muerte de la niña, tras la revisión que realizamos del registro en el interior del Aparato de Anestesia. En la actualidad, en ningún Hospital del Servicio Murciano de Salud, se dispone de conexión directa de estos datos con el sistema de registro informático de cada Hospital. Por lo que las copias en papel mostradas a la familia, en nuestra conversación posterior, son capturas fotográficas de la pantalla del Respirador de Anestesia, que yo imprimí en papel desde mi ordenador, para poder esclarecer la causa de este terrible suceso. Este registro presenta un decalaje de una hora, ya que el respirador esta ajustado según otro huso horario. Por tanto el incidente fue a las 10.20 y no a las 9.20

como se ve en el reloj del monitor. Y la desconexión de la niña del respirador fue a las 11.05, aunque las maniobras de reanimación fueron suspendidas antes por falta de respuesta y comprobación de su muerte, lo que se informó de inmediato a la familia.

Como se comentó con posterioridad en la conversación con los padres (3/10/16), observamos en este registro un descenso brusco en la capnografía (nivel de CO₂ espirado), que pasó de repente de 32 a 5 mmHg, manteniendo constantes todos los demás parámetros ventilatorios. Hubo una atención inmediata al suceso, lo que viene reflejada por el paso posterior a ventilación manual para su comprobación. Pero este parámetro ya nunca volvió a la normalidad, a pesar de las maniobras de Reanimación iniciadas en ese mismo momento para resolver las alteraciones hemodinámicas y cardiológicas que aparecieron a continuación de forma casi simultánea.

El descenso brusco de carbónico, en una cirugía de la cabeza, puede ser un posible signo patognomónico de embolismo aéreo, que debido a las alteraciones vasculares inherentes a su patología de SÍNDROME DE CHARGE, pudo tener una intensidad y unas consecuencias mayores”.

También ha emitido informe un facultativo del Servicio de Anestesia del HUVA, en el que indica:

“La paciente llega a la espera de camas a las 8:15 procedente de hospitalización de cirugía infantil, con número de orden 1º, del quirófano programado 1 de ORL, donde consta en el parte de quirófano con diagnóstico de cofofosis bilateral a la cual se le va a realizar un implante coclear mediante anestesia general. Allí es recepcionada por la enfermera junto a sus padres y su historia clínica, se la pesa (9,7 kg) y toma la temperatura. A continuación es vista por mí como anestesista responsable en el box 1, donde compruebo su historia de preanestesia actualizada y realizada por la Dra. R el 01/07/2016 en la cual es clasificada como ASA III con riesgo aumentado para la anestesia general, por su patología y antecedentes personales: Síndrome de CHARGE (coloboma, microftalmia OI, cofofosis bilateral, laringomalacia, trastorno de la deglución), conducto arterioso permeable, fosa oval permeable, sospecha de arco aórtico izquierdo con subclavia derecha aberrante, portadora de PEG (gastrostomía percutánea endoscópica). Así mismo compruebo que no ha habido ningún cambio en su estado clínico desde que se le realizó la consulta de pre anestesia, que se encuentra en ayunas y tiene firmado los consentimientos de anestesia general por parte de los padres. También verifico que tiene crema EMLA (mezcla de lidocaína y prilocaína) en brazos y piernas, así como el estado de la PEG.

A continuación, me dirijo al quirófano donde compruebo que se ha realizado el chequeo del respirador de anestesia de forma correcta por parte de enfermería siendo este totalmente normal no mostrando ninguna incidencia. Que todo el material de anestesia está preparado, que la temperatura del quirófano es la adecuada y el personal de enfermería y cirujanos está en el quirófano.

Indico a las 08.40 que se traslade a la paciente al quirófano desde la espera de camas, una vez dentro del quirófano se procede a colocación del paciente en la mesa de operaciones según el tipo de cirugía que se va a realizar, debajo de la paciente se encuentra la manta de calor por agua para prevenir la hipotermia, se monitoriza electrocardiograma, pulsioximetría, tensión arterial no invasiva y se procede a realizar venopunción en miembro inferior izquierdo, una vez comprobada que la vía es permeable se procede a iniciar fluidoterapia.

Posteriormente a las 08.45 se procede a preoxigenar a la paciente con mascarilla facial del número 2 procediendo a la inducción de la anestesia con atropina, propofol y cisatracurio una vez que se tiene las condiciones adecuadas para la intubación, realizo intubación traqueal reglada mediante laringoscopia directa con pala curva Macintosh del número 2 y tubo orotraqueal del 4,5 sin neumo. Una vez comprobada por visión directa y auscultación pulmonar bilateral su colocación correcta se fija el tubo orotraqueal a la comisura bucal con doble lazada de esparadrapo de tela y se conecta al respirador. Se inicia ventilación mecánica del paciente comprobándose de curva de CO₂ espirado en el capnógrafo. Se ajustan los parámetros ventilatorios de volumen tidal, frecuencia respiratoria, FiO₂, PEEP, según peso del paciente y se abre la válvula del gas anestésico Sevoflurano al 2%.

A continuación, se procede a colocación de sonda urinaria al paciente para control de diuresis y control de temperatura. Además se inician las perfusiones de remifentanilo y cisatracurio para mantenimiento de la anestesia.

En todo momento la paciente ha estado estable hemodinámicamente como lo demuestra el registro de la hoja de anestesia. Una vez anestesiada y monitorizada según protocolo los cirujanos proceden a preparar el campo quirúrgico mediante rasurado y desinfección de la zona donde se va a realizar el implante coclear y a la colocación de paños estériles. El cirujano me pregunta a las 09:35 si puede iniciar la cirugía y yo le indico que puede empezar.

A las 10:20 coincidiendo con la apertura de un vaso craneal se produce un descenso brusco del CO2 espirado, junto con hipoxemia, bradicardia e hipotensión como queda reflejado en la hoja de anestesia. Se procede inmediatamente a la retirada de los paños de la cirugía para tener acceso a la cabeza de la paciente para comprobar la posición del tubo orotraqueal, este se fijó en la comisura labial y conectado al aparato de anestesia el cual sigue ciclando. Se pasa a modo de ventilación manual, se sube la FiO2 a 1 y se auscultan ambos campos pulmonares comprobándose la correcta colocación del mismo. Ante esta situación crítica de colapso cardiovascular severo se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada con drogas vaso activas y masaje cardíaco externo durante 45 minutos según protocolo, con la ayuda del staff de anestesia, Dr. S, Dra. T, no obteniendo en ningún momento respuesta a dichas maniobras de resucitación. Tras confirmarse el exitus se desconectó del respirador.

La sospecha clínica más probable de este cuadro, es la de un embolismo aéreo venoso masivo, el cual puede aparecer como complicación en todas las cirugías de cabeza y cuello siendo su mortalidad muy alta, siendo el dato más importante y patognomónica el descenso brusco del CO2 espirado unido a hipoxemia y colapso cardiovascular.

(Venous air embolism: a review. Palmon.Journal of Clinical anaesthesia; 9(3); 251-7)

(Revista Colombiana de Anestesiología; Volume 43;Suplement I; January-March 2015;pages 40-44)

La intubación orotraqueal se hizo según protocolo y fue correcta desde la inducción de la anestesia comprobándose su colocación mediante laringoscopia directa, auscultación pulmonar y capnografía del CO2 espirado, fijándose con doble lazada a la comisura labial.

No hubo extubación traqueal espontánea durante todo el proceso quirúrgico del tubo orotraqueal a las maniobras quirúrgicas comprobándose en todo momento su correcta posición y conexión al respirador de anestesia.

No hubo desconexión del tubo orotraqueal en ningún momento del circuito de respirador.

No hubo fallo del respirador de anestesia durante toda la intervención”.

CUARTO. - En fecha 27 de mayo y 2 de junio de 2020, los reclamantes solicitan que se complete el expediente con la monitorización de la menor durante su estancia en quirófano -con el cómputo del inicio y fin de la intervención, tiempo de parada, duración de la misma, constantes vitales durante toda la intervención, entre otros parámetros-, así como el protocolo firmado por el anestesista desde su entrada en quirófano, explicando cómo se produjo la intubación o qué drogas fueron utilizadas para la reanimación, y las gasometrías efectuadas a la menor y analíticas, tanto previas como posteriores a su entrada en quirófano.

QUINTO. - En fecha 30 de junio de 2020, emite informe el Jefe de Servicio de Anestesiología y Reanimación del HUVA, en el que indica:

“En relación a la información que se me solicita, le informo de que ésta no obra en mi poder, sino que está depositada en el Archivo de Historias Clínicas del Hospital y en el sistema informático SELENE.

Los cómputos de inicio y fin de la intervención se encuentran en la Hoja Circulante del Quirófano, que debe estar en la historia clínica, puesto que creo que en 2017 todavía no existía en formato electrónico. Si fuera así, está en

SELENE.

El único registro anestésico es la Gráfica de Anestesia, que no suele firmarse. Por lo que expone el demandante, la ha podido consultar. En ella debe ir reflejada toda la información relevante que solicita. Igualmente se encuentra en la historia clínica.

Las gasometrías, o al menos las copias en papel, deben figurar igualmente en la historia clínica. Actualmente los gasómetros están conectados a SELENE y por lo tanto queda una copia en dicho sistema. Desconozco si en ese momento el gasómetro dejaba dicha copia.

Por lo tanto, la información que solicitan no obra en mi poder, sino que se encuentra en Archivos y en SELENE. Por lo que he leído, creo que el demandante ha accedido ya a la información que solicita. No obstante, si puedo ayudar de alguna forma o consideran que debo pedir dicha información a Archivos, les ruego que me lo comuniquen y así lo haré”.

SEXTO. - En fecha 1 de febrero de 2021, los reclamantes presentan escrito de alegaciones ampliando las imputaciones de mala *praxis*, al considerar que la causa posible compatible con lo sucedido fue la sobredosificación o absorción acelerada de la Bupivacaina que le fue administrada, ya que puede dar lugar a una depresión de la conducción cardíaca con riesgo de severas reacciones cardiovasculares, bradicardia extrema e incluso parada cardíaca, en caso de: - sobredosificación - administración intravascular accidental, - estados de absorción acelerada; estando absolutamente contraindicada en el caso de la paciente; no hubo consentimiento informado, el cual es obligatorio para este tipo de anestesia loco-regional, dada su elevada toxicidad. - No se aplicaron las medidas para reducir toxicidad. - El consentimiento informado para la cirugía de implante coclear no prevé el fallecimiento del paciente como posible riesgo de esta, encontrándonos ante un da ño absolutamente desproporcionado para el tipo de cirugía efectuada.

SÉPTIMO. - En fecha 21 de octubre de 2022, se emite informe por la Inspección Médica, con las siguientes conclusiones:

- “1. La niña P presentaba una cofosis bilateral congénita en el contexto de un S. de Charge, por lo que se le indicó de manera correcta, un implante coclear.*
- 2. La niña fue valorada previamente a la cirugía por el S. de Anestesia que consideró que podía ser anestesiada. El riesgo anestésico estaba elevado por su patología de base.*
- 3. El día 21 de septiembre de 2016 entra en quirófano. Tanto la preparación previa de la paciente como las dosis de fármacos se ajustaron a normopraxis.*
- 4. La anestesia comienza a las 8:45, posteriormente comienza la cirugía y a las 10:20, de manera brusca hay una caída del C02 expirado lo que es indicativo de una embolia aérea venosa.*
- 5. En la paciente se produjo un colapso cardiocirculatorio y pese al adecuado tratamiento de RCP avanzada con drogas vasoactivas y masaje cardíaco externo durante 45 minutos, la niña falleció.*
- 6. No se objetiva mala praxis”.*

OCTAVO. - El día 17 de noviembre de 2022, el Jefe de Servicio de Anestesiología y Reanimación emite nuevo informe en el que indica:

“Los hechos por los que se reclama tuvieron lugar antes de mi nombramiento como Jefe de Servicio, por lo que no tengo información directa sobre los mismos.

-El facultativo del Servicio de Anestesia que estuvo en la intervención quirúrgica solicitó el traslado al Hospital General Universitario "Reina Sofía", por lo que ya no pertenece a este Servicio.

-Sobre la documentación que me han enviado, que he leído con atención, me gustaría hacer las siguientes observaciones:

1 El descenso del EtCO2 puede deberse a una hipotensión o a un bajo gasto cardíaco que afecte a la perfusión tisular, no sólo a un problema de ventilación.

2 En los documentos que me han enviado no queda claro si la infiltración por bupivacaina la hizo el anestesiólogo o los otorrinolaringólogos.

3 La ficha técnica de la bupivacaina aconseja precaución, pero no la contraindica en menores de 12 años”.

NOVENO. - Solicitado informe complementario a la Inspección Médica se emite, en fecha 5 de diciembre de 2022, informe complementario en el que *“solicita que se le haga llegar dichas alegaciones a la facultativa especialista en ORL Dra . V que fue la facultativa que intervino a la niña para que emita informe acerca de ellas. También se le solicita que le haga llegar las siguientes preguntas: ¿el uso de la Bupivacaina es habitual en este tipo de intervenciones? ¿Cuál es su indicación?”.*

DÉCIMO. - En fecha 8 de febrero de 2023, se emite el informe solicitado por la Inspección Médica, elaborado por la médico especialista del Servicio de Otorrinolaringología del HUVA, en el que indica:

“Respecto a las cuestiones que plantea:

I.- El uso de la bupivacaína es habitual en este tipo de intervenciones? ¿Cuál es su indicación?

- El uso de anestesia local como la bupivacaína, generalmente asociada a vasoconstrictor/epinefrina/, se utiliza de forma habitual (protocolizada) en todas las cirugías de oído, tanto en pacientes adultos como en niños y siempre con el conocimiento del anestesista que valora si hay alguna contraindicación para ponerlo.

- Se infiltra en la región retroauricular cuando el abordaje no se hace por conducto auditivo externo (CAE), como es en el caso del implante coclear, o la piel del CAE cuando el abordaje es endoaural. El objetivo es facilitar la disección por planos y disminuir el riesgo de sangrado. Cuando se realiza la infiltración se comprueba que no se ha pinchado un vaso y que estamos en partes blandas.

- El uso de la bupivacaína como anestésico local es un producto que está aprobado/autorizado y avalado por el servicio de farmacia del Hospital Virgen de la Arrixaca y es de uso habitual en las cirugías de oído y de nariz realizadas por el servicio de otorrinolaringología.

- La bupivacaína es un anestésico local que no está contraindicado para niños menores de 12 años; así está descrito en la ficha técnica "Advertencias: Tener prudencia con la dosis en niños menores de 12 años y ancianos". "En niños entre 1 y 12 años la dosis debe ser calculada según la edad y el peso, hasta 2 mg/Kg de peso".

- La infiltración se realiza con una aguja fina y la cantidad que se puso fue de 1 mg/kg, es decir 4 ml, muy lejos de la dosis máxima que es de 2mg/kg sin adrenalina y 3 mg/Kg con adrenalina.

- La infiltración del anestésico local se realiza al principio de la intervención y se espera unos 10 minutos hasta que se realiza la incisión con el bisturí.

Consideraciones: *La infiltración del anestésico local se lleva a cabo antes de iniciar la intervención y se deja actuar*

durante unos minutos. El episodio de disminución del C02 que sucedió de forma brusca, se produjo a las 10.20h tal y como se registra en los gráficos de anestesia, más de media hora después del comienzo de la intervención. De haberse producido toxicidad cardiovascular, ésta se habría manifestado de forma aguda en los primeros minutos tras la infiltración. Además, las complicaciones cardiovasculares por anestésicos locales, se traducen en alteraciones electrocardiográficas, tales como prolongación del espacio QRS y arritmias. En el caso de P hay un registro ECG de la intervención y en ningún momento se observaron estas alteraciones. Lo que ocurrió es que se produjo un descenso brusco del C02 y posteriormente hizo una bradicardia extrema y una parada cardiorrespiratoria. Estos hechos sí se explican por la aparición de un embolismo aéreo.

Respecto a otras cuestiones expuestas en el escrito:

1.- "El consentimiento informado para la cirugía del implante coclear no prevé el fallecimiento del paciente como posible riesgo de la misma":

El consentimiento informado del implante coclear entregado a los padres, dice textualmente "Riesgos generales: Los riesgos vitales son muy raros aunque en todo acto clínico y teniendo en cuenta la necesidad de anestesia general, pueden producirse". Además, en el informe de la consulta de preanestesia se concluye que la niña es un ASA III, lo que implica un riesgo aumentado de complicaciones con la cirugía, tal y como especifica en el informe: "riesgo anestésico aumentado".

Entendemos que el desgraciado fallecimiento de P no se deriva de la colocación del implante coclear en sí, sino por una complicación sucedida durante la primera parte de la cirugía posiblemente favorecida por sus patologías de base que pudieron propiciar la aparición de una bajada brusca de C02, bradicardia y parada cardiorrespiratoria, siendo infructuosas todas las medidas de reanimación cardiopulmonar que se llevaron a cabo.

Se adjunta ficha técnica de la bupivacaína".

UNDÉCIMO. - Remitido el citado informe a la Inspección Médica, ésta emite informe complementario, de fecha 20 de febrero de 2023, en el que indica:

"Lo anterior se comprueba en los registros. Estando previamente estable la niña, la caída del C02 se produce de forma brusca a las 10:20 (9:20 en el registro del respirador por estar ajustado a otro huso horario según informe de la Jefa de Sección).

No hay ningún dato que haga sospechar que la Bupivacaína, fármaco muy utilizado de manera habitual en la práctica clínica, fuera la causa de la PCR.

El tratamiento que se instauró en la paciente tras la parada cardiorrespiratoria fue el correcto, como ya se dijo en el informe.

Por otra parte se argumenta que no había consentimiento informado para esta anestesia local y que en el CI de la cirugía del implante coclear no está descrito el fallecimiento como posible riesgo de la misma.

P era una niña que había sido anestesiada en varias ocasiones. La madre de P firmó el documento de CI para la anestesia general el 1 de julio de 2016 y para la cirugía el 14 de septiembre. La niña fue intervenida el 21 de septiembre. No es práctica habitual la firma de un documento de CI específico para un anestésico local utilizado en el curso de una intervención con anestesia general, tampoco se firman documentos específicos para todos los fármacos que se utilizan durante una cirugía con anestesia general.

Por último en el documento de CI para la cirugía se expone que: "los riesgos vitales son muy raros, aunque en todo acto médico y teniendo en cuenta la necesidad de anestesia general, pueden producirse."

CONCLUSIONES

1. *El uso de la Bupivacaína es habitual en las cirugías de oído tanto en niños como en adultos.*
2. *No está contraindicado su uso en niños. En la ficha técnica del producto se indica las dosis recomendadas en niños de 1 a 12 años que deberá ser calculada en función de la edad y el peso.*
3. *No hay ningún dato que haga sospechar que la Bupivacaína fuera la causa de la PCR.*
4. *Una reducción súbita en el nivel de C02 espirado asociada a hipotensión arterial es altamente sugestiva de embolismo aéreo. Lo sucedido en la niña es compatible con un embolismo aéreo venoso masivo.*
5. *No es práctica habitual la firma de un documento de CI específico para un anestésico local utilizado en el curso de una intervención con anestesia general, al igual que no se firman documentos específicos de CI para todos los fármacos que se utilizan durante una cirugía con anestesia general.*
6. *En el documento de CI para la cirugía consta que los riesgos vitales son muy raros, pero pueden producirse.*
7. *Pese al desenlace no se objetiva mala praxis”.*

DUODÉCIMO. - Abierto el trámite de audiencia, en fecha 15 de marzo de 2023 los reclamantes presentan escrito de alegaciones en el que se ratifican en sus escritos anteriores y añaden que, tras los resultados de la necropsia realizada a la menor, el embolismo venoso aéreo carece del menor soporte fáctico y ha de ser totalmente descartado.

El fallecimiento de la menor en el transcurso de una intervención quirúrgica otorrinolaringológica bajo anestesia general, constituye un daño desproporcionado.

DECIMOTERCERO. - Solicitado nuevo informe complementario de la Inspección Médica, se emite con fecha 27 de abril de 2023 en los siguientes términos:

“JUICIO CRÍTICO

La niña dentro del quirófano sufrió una caída brusca del C02 espirado registrado por capnografía, esto es un hecho prácticamente patognomónico de un embolismo aéreo. Pese al desfavorable resultado, no se objetiva mala praxis ni en el anestesista ni en el ORL.

La autopsia realizada a la niña no concluye con una identificación de la causa de la muerte, como es lo habitual en las necropsias clínicas, pero el informe AP no implica que se descarte el embolismo aéreo como la causa de la muerte de la niña.

ACTUACIONES REALIZADAS

Se consulta con un especialista en Anatomía Patológica.

CONCLUSIÓN

Se mantienen las conclusiones emitidas en los anteriores informes”.

DECIMOCUARTO. - En fecha 2 de mayo de 2023, se procede a la apertura de un nuevo trámite de audiencia,

presentando los reclamantes escrito, en fecha 16 de mayo de 2023, ratificándose en sus escritos anteriores e insistiendo en que la autopsia descarta el embolismo aéreo como causa del fallecimiento de la menor. Así mismo, desmiente que la autopsia no especifique la causa de la muerte, ya que en ella se dice que su causa es *“bronconeumonía aguda bilateral asociando lesiones inflamatoria crónicas de patrón inespecífico”*, por lo que estamos ante un caso de daño desproporcionado.

Añade que *“si partimos de la base de que el fallecimiento de la menor -según la autopsia- fue debido única y exclusivamente a una bronconeumonía aguda bilateral es evidente que el fallecimiento habría sido previsible y evitable habiendo diagnosticado antes de la cirugía el severo cuadro, bronconeumonía bilateral, suspendiendo la intervención y administrando el oportuno tratamiento antibiótico para erradicar la infección pulmonar. Ni que decir tiene que una detenida auscultación pulmonar y una simple radiografía de tórax -antes de la cirugía- hubiesen puesto de manifiesto la neumonía bilateral”*.

DECIMOQUINTO. - En fecha 30 de junio de 2023, se requiere informe de la Dra. W, del Servicio de Anatomía Patológica del HUVA, sobre:

“- Si es posible que, a la vista de la autopsia realizada a la paciente, el fallecimiento de la niña se hubiera producido por un embolismo venoso aéreo.

- Si la bronconeumonía bilateral, diagnosticada a la niña en la autopsia, pudo ser causa de su fallecimiento”.

DECIMOSEXTO. - En fecha 14 de julio de 2023, la Dra. W emite informe en el que indica:

“En respuesta al oficio remitido por la reclamación patrimonial 24/17 le comunico con respecto a la primera pregunta que no he encontrado signos directos ni indirectos de embolismo venoso aéreo en los diferentes órganos estudiados. Con respecto a la segunda pregunta, no puedo concluir que la bronconeumonía bilateral con atelectasias sea la causa directa del fallecimiento pero no descarto que sea un factor contribuyente”.

DECIMOSÉPTIMO. - En fecha 3 de octubre de 2023, los reclamantes presentan escrito de ampliación de alegaciones, en el que concluyen:

“- El estudio preanestésico fue incompleto y por tanto erróneo.

- No se estudió a fondo el factor infeccioso.

- La infección pulmonar por e.coli nunca fue diagnosticada.

- No se realizó RTPO.

- La última Rx de tórax data de 2 meses antes de la intervención quirúrgica.

- Fiebre, leucocitosis e infiltrado radiológico (20 de Julio y 20 de Agosto) debía haber puesto sobre alerta de Neumonía.

- Se realizó una anestesia general (22 de Septiembre) en un momento de infección Aguda cuando tenía que haberse aplazado.
- Se requerían estudios bacteriológicos y de antibiograma antes de operar, se conocían los episodios de microaspiraciones y los procesos de bronquitis de repetición, pero nunca se investigó a fondo el cuadro pulmonar. Se diagnosticaba como viriasis donde había además una infección bacteriana.
- Se podía operar, pero solo cuando el cuadro de neumonía hubiera cedido, ya que P fue operada otras dos veces bajo anestesia general sin ningún contratiempo.
- En las dos cirugías digestivas el estudio virológico fue negativo incluido el Bocavirus. En la cirugía de ORL el Bocavirus fue positivo, pero este dato fue conocido un día después del exitus”.

DECIMOCTAVO. - Solicitado nuevo informe complementario de la Inspección Médica, se emite en fecha 8 de febrero de 2024, en el que indica:

“Respecto a la primera de las consideraciones, la hipótesis de embolia aérea venosa que mantiene la inspección como causa del desgraciado fallecimiento de la niña, es también la hipótesis que mantienen tanto el anestesista interviniente, como la Jefa de Sección de Anestesiología Pediátrica del HCU Virgen de la Arrixaca, facultativa de referencia en la materia dentro de nuestra región.

(...)

En respaldo a estas afirmaciones citan bibliografía (como de otra parte hace también la inspectora informante).

Por lo que respecta a la ausencia de hallazgos de embolismo venoso en la autopsia realizada, esta ausencia no permite descartar el diagnóstico de embolismo aéreo. Recurriendo a la bibliografía de la especialidad, el artículo "La autopsia blanca. REV ESP PATOL 2004; VOL 37; nº 1:23-24" recoge que:

La autopsia en caso de un embolismo aéreo es típicamente negativa. Aunque no se sospeche clínicamente, debe descartarse en autopsias de muertes súbitas intraoperatorias o en pacientes portadores de catéteres venosos. La realización de técnicas radiológicas previas (Rx, TAC, RNM) es imprescindible en este tipo de autopsias. La demostración de aire en cavidades cardíacas derechas debe hacerse mediante disección bajo agua y en arterias meníngeas mediante un examen cerebral externo in situ y posterior disección cerebral bajo agua. El volumen de aire en el sistema venoso necesario para causar la muerte se estima en 100-250 ml, sin embargo, cantidades mucho más pequeñas pueden causar la muerte en el embolismo arterial. Mediante técnicas especiales es posible aspirar el gas embolizado y analizar sus componentes. Las maniobras de reanimación cardiopulmonar o un intervalo postmortem elevado interfieren e imposibilitan el diagnóstico de embolismo aéreo”.

Podemos concluir por tanto que hipótesis del embolismo aéreo como causas de muerte está sustentada en la bibliografía y en las opiniones de los profesionales y, además, que la ausencia de signos del mismo en la autopsia no descarta que se produjera, máxime en un caso como este, en el que se realizaron maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzadas durante 45 minutos.

Respecto a la segunda de las consideraciones, la suposición de que se realizó un estudio preoperatorio insuficiente que impidió la detección de una infección respiratoria aguda, neumonía, que fue la causa de la muerte, los reclamantes aducen que la niña había padecido recientemente varios episodios de infección respiratoria aguda que no fueron tenidos en cuenta y, además, que no se le realizó radiografía torácica preoperatoria (RTPO).

Respecto a los episodios de infección, constan en la historia sendas visitas a urgencias, una el 18/07/2016, en la que fue dada de alta con diagnóstico de síndrome febril de presumible etiología vírica, y otra el 20/08/2016 en la que el diagnóstico fue de infección aguda de vías aéreas superiores.

En cuanto a la actitud ante la presencia de infecciones respiratorias agudas cuando se tiene que anestesiar a un

niño, el documento "Consenso en la evaluación y preparación prequirúrgica en pediatría ARCH ARG PEDIATR/1998/vol 96:413". Especifica, para las infecciones respiratorias agudas, que: "...Por eso se recomienda postergar la cirugía de 2 a 3 semanas luego del proceso agudo, aunque el paciente se presente clínicamente normal desde el punto de vista respiratorio". Plazo que en este caso se cumplió de forma holgada.

Referente a la ausencia de RTPO, el documento: Recomendaciones de "no hacer" de la SERAM (Sociedad Española de Radiología Médica), indica en el apartado de "Radiografía de tórax preoperatoria de forma rutinaria" lo recogido al margen. Por tanto, en este caso no era obligada la realización de la prueba, máxime si tenemos en cuenta que la Rx de tórax en niños sólo se debe pedir cuando, por antecedentes o por datos positivos del examen físico, se espere de ella algún resultado que modifique las conductas de preparación prequirúrgicas o cuidados posquirúrgicos. No se hace de rutina porque no arroja datos significativos para modificar la conducta anestésicoquirúrgica.

Además de lo ya expuesto, no podemos olvidar que el cuadro clínico que desembocó en el fallecimiento de la menor fue un descenso brusco del CO₂ junto con hipoxemia, bradicardia e hipotensión, una situación crítica de colapso cardiovascular extremadamente súbito y severo que obliga a iniciar de forma brusca maniobras de reanimación cardiopulmonar. Esta presentación súbita y dramática no es propia de la evolución infección respiratoria alta tipo neumonía, pero sí de un embolismo aéreo como ya se ha argumentado.

No parece razonable considerar la neumonía como causa directa del fallecimiento en las condiciones que se produjo.

CONCLUSIONES

Por lo anteriormente expuesto se mantienen en su totalidad las conclusiones de los informes de inspección anteriores".

DECIMONOVENO. - Concedido nuevo trámite de audiencia a los interesados, en fecha 13 de marzo de 2024 presentan escrito de alegaciones por el que se afirman y ratifican en sus escritos anteriores.

VIGÉSIMO. - En fecha 20 de marzo de 2024, se elabora propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación formulada, ya que no se ha acreditado por los reclamantes el incumplimiento de la *lex artis ad hoc* por parte de los facultativos del SMS y, tampoco, la relación causal entre la asistencia prestada por aquellos y el daño reclamado.

En la fecha y por el órgano indicado, se ha solicitado el Dictamen preceptivo de este Órgano Consultivo, acompañando al efecto el expediente administrativo.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El Consejo Jurídico ha de ser consultado preceptivamente en las reclamaciones que, en concepto de

responsabilidad patrimonial, se formulen ante la Administración regional, de acuerdo con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico, y 81.2 LPAC, y con dicho carácter preceptivo se ha recabado y se emite este Dictamen.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. La reclamación por daño moral ha sido interpuesta por dos personas interesadas que son los padres de la paciente fallecida, según se deduce del contenido del expediente administrativo y han acreditado mediante una copia del Libro de Familia.

La Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse el daño a los servicios públicos sanitarios de su competencia.

III. En relación con el requisito del plazo, el artículo 67.1 LPAC establece que el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo.

En este caso, el fallecimiento del familiar de los reclamantes se produjo el 21 de septiembre de 2020, y la solicitud de indemnización se presentó el 11 de enero del año siguiente, de forma temporánea, por tanto, ya que se ejercitó dentro del plazo legalmente establecido.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos, si bien se advierte que se ha sobrepasado con notable exceso el plazo de tramitación al que se refiere el artículo 91.3 LPAC.

TERCERA.- Elementos de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: *“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”*. Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce *“el derecho a la protección de la salud”*, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 32 y siguientes de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del sector Público (LRJSP) y desarrollados por abundante jurisprudencia:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.

- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.

- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.

- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los razonablemente posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

En este sentido, sólo en el caso de que se produzca una infracción del deber de aplicación de medios, considerando a tal efecto el estándar de los disponibles aplicado a las circunstancias del caso concreto, responderá la Administración de los daños causados, pues, en caso contrario, dichos perjuicios no habrán de imputarse, en términos jurídicos, a la atención sanitaria pública y, por tanto, no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que en tal caso podría declararse en todos los supuestos en los que, con ocasión de cualquier intervención de los servicios sanitarios públicos, no se pudieran evitar los daños a la salud de las personas que se producen por la misma naturaleza de la condición humana; tal resultado, obviamente, no respondería a la configuración constitucional y legal del instituto de la responsabilidad patrimonial de que se trata.

De ahí que, como recuerda el Consejo de Estado en Dictamen 52/2020, sea doctrina jurisprudencial reiterada (por todas, Sentencia de la Sección Quinta de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, de 15 de marzo de 2018, rec. n.º 1016/2016) que, *“frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todas las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituya la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento de l régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concorra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles”*.

La actuación del médico ha de regirse por la denominada "*lex artis ad hoc*", o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 337/22, entre muchos otros, de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la "*lex artis ad hoc*" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a normopraxis descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de marzo de 1999).

CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan al servicio público sanitario.

Los reclamantes han hecho diversas imputaciones a los profesionales del SMS, mediante los distintos escritos de alegaciones que han ido presentando, pudiendo resumirse:

1. En su escrito inicial, los reclamantes consideran que la parada cardiorrespiratoria (PCR) tuvo un origen hipóxico, debido a una de estas posibilidades:

- a. Intubación orotraqueal incorrecta desde el inicio de la anestesia.
- b. Extubación traqueal espontánea: el tubo oro traqueal se salió de la tráquea durante las maniobras quirúrgicas.
- c. Desconexión del tubo orotraqueal, correctamente colocado en la tráquea, del circuito del respirador.
- d. Fallo del ciclaje del respirador, en una niña anestesiada y relajada con miorelajantes.

2. En su posterior escrito de alegaciones advierte que el documento de consentimiento informado para la cirugía no prevé, como posible complicación de la misma, el fallecimiento de la paciente y que la causa posible de la muerte pudo ser una sobredosificación o absorción acelerada de la Bupivacaina, ya que no está recomendada en niños menores de 12 años ni consta consentimiento informado para la administración de esta, por lo que nos encontramos ante un daño absolutamente desproporcionado.

3. En un tercer escrito, alegan los reclamantes que la autopsia recoge como causa de la muerte: *“bronconeumonía aguda bilateral asociando lesiones inflamatorias crónicas de patrón inespecífico”*, la cual pasó desapercibida a los controles pre-operatorios.

Así pues, de las imputaciones de mala *praxis* efectuadas por los reclamantes, algunas se refieren al aspecto material de la actuación médica en relación con el tratamiento aplicado y otras al aspecto puramente relacional médico-paciente, afectante al derecho de información de este último, para poder decidir libremente acerca de su salud, así como la existencia de un daño desproporcionado. Procede efectuar un análisis por separado de estos tipos de imputaciones, dado el diferente régimen a que se sujetan los respectivos aspectos implicados en la asistencia facultativa dispensada.

I. Mala praxis en sentido material.

Entienden los reclamantes, en primer lugar, que la causa de la PCR fue:

- a. Intubación orotraqueal incorrecta desde el inicio de la anestesia.
- b. Extubación traqueal espontánea: el tubo oro traqueal se salió de la tráquea durante las maniobras quirúrgicas.
- c. Desconexión del tubo orotraqueal, correctamente colocado en la tráquea, del circuito del respirador.
- d. Fallo del ciclaje del respirador, en una niña anestesiada y relajada con miorrelajantes.

Esta imputación queda huérfana de prueba por parte de los interesados, no sólo desde el punto de vista estrictamente fáctico, sino también desde una perspectiva técnica, pues no aportan al procedimiento un informe pericial que avale esta causa como la determinante de la PCR que sufrió la paciente.

Frente a la posición actora, el informe del facultativo del Servicio de Anestesia del HUVA, transcrito en el Antecedente tercero, indica que la intubación orotraqueal se hizo según protocolo y fue correcta desde la inducción de la anestesia, comprobándose su colocación mediante laringoscopia directa, auscultación pulmonar y capnografía del CO₂ espirado, fijándose con doble lazada a la comisura labial.

No hubo extubación traqueal espontánea durante todo el proceso quirúrgico del tubo orotraqueal a las maniobras quirúrgicas, comprobándose en todo momento su correcta posición y conexión al respirador de anestesia.

No hubo desconexión del tubo orotraqueal en ningún momento del circuito de respirador.

No hubo fallo del respirador de anestesia durante toda la intervención.

II. Consentimiento informado.

Respecto a esta cuestión, como dice la médica especialista del Servicio de Otorrinolaringología del HUVA en su informe: *"El consentimiento informado del implante coclear entregado a los padres, dice textualmente" Riesgos generales: Los riesgos vitales son muy raros aunque en todo acto clínico y teniendo en cuenta la necesidad de anestesia general, pueden producirse". Además, en el informe de la consulta de preanestesia se concluye que la niña es un ASA III, lo que implica un riesgo aumentado de complicaciones con la cirugía, tal y como especifica en el informe: "riesgo anestésico aumentado".*

En cuanto a la necesidad de consentimiento informado para la administración de bupivacaína, dice también esta médica especialista que, *"se utiliza de forma habitual (protocolizada) en todas las cirugías de oído, tanto en pacientes adultos como en niños y siempre con el conocimiento del anestesista que valora si hay alguna contraindicación para ponerlo",* así como que *"no está contraindicado en niños menores de 12 años",* habiéndose infiltrado una dosis muy lejos de la dosis máxima recomendada, no pudiendo ser la causa de la muerte una sobredosificación o absorción acelerada de la Bupivacaina, porque de *"haberse producido toxicidad cardiovascular, ésta se habría manifestado de forma aguda en los primeros minutos tras la infiltración. Además, las complicaciones cardiovasculares por anestésicos locales, se traducen en alteraciones electrocardiográficas, tales como prolongación del espacio QRS y arritmias. En el caso de P hay un registro ECG de la intervención y en ningún momento se observaron estas alteraciones".*

Por su parte, en el informe de la Inspección médica de 20 de febrero de 2023, se indica que: *"No hay ningún dato que haga sospechar que la Bupivacaína, fármaco muy utilizado de manera habitual en la práctica clínica, fuera la causa de la PCR".*

En cuanto al consentimiento informado, sigue diciendo el informe de la Inspección Médica: *"No es práctica habitual la firma de un documento de CI específico para un anestésico local utilizado en el curso de una intervención con anestesia general, tampoco se firman documentos específicos para todos los fármacos que se utilizan durante una cirugía con anestesia general.*

Por último en el documento de CI para la cirugía se expone que: "los riesgos vitales son muy raros, aunque en todo acto médico y teniendo en cuenta la necesidad de anestesia general, pueden producirse".

III. Sobre la causa de la muerte.

A este respecto, el informe de la Inspección Médica indica que: *"La niña dentro del quirófano sufrió una caída brusca del CO₂ expirado registrado por capnografía, esto es un hecho prácticamente patognomónico de un embolismo aéreo. Pese al desfavorable resultado, no se objetiva mala praxis ni en el anestesista ni en el ORL.*

La autopsia realizada a la niña no concluye con una identificación de la causa de la muerte, como es lo habitual en las necropsias clínicas, pero el informe AP no implica que se descarte el embolismo aéreo como la causa de la muerte de la niña".

Por su parte, el informe de la Dra. W, que realizó la autopsia a la niña, indica: *“que no he encontrado signos directos ni indirectos de embolismo venoso aéreo en los diferentes órganos estudiados. Con respecto a la segunda pregunta, no puedo concluir que la bronconeumonía bilateral con atelectasias sea la causa directa del fallecimiento pero no descarto que sea un factor contribuyente”*.

En el informe de la Inspección Médica de 8 de febrero de 2024, se indica sobre el particular que: *“la hipótesis de embolia aérea venosa que mantiene la inspección como causa del desgraciado fallecimiento de la niña, es también la hipótesis que mantienen tanto el anestesista interviniente, como la Jefa de Sección de Anestesiología Pediátrica del HCU Virgen de la Arrixaca, facultativa de referencia en la materia dentro de nuestra región...”*

En respaldo a estas afirmaciones citan bibliografías (como de otra parte hace también la inspectora informante). Por lo que respecta a la ausencia de hallazgos de embolismo venoso en la autopsia realizada, esta ausencia no permite descartar el diagnóstico de embolismo aéreo. Recurriendo a la bibliografía de la especialidad, el artículo "La autopsia blanca. REV ESP PATOL 2004; VOL 37; nº 1:23-24" recoge que: La autopsia en caso de un embolismo aéreo es típicamente negativa. Aunque no se sospeche clínicamente, debe descartarse en autopsias de muertes súbitas intraoperatorias o en pacientes portadores de catéteres venosos... Las maniobras de reanimación cardiopulmonar o un intervalo postmortem elevado interfieren e imposibilitan el diagnóstico de embolismo aéreo".

Podemos concluir por tanto que hipótesis del embolismo aéreo como causas de muerte está sustentada en la bibliografía y en las opiniones de los profesionales y, además, que la ausencia de signos del mismo en la autopsia no descarta que se produjera, máxime en un caso como este, en el que se realizaron maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzadas durante 45 minutos...

En cuanto a la actitud ante la presencia de infecciones respiratorias agudas cuando se tiene que anestesiarse a un niño, el documento "Consenso en la evaluación y preparación prequirúrgica en pediatría ARCH ARG PEDIATR/ 1998/vol 96:413". Especifica, para las infecciones respiratorias agudas, que: " ... Por eso se recomienda postergar la cirugía de 2 a 3 semanas luego del proceso agudo, aunque el paciente se presente clínicamente normal desde el punto de vista respiratorio". Plazo que en este caso se cumplió de forma holgada.

Referente a la ausencia de RTPO, el documento: Recomendaciones de "no hacer" de la SERAM (Sociedad Española de Radiología Médica), indica en el apartado de "Radiografía de tórax preoperatoria de forma rutinaria" lo recogido al margen. Por tanto, en este caso no era obligada la realización de la prueba, máxime si tenemos en cuenta que la Rx de tórax en niños sólo se debe pedir cuando, por antecedentes o por datos positivos del examen físico, se espere de ella algún resultado que modifique las conductas de preparación prequirúrgicas o cuidados posquirúrgicos. No se hace de rutina porque no arroja datos significativos para modificar la conducta anestésicoquirúrgica...

No parece razonable considerar la neumonía como causa directa del fallecimiento en las condiciones que se produjo”.

En definitiva, lo que los reclamantes han ido realizando a lo largo del procedimiento ha sido ir lanzando hipótesis distintas a la vista de los diversos informes realizados por la Inspección Médica, sin prueba pericial alguna que las respalde, incurriendo en lo que se conoce como “prohibición de regreso”, criterio elaborado por la jurisprudencia y recogido, entre otras muchas, con cita de otras anteriores, en la Sentencia del Tribunal Supremo, Sala de lo Contencioso-Administrativo, núm. 1218/2017 de 11 julio, dictada en el recurso de casación núm. 1406/2015, cuando indica:

“Expone la sentencia recurrida su valoración de la prueba pericial, razonando que «la prueba pericial de la parte actora sostiene sus conclusiones con la metodología consistente en la regresión desde el resultado final de la evolución de la paciente para, a su vista, cuestionar el diagnóstico inicial; es decir: a la vista del resultado -fallecimiento de la paciente por cáncer de pulmón-, se concluye que la realización de un TAC pudo haber

permitido diagnosticarlo con anterioridad, pero lo cierto es que ningún síntoma de la paciente inducía a llevar a cabo dicha prueba diagnóstica. Este método de proceder, si bien puede ser de utilidad para analizar la asistencia prestada a un paciente desde perspectivas médicas, carece de validez jurídica para sustentar desde este ámbito un reproche a la asistencia proporcionada, pues vulnera la doctrina jurisprudencial de la "prohibición de regreso" (SSTS, Sala 1ª, de 14 y 15/febrero/2006, 7/mayo (RJ 2007, 3553) y 19/octubre/2007, 29/enero, 3/marzo o 10/diciembre/2010, 20/mayo y 1/junio/2011 (RJ 2011, 4260), por todas), que impide sostener la insuficiencia de pruebas diagnósticas, el error o retraso diagnóstico o la inadecuación del tratamiento, sólo mediante una regresión a partir del desgraciado curso posterior seguido por el paciente, ya que dicha valoración ha de efectuarse según las circunstancias concurrentes en el momento en que tuvieron lugar; en definitiva, es la situación de diagnóstico actual la que determina la decisión médica adoptada valorando si conforme a los síntomas del paciente se han puesto a su disposición las exploraciones diagnósticas indicadas y acordes a esos síntomas, no siendo válido, pues, que a partir del diagnóstico final se considere las que pudieron haberse puesto si en aquel momento esos síntomas no se daban".

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA. - Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por no haberse acreditado relación de causalidad alguna entre los daños alegados y el funcionamiento del servicio público sanitario.

No obstante, V.E. resolverá.