

En Logroño, a 10 de febrero de 2010, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros D. Antonio Fanlo Loras, D. Pedro de Pablo Contreras, D^a M^a del Carmen Ortiz Lallana y D. José María Cid Monreal, así como del Letrado-Secretario General D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

7/09

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud, en relación con el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial promovido por D. V. L. C., en reclamación de los daños y perjuicios consecuencia de la asistencia recibida en el Servicio Riojano de Salud.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del Asunto

Primero

Con fecha 5 de marzo de 2009, la Gerencia de Área Única remite al Servicio de Asesoramiento y Normativa de la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud la reclamación en impreso normalizado, fechada el 23 de febrero, en la que D. V. L. C. expone lo siguiente:

“D. V. L. C. acudió sobre las 22 horas del 11 de enero de 2009 a Urgencias del Hospital San Pedro, por una irregularidad abdominal.

En la consulta 4, vistas las placas y analítica, se manda un enema con sonda, que se realiza en el WC, sentado con las dos tapas levantadas y echado hacia delante todo lo posible, como se le indicó, sintiendo un dolor intenso, y de donde fue levantado por su hijo, porque por su edad y el dolor, se había metido dentro de la taza.

Como su estado empeoraba, la doctora decidió pasarle a observación, para ir viendo la evolución, haciendo otro intento de enema con lubricante disuelto, pero esta vez se lo pusieron otras dos señoritas, en una camilla echado, como el prospecto.

El paciente aclara que el motivo de su queja en la administración de la primera sonda, pues al día siguiente le hicieron un TAC a las 5 de la tarde y le diagnosticaron una perforación que pudiera ser consecuencia de una sonda. Se precisó una intervención urgente con colostomía de muy alto riesgo, por la propia intervención, por la edad y por el tiempo que se retrasó la realización del TAC.

El paciente indica que ha pasado 25 días ingresado pasándolo muy mal y que le han quedado secuelas físicas y psíquicas.

Finalmente el reclamante pone en duda que en el interior de un inodoro en uso normal sea el sitio adecuado para administrar un tratamiento y solicita que se comunique este hecho tanto a la persona que lo ejecutó, como al encargado de supervisar el correcto desarrollo del trabajo”.

Acompaña a su escrito informe de alta de hospitalización y solicita una indemnización de 27.832 euros.

Segundo

Mediante Resolución de 11 de marzo de 2009, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del día 10 en que tuvo entrada en la Consejería el escrito de reclamación, y se nombra instructora a D^a C. Z. M.

Por carta del mismo día 11 de marzo, se comunica a la interesada la iniciación del expediente, informándole de los extremos exigidos por el artículo 42-4º de la Ley 30/1992.

Tercero

Mediante escrito del mismo día 11, la Instructora se dirige a la Dirección Gerencia del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro* solicitando cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estime de interés relacionados con la atención sanitaria prestada en el Servicio de Urgencias a D. V. L. C.; copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada exclusivamente; en particular, informe emitido por todo el personal interviniente en la asistencia que se reclama.

Obra en el expediente carta de la Correduría de Seguros A., G. y C., fechada el mismo día 7 de mayo, acusando recibo de la documentación relacionada con el siniestro que se supone remitida, aunque no consta el oficio o comunicación de remisión.

Cuarto

El 23 de marzo, la Gerencia del Area Unica remite la historia clínica, así como los informes aportados por las Dras. D^a N. C. R., D^a E. F. R. y D^a M^a T. M. H.

Quinto

El 26 de marzo de 2009, la Instructora da traslado de copia del expediente a la Dirección General de Aseguramiento, Acreditación y Prestaciones, a fin de que, por el Médico Inspector que corresponda, se elabore informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación con el fin de facilitar la elaboración de la propuesta de resolución sobre la reclamación planteada.

Sexto

El 4 de agosto se remite el informe a la Instructora el Informe de Inspección, de fecha 31 de julio anterior, que establece las siguientes conclusiones:

“1. D. V. L. C acudió al SU del Hospital de San Pedro la noche del día 11 de enero de 2009 por un cuadro de ausencia de deposición de 24 horas de evolución, en el contexto de estreñimiento crónico.

2. La exploración física efectuada mostró tacto rectal muy doloroso con hipertonía del esfínter anal, palpándose fecaloma en la ampolla rectal

3. Se siguió el protocolo establecido para este diagnóstico: Enema que se aplica por el paciente o su familia en el wc y que, al parecer, no fue efectivo, por lo que, tras una segunda exploración (similar a la primera), se decidió aplicar un segundo enema con sonda rectal. Este tipo de enemas con sonda se aplican en la camilla, con el paciente en decúbito lateral y por un auxiliar de enfermería. Fue más efectivo que el primero, pero el paciente refería sensación de evacuación incompleta.

4. Tras el segundo enema, se realizó una nueva exploración física que fue similar a las previas, por lo que se decidió administrar un tercer enema (preparado especial) que tampoco resultó efectivo. Al parecer, 15 ó 30 minutos después de aplicar este tercer enema, comenzó la sintomatología dolorosa y aparecieron los signos exploratorios que motivaron interconsulta al Cirujano de guardia (5 de la madrugada del 12 de enero), que decidió el traslado del paciente al Área de observación para su ingreso en Servicio de Cirugía. Se pautó dieta absoluta ante la sospecha de suboclusión intestinal.

5. El Cirujano de guardia solicitó un TAC abdominal, que se realizó por la tarde del día 12 de enero. Al parecer, el motivo del retraso de su realización fue que en la petición no se habla indicado que era urgente (como indica la Dra. F. R., Médico Adjunto del SU en su informe de fecha 16 de marzo de 2009). Tras su realización y al ver el resultado, el asegurado fue intervenido quirúrgicamente.

6. No puede considerarse inadecuada la actuación de los Facultativos del SU que atendieron al asegurado, los cuales actuaron con el protocolo establecido ante el diagnóstico dado. Se siguieron los procedimientos habituales en cuanto a la pauta de tratamiento y a la administración del mismo. Aunque cabe destacar que la prueba diagnóstica fundamental (TAC abdominal) se realizó varias horas después de haber sido solicitado, al parecer por no haber indicado que era urgente.

7. El resultado del TAC muestra perforación a nivel de recto y, en el acto quirúrgico, se aprecia dolícomegasigma. Los antecedentes de estreñimiento crónico y la edad del paciente pueden haber influido en la fragilidad de la pared intestinal, que pudo resultar dañada por la aplicación de los distintos enemas. El enema con sonda es un tratamiento que presenta escaso riesgo.

8. Tras la intervención quirúrgica realizada: sigmoidectomía tipo Hartman, el asegurado evolucionó correctamente, siendo dado de alta a su domicilio el 10 de febrero de 2009 y citado para revisión en Consultas externas de Cirugía.”

Séptimo

Con fecha 16 de septiembre de 2009, la Gerencia de Área Única remite al Servicio de Asesoramiento y Normativa, como información complementaria, los informes emitidos por las Auxiliares de Enfermería del Servicio de Urgencias D^a V. L. C., D^a C. G. C. y D^a I. A. C.

Octavo

Obra a continuación en el expediente el dictamen de D. S.L., por cuenta de la Compañía Aseguradora del SERIS, de fecha 14 de septiembre, que establece las siguientes conclusiones:

- “1. El paciente presentaba un estreñimiento crónico y un fecaloma, motivo por el cual acudió a la urgencia del HSP.*
- 2. Tras una evaluación clínica correcta, se procedió a la administración de un enema Casen, de acuerdo con los protocolos de administración del HSP.*
- 3. Tras no ser efectivo y presentar dolor, el paciente pasó a la Sala de Observación en donde se le administraron 2 enemas más.*
- 4. A las 7 horas de la administración del primer enema presenta mal estado general motivo por el cual se realiza PIC a cirugía,*
- 5. Tras la realización de un TAC, se comprueba la existencia de una perforación de recto.*
- 6. Se realiza de manera correcta una cirugía urgente, siendo tratada la perforación de acuerdo con el estado de la Ciencia.*
- 7. La posibilidad de perforaciones en pacientes con fecalomas está descrita en toda la literatura.*
- 8. La administración de un enema Casen no se considera una técnica invasiva.*
- 9. De acuerdo con la documentación examinada, se puede concluir en que todos los profesionales que trataron al paciente lo hicieron de manera correcta.”*

Noveno

Con fecha 21 de octubre de 2009, la Instructora, en trámite de audiencia, da vista del expediente al interesado, por término de quince días hábiles, a fin de que puedan formular alegaciones y presentar en los documentos que estimen pertinentes.

A solicitud del interesado, la Instructora le remite, el siguiente día 28 copia íntegra del expediente, formulando aquél escrito de alegaciones en el que, en síntesis, alega la existencia de contradicciones en el número de enemas que se le pusieron, si es correcta la colocación de un enema con sonda en un WC o debiera ser en una camilla, con lo que el riesgo de perforación habría sido menor, y si la colocación de tales enemas es competencia del personal auxiliar o de alguien con superior cualificación.

Décimo

Con fecha 21 de diciembre de 2009, la Instructora del expediente emite Propuesta de resolución del siguiente tenor: *“Que se desestime la reclamación que por responsabilidad patrimonial de esta Administración formula D. V. L. C., por no ser el daño por el que reclama antijurídico y, por tanto, no ser imputable al funcionamiento de los Servicios Públicos Sanitarios”*.

Undécimo

El Secretario General Técnico, el día 22 de diciembre, remite a la Letrada de la Dirección General de los Servicios Jurídicos en la Consejería de Salud, para su preceptivo informe, el expediente íntegro, informe que es emitido en sentido favorable a la Propuesta de resolución el siguiente día 4 de enero de 2010.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito de 13 de enero de 2010 (por error dice, 2009), registrado de entrada en este Consejo el 18 de enero de 2010, el Excmo. Sr. Consejero de Salud del Gobierno de La Rioja remite al Consejo Consultivo de La Rioja, a través de su Presidente y para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

Mediante escrito de fecha 18 de enero de 2010, registrado de salida el 19 de enero de 2010, el Sr. Presidente del Consejo Consultivo procedió, en nombre del mismo, a acusar recibo de la consulta, a declarar, provisionalmente, la misma bien efectuada, así como la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asumida la ponencia por el Consejero señalado en el encabezamiento, la misma quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo señalada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad y ámbito del Dictamen del Consejo Consultivo

El art. 12 del Reglamento de los Procedimientos en materia de Responsabilidad Patrimonial de las Administraciones Públicas, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, dispone que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una propuesta de resolución.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el artículo 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la D.A. 2ª de la Ley 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y Régimen Jurídico de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja, limitaba la preceptividad de nuestro dictamen a las reclamaciones de cuantía indeterminada o superiores a 600 euros. La cuantía ha sido elevada a 6.000 euros por Ley 5/2008.

Al ser la cuantía de la reclamación superior a dicha cifra, nuestro dictamen resulta preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, éste, a tenor del art. 12.2 del citado Real Decreto 429/1993, ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los

criterios previstos en la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Segundo

Sobre los requisitos exigidos para que surja la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución y 139.1 y 2 141.1 LRJ-PAC) reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado, y debiendo existir una relación de causa a efecto directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración, así como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo, no constituye una suerte de “seguro a todo riesgo” para los particulares que de cualquier modo se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones Públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones Públicas.

Lo anterior es también predicable, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria, si bien, como ya dijimos entre otros en nuestro Dictamen 3/07, *“la responsabilidad no surge sin más por la existencia de un daño, sino del incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demande: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es de medios y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto, ajustándose la actuación facultativa a los criterios de la lex artis ad hoc, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder del posible daño causado, pues no cabe reconocer un título de imputación del mismo”*.

Y, en nuestro Dictamen 29/07, en la misma línea, mantuvimos que los parámetros bajo los que se han de enjuiciar los criterios de imputación del daño a la Administración Sanitaria son el de la *lex artis ad hoc* y el de la existencia del *consentimiento informado*, distinguiendo “*si el daño es imputable a la actuación de los servicios sanitarios, por existir un funcionamiento anormal que contraviene los postulados de la lex artis ad hoc o por privar al paciente de su derecho de información o si, por el contrario, el resultado dañoso ha de ser soportado por éste quien, conocedor de los posibles riesgos, ha prestado voluntariamente su consentimiento*”.

Tercero

Sobre la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria en el presente caso

En el caso que dictaminamos, al no tratarse la administración de un enema Casen de una técnica invasiva ni, en principio, peligrosa, como lo patentiza la posibilidad de su autoadministración, no precisa lógicamente la existencia del consentimiento informado, por lo que la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria derivaría en todo caso de una infracción de la *lex artis ad hoc*.

Partamos de la consideración de que, en su sentido amplio, existe relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada y la perforación de recto que padeció el reclamante. La existencia de cualquier infracción a la *lex artis ad hoc* determinaría la concurrencia del necesario criterio positivo de imputación de responsabilidad a la Administración Pública Sanitaria.

Profanos en Medicina, lo primero que llama nuestra atención es la forma y circunstancias en que se administró en el Servicio de Urgencias el primero de los enemas, máxime tratándose de un paciente de 93 años de edad, por lo que, entrando en la web de la Agencia Española del Medicamento, consultamos el prospecto del Enema Casen, aprobado según consta en el mismo en junio de 2004.

Según el expresado prospecto, para la auto-aplicación del enema se recomienda que el paciente esté reclinado sobre el lado izquierdo y con ambas piernas dobladas sobre el pecho o reclinado con la pierna izquierda extendida y la derecha doblada sobre el pecho. En caso de aplicación por otra persona, las posiciones recomendadas pueden ser, o bien las descritas para la auto-aplicación, o bien de rodillas e inclinado hacia delante apoyando los antebrazos en el suelo. A ninguna de dichas posturas se asemeja la de sentado en el inodoro “*con las dos tapas levantadas y echado hacia delante todo lo posible*”.

La explicación que se deduce de los informes médicos y de las auxiliares de enfermería es que se trata de una práctica habitual *“mientras las condiciones físicas del paciente así lo permitan”*.

Sin embargo, los términos en que se manifiesta el informe emitido a instancias de la Aseguradora sobre el lugar y postura, nos hace sospechar que no son del todo ortodoxas. En efecto, en modo alguno los avala como práctica recomendada o generalizada, limitándose a circunscribir tal práctica al ámbito de *“este hospital”* (folio 34) o acorde *“con los protocolos de administración del HSP”*.

Por otra parte, el mismo prospecto recomienda no utilizar el Enema Casen *“si existe sospecha de oclusión intestinal”*. Independientemente de que, tras la aplicación del último enema en el Servicio de Urgencias, al presentar el paciente dolor y endurecimiento abdominal, se decide el traslado al Área de Observación para su atención e ingreso a cargo del Servicio de Cirugía, ante la sospecha clínica de suboclusión intestinal, entre los antecedentes patológicos que se hacen constar en el informe del Alta de Hospitalización (folio 3) figura el de *“crisis suboclusivas de repetición”*. Antecedente personal que ya consta en el Informe de Asistencia en Urgencias (folio 18).

Habiéndose producido el resultado dañoso, perforación del recto, ante las suspicacias implícitas en las consideraciones que anteceden, entendemos que correspondía a la Administración Sanitaria acreditar que el daño obedeció a causas distintas a la administración del enema y a la forma y postura del paciente en que se le administró, en definitiva, el fiel respeto a la *lex artis ad hoc*, es decir, la que exige las circunstancias concretas de edad y antecedentes patológicos del paciente. La séptima de las conclusiones del Informe de Inspección reconoce que *“los antecedentes de estreñimiento crónico y la edad del paciente pueden haber influido en la fragilidad de la pared intestinal que pudo resultar dañada por la aplicación de los distintos enemas”*. Ello implica que debieron haberse extremado las precauciones. Tengamos en cuenta que, según la primera versión del reclamante, de cuya veracidad no hay motivos para dudar, al administrarle en el Servicio de Urgencias el primer enema sintió un dolor intenso.

Independientemente de lo anterior, también puede apreciarse infracción de la *lex artis*, en el retraso en la realización de TAC abdominal, solicitado por el Servicio de Cirugía, retraso que expresamente se reconoce, imputándolo a olvido del Cirujano de guardia de hacer constar la urgencia en su solicitud. Tratándose de una perforación intestinal, es evidente el riesgo que implica un diagnóstico tardío, que puso en peligro la vida del paciente.

En definitiva, en criterio de este Consejo, resulta indemnizable el daño moral y físico causado por la perforación del recto inferior, que obligó a una intervención de urgencia y

complicada, sigmoidectomía tipo Hartmann, por la que el reclamante hubo de estar hospitalizado 25 días.

Cuarto

Valoración del daño

El interesado solicita una indemnización de 27.832 euros, sin explicar criterio alguno para la fijación de dicha suma.

Teniendo en cuenta los 25 días de hospitalización por la intervención quirúrgica que exigió la perforación intestinal y el daño moral, angustia y preocupación, inherentes a ese proceso, este Consejo entiende prudente una valoración global del daño cifrada en 6.000 euros.

CONCLUSIONES

Única

Existe relación de causalidad entre la atención sanitaria prestada a D. V. L. C. y el daño causado, que se valora en 6.000 euros, cuyo pago se hará en dinero con cargo a la partida presupuestaria que corresponda.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero

