

En Logroño, a 28 de julio 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 M. 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

63/10

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud, en relación con el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial promovido por D^a. M. I. T. y su esposo, D. R. B. C., por el fallecimiento de D. A. I. T., hermano de la primera, a consecuencia, a juicio de los reclamantes, de la asistencia recibida en el Hospital *San Pedro* de Logroño.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del Asunto

Primero

Mediante escrito presentado en la Oficina Auxiliar del Registro del Gobierno de La Rioja, con fecha 1 de junio de 2009, D^a M. I. T. y su esposo, D. R. B. C., plantean reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria, que fundamentan, resumidamente, en lo siguiente:

“D. A. I. acudió el día 7.1.08 a Urgencias del Hospital San Pedro de Logroño por dolor abdominal en hipogastrio y, tras las exploraciones realizadas, se descartó patología grave, prescribiéndole, como tratamiento en caso de dolor, 1 g. de paracetamol, lo que se acredita con el documento núm. 1 que se adjunta.

Al no cesar los dolores, y por recomendación de su Médico de cabecera, acudió nuevamente al Hospital y a la consulta del Dr. P. quien, tras la realización de un scanner, descartó la existencia de patología de clase alguna. No obstante, a los pocos días, concretamente el 11 de abril y al haber echado abundante sangre por el ano, acudió al Médico de cabecera quien le remitió a Urgencias del Hospital San Pedro, quedando ingresado para intervención quirúrgica el 12 de abril, según se acredita con el informe de alta hospitalaria que se adjunta como documento núm.2.

El 22 de abril de 2008, se realizó la intervención quirúrgica de neoplasia de sigma estenosante por la Dra. F. y, contrariamente a las informaciones dadas a la familia sobre que la intervención había sido satisfactoria, es lo cierto que, desde esa tarde, sufrió hemorragias que necesitaron transfusiones de sangre y, al día siguiente, reintervención quirúrgica por hemiperitoneo que, según la literatura médica, una de sus causas más frecuentes, en el postoperatorio de intervenciones abdominales es no haberse realizado una adecuada hemostasia durante la intervención, dejándose algún punto de sangrado, como en el presente caso resulta bastante evidente.

Primer ingreso en la UMI, de 23.4 a 29.4.08. Tras la reintervención fue ingresado en la UMI, sin que se hubiera corregido la causa del sangrado, que, dijeron, al ser en sábana que "...iría desapareciendo, por sí sola". No obstante, dada la intensidad de las hemorragias, todo orienta a que al menos algún punto de sangrado tenía su origen en un vaso más grueso del que corresponde a un sangrado en sábana.

En esta primera fase de ingreso de seis días en la UMI y principalmente como consecuencia de la pérdida de sangre y segunda intervención quirúrgica, sufrió un intenso deterioro físico que se intensificó por la incidencia de las demás dolencias, también evitables, que reseñamos a continuación:

a) Numerosas transfusiones de sangre; apoyo inotrópico y vasodilatador; alteraciones de la coagulación; salida de abundantes débitos hemáticos a través de los drenajes.

b) Atelectasia completa de pulmón izquierdo. Deficiencia, respiratoria que precisó de intubación en varias ocasiones.

c)Fracaso renal agudo

d)Neumoperitoneo objetivado en Rx de tórax posterior a la reintervención quirúrgica sufrida.

e)Taquicardia supraventricular y durante todo el Ingreso en la UMI en RS y BCRIHH (Bloqueo completo de rama izquierda del haz de His).

f) El día 28 de abril, a las 12.05 h, se inició la alimentación oral mediante caldo, que no toleró porque se comprobó que parte del mismo era expulsado a través del drenaje, lo que debió poner de manifiesto la existencia de una fístula en el cosido quirúrgico.

A pesar de presentar gran debilidad y deterioro por lo anteriormente señalado y porque su alimentación había sido exclusivamente parenteral, el Dr. D. A. M. O. firmó el parte de alta médica para su traslado a Planta, según se acredita con el documento núm. 3.

Ingresado en Planta sobre las 17 horas del 29 de abril y ante la insuficiencia respiratoria y agónica que presentaba, así como parada cardíaca, fue trasladado de nuevo a la UMI sobre las 14.32 h del día 30, es decir, unas horas después de haber sido dado de alta en la UMI, lo que pone de manifiesto la precipitación del alta dada en la UMI.

Segundo ingreso en la UMI: de 30 de abril a 15 de Mayo de 2008. De las pruebas realizadas en orina, heces, aspirado traqueal y sangre al inicio de este segundo ingreso en la UMI, se detectó la existencia o mejor, persistencia de una infección generalizada y de naturaleza y origen nosocomial u hospitalaria, concretada en infección renal por pseudomonas; neumonía por proteus; infección quirúrgica polimicrobiana y fallo respiratorio, que precisó reventilación mecánica, según se acredita con el documento núm. 4.

Al segundo día de su ingreso en la UMI en esta segunda fase, concretamente el 2 de mayo, y ante el aspecto purulento y maloliente del drenaje izquierdo, se plasmó en la hoja de enfermería el interrogante respecto a la existencia de una fístula entérica, sin que conste ningún estudio específico sobre la cuestión, ni diagnóstico ni, por tanto, tratamiento o remedio a aplicar.

Durante los siguientes días, persistieron las infecciones nosocomiales tardíamente detectadas, agravándose la ya menguada resistencia física del paciente, sin que pueda apreciarse una intervención médica decidida y resuelta que cumpliera el mínimo requisito de “puesta de medios suficiente y adecuados para la curación, de manera tal que, por ejemplo, por orificio de antiguo penrose se drenaba líquido hematopurulento; por una herida drenaba líquido seroso; a través de otro drenaje (el derecho), líquido achocolatado y denso.

El 10 de mayo fue extubado iniciándose tolerancia oral hasta que, el día 15 de mayo, a las 11:09 h., es dado de alta a Planta y, como en la ocasión anterior, también de forma precipitada.

Unas pocas horas después de ser ingresado en Planta, observó la familia con mucha preocupación el lamentable estado del enfermo que se exteriorizaba en agitación, mareos y dificultad para respirar. Aunque la explicación médica que se proporcionaba a la familia ante su preocupación era de normalidad, en absoluto era nada acertada a la vista de que, sobre las 10 de la mañana del día 16 de mayo, según hoja de evolución médica, se avisó a la UMI para un nuevo traslado por fracaso respiratorio.

Tercer ingreso en la UMI, el 16 de mayo, hasta 18 de junio de 2008. Ingresó, como decimos, por fracaso respiratorio, procediéndose a la reintubación del paciente y permaneciendo varios días en tal estado de intubación, lo que señalábamos por un hecho que, siendo de enorme relevancia por su relación de causalidad con el resultado final producido, no ha sido hecho constar en las hojas de evolución clínica ni en los informes Médicos emitidos. En efecto:

Tras unos días intubado y al considerar en la UMI que mejoraba en su función respiratoria, decidieron extubarle y, también, colocarle una sonda nasogástrica que, según informaron a los familiares, no pudo finalmente colocarse a pesar de varios intentos. Esa misma tarde, el paciente tuvo una deposición de sangre digerida y los familiares tuvieron ocasión de hablar con el Dr. Pavía a quien, tras manifestarle la sospecha de que en el intento de colocación de la sonda nasogástrica se tuvo que producir alguna clase de traumatismo o perforación, guardó silencio, mostrando evidente nerviosismo, siendo evidente que la mala praxis en los intentos frustrados de colocación de sonda nasogástrica fue la causa de la fístula traqueoesofágica que días después, como veremos, fue detectada.

Al anunciarle el Dr. C. a los familiares que en los próximos días sería dado de alta a Planta, le fue sugerido que, si estaba mejorando, se podría intentar dar algún alimento por vía oral para que fuera recuperándose, respondiendo el citado Dr. C. que preferían esperar; lo que no resultó muy acertado porque así hubieran detectado lo que, como relataremos más tarde, se averiguó al ingerir alimento.

El 18 de junio, sobre las 21,30 h., fue trasladado a Planta y, como en el informe de alta en la UMI, que se aporta como documento núm. 5, dentro del importante cuadro de desnutrición calórica-proteica que presentaba el paciente, se hace constar que estaba pendiente de reintroducir dieta oral, fue iniciada en el mediodía del día siguiente mediante la ingesta de un yogur, que fue expulsado por la pericánula en la tráquea, procediéndose a cambiarla, lo que de nada sirvió porque nuevamente expulsaba el alimento que iba ingiriendo, situación que se repitió en todos los intentos realizados, lo que obligó a suspender la alimentación el día 20 de junio y la realización de pruebas para "...descartar fistula traqueo-esofágica".

Y, hasta el 24 de junio, no se realizó el esofagograma mediante el que se comprobó la existencia de comunicación entre la tráquea y el esófago, a nivel medianístico, por debajo del extremo de la cánula, con paso al árbol bronquial izquierdo, lo que fue comunicado a la familia el día 25 de junio por el Dr. del C., quien tranquilizó a la familia diciendo que la fistula debía cerrarse sola.

El día 25 de junio, se valoró la colocación de una sonda PEG, lo que fue llevado a cabo al día siguiente, iniciándose la nutrición enteral el día 29 de junio y que tuvo que ser suspendida al día siguiente al regurgitar por trasqueostomía.,

Cuarto Ingreso en la UMI, el 8 de julio a 9 de julio. El creciente deterioro del paciente por la agresión inherente de las sucesivas intervenciones médicas, todas ellas ajenas a la enfermedad inicial por la que fue ingresado, así como la persistencia de las dolencias e infecciones anteriormente descritas, determinaron que, el día 8 de julio, se agravara la deficiencia respiratoria, por lo que fue trasladado a la UMI para toracocentesis y conexión a VM, dando al paciente por perdido, como se acredita con el documento núm. 6, y, en consecuencia, le fue dada el alta a Planta, para continuar tratamiento paliativo.

Una vez reingresado en Planta y ante la insistencia de la familia de intentar remediar la situación creada aliviando el estado del enfermo, acudieron a Planta dos Cirujanos que consideraron que el paciente no estaba apto para una intervención quirúrgica en el esófago, pero apuntaron la posibilidad de colocar una prótesis que taponara la fistula, por lo que decidieron hablar con el Dr. C. para su colocación. Y, en efecto, el Dr. C. acudió el 16 de julio y, tras explicar en qué consistiría la intervención, consideró que sería un buen remedio que daría resultados positivos, decidiéndose la colocación el viernes día 18 de julio a las 8 de la mañana, sorprendiendo que esa misma solución no hubiera sido valorada, ni sugerida, ni ejecutada con anterioridad.

Pero no llegaron las 8 de la mañana del día 18 de julio. La noche del día 17 de julio, aunque aumentó su dificultad de respiración por encharcamiento pleural, debido a que, sobre la 1.33 h., se procedió a la colocación de un tubo de drenaje pleural en hemitorax izquierdo, mejoró notablemente la función respiratoria y, en ese estado de mejoría, pidió cambio postural, dados los dolores que padecía por la existencia de escaras en diferentes partes del cuerpo y especialmente en el sacro. Pero, como le había sido colocado el tubo de drenaje, las Enfermeras consideraron que podía no ser conveniente el cambio de posición, aunque lo consultarían con la Dra. de guardia, S. S., quien, según dijeron las Enfermeras, les dijo que le colocaran de costado y, en el mismo momento de realizarlo, falleció instantáneamente debido a que el tubo de drenaje le produjo necesariamente una lesión mortal

de necesidad, habida cuenta del órgano afectado y el estado general de debilitamiento que padecía”.

Solicitan una indemnización de 120.000 euros para la hermana del fallecido y de 30.000 euros para su cuñado, aportando, además de distintos informes de asistencia en el Servicio de Urgencias y de altas de hospitalización del Complejo Hospitalario *San Millán-San Pedro*, un certificado de la empresa en que presta servicios el segundo, acreditando sus ausencias al trabajo a partir de las 10 h. de los días laborables del periodo comprendido, entre el 22 de abril y el 18 de julio de 2008, y certificado del Alcalde de Hervías acreditativo de la convivencia del fallecido, durante los últimos ocho años de su vida, con su hermana y cuñado, en el domicilio de éstos.

Segundo

Mediante Resolución de 2 de junio de 2009, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del día inmediato anterior, y se nombra instructora del procedimiento a D^a. C. Z. M.

Por carta de fecha 3 de junio, se comunica a los interesados la iniciación del expediente, informándoles de los extremos exigidos por el artículo 42-4º de la Ley 30/1992.

Tercero

Mediante comunicación interna del mismo día 3 de junio, la Instructora se dirige a la Dirección Gerencia del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro*, solicitando cuantos antecedentes, datos e informes estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada en los Servicios de Urgencias, Aparato Digestivo y Medicina Intensiva a D. A. I. T., una copia de la historia clínica, relativa a la asistencia reclamada exclusivamente; y, en particular, informe de los Facultativos intervinientes en la asistencia que se reclama.

La solicitud es reiterada el siguiente día 24 de agosto de 2009.

Cuarto

Mediante escrito de 31 de agosto de 2009, la Gerencia de Área remite al Servicio de Asesoramiento y Normativa copia de la historia clínica, así como los informes aportados por el Servicio de Cirugía, el Servicio de Medicina Intensiva y la Dra. D^a S. G. D.

Quinto

Con fecha 7 de septiembre de 2009, la Instructora remite el expediente a la Dirección General de Aseguramiento, Acreditación y Prestaciones, a fin de que, por el Médico Inspector que corresponda, se elabore el pertinente informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación con el fin de facilitar la elaboración de la Propuesta de resolución.

Sexto

El Informe de Inspección, de fecha 10 de noviembre de 2009, establece, a modo de conclusión, la siguiente *discusión científico-técnica*:

“D^a M. I. T. y D. R. B. C., hermana y cuñado respectivamente de D. A. I. T., fundamentan su reclamación, en que, en su opinión, la asistencia recibida ha sido inadecuada, presididos por una “deficiente praxis médica”, que sometieron a D. A. a un auténtico tormento durante los meses de interminable agonía en que se convirtió su estancia hospitalaria. Como consecuencia, los familiares comparecientes soportaron un sufrimiento paralelo y proporcional a la agonía que padeció el enfermo, que multiplicó el vacío afectivo dejado por su fallecimiento, por lo que deberán ser cumplidamente indemnizados”. En cuanto a hechos concretos, en su escrito de reclamación, citan los siguientes:

El uso del tratamiento con vasodilatadores. A este respecto, debemos decir que no se observa tal circunstancia en el tratamiento de D. A. I. T. como así manifiestan expresamente los Médicos que le atendieron en la UMI. Quizá halla (sic) una confusión con drogas vasopresoras, que sí le fueron suministradas en un primer momento del postoperatorio para estabilizar el equilibrio hemodinámico, y que fueron efectivas, pues se consiguió el efecto deseado. Por tanto, si así fuera, deberíamos concluir que su administración fue adecuada y correcta.

Que las infecciones nosocomiales fueron detectadas tardíamente y ello agravó la resistencia física del paciente. Observada la atención prestada, no podemos apoyar dicha afirmación. El paciente, en un principio, permanece afebril, y, cuando en el segundo ingreso en la UMI, aparece un pico febril, con prontitud se hacen cultivos y se aplica tratamiento con antibióticos. Otras actitudes terapéuticas que denuncia, como que el orificio antiguo de drenaje emanara líquido seropurulento o la existencia de una fístula entérica, a mi juicio, son complicaciones que reciben, por otra parte, adecuada respuesta en el contexto evolutivo tórpido del proceso.

Otro hecho, al que los familiares de D. A. I. T., conceden importancia en su reclamación, es la presencia de una fístula traqueoesofágica, tanto en su causalidad como en su detección. Se sugiere que su producción se debe a un fallo por imprudencia o falta de destreza en el personal sanitario de la UMI; pero, como bien señala el informe de los Facultativos de dicho Servicio, las causas de producción son multifactoriales y alguna de ellas están presentes en este caso. En efecto, existe intubación prolongada con tubo orotraqueal con balón, desnutrición proteica y calórica; situación clínica de sepsis y también, lógicamente, las maniobras de colocación de la sonda nasogástrica, sin que, en este último caso, debe deducirse necesariamente una falta de pericia profesional. Por tanto y en el contexto del cuadro clínico que presenta el paciente, no puedo apoyar la afirmación de que se debe a una mala praxis el origen de la misma, como tampoco que se detectara tardíamente.

La familia habla de cómo, a consecuencia de un cambio postural indicado por el Médico de guardia a instancia de las Enfermeras de planta, se produjo el fallecimiento del paciente, debido al drenaje pleural en hemotórax izquierdo que portaba el paciente. En mi criterio, ello no puede inducirse como la causa inmediata de la muerte de D. A. I. T.. En primer lugar, porque no existe incompatibilidad entre el drenaje pleural y los cambios posturales (tal como se señala en el informe de los diversos Cirujanos); y, segundo, porque, dado el estado del paciente, cabe atribuir más posibilidades a la simple coincidencia de esta circunstancia que a la que relata la familia.

Sí quisiera añadir, aunque con todas las cautelas, que el cuadro cardíaco que presenta el paciente y que complica de alguna manera la evolución, como queda manifestamente claro en los informes de alta de la UMI, no se cita como elemento a considerar en la hoja de consulta preanestésica que se añade a este expediente, obtenida de la historia clínica, ni tampoco en la hoja de consentimiento. Ello no significa, ni mucho menos, que el resultado del ecocardiograma contraindicara la intervención quirúrgica, ni siquiera que no se informara al paciente, solamente que no aparece por escrito en el citado informe. En todo caso, no es objeto de consideración ni reclamación por los familiares y, por lo tanto, solo quiero constatar tal circunstancia.

D. A. I. T. estaba diagnosticado de una neoplasia de sigma, que es un proceso grave; que su resección quirúrgica, como bien se señala en la hoja de consentimiento que, al firmar, el paciente dice conocer y aceptar, puede ser objeto de complicaciones; y que, entre otras cosas, produce una situación de inmunosupresión, es decir, de disminución de las defensas de su organismo y, por lo tanto, la posibilidad de que surjan complicaciones, entre otras, las infecciones oportunistas propias de los enfermos inmunodeprimidos. En su tratamiento, se pusieron a su disposición todos los medios adecuados para intentar superar las distintas complicaciones que iban surgiendo y, sin duda, ello influye en el alargamiento de varios meses de su evolución que, lamentablemente, no pudo superar. Por tanto, no observo mala praxis médica en el tratamiento de D. A. I. T..

En consecuencia, por todo lo expuesto, a mi entender, la actuación médica a la que fue sometido D. A. I. T. en la asistencia recibida por los distintos Facultativos del Hospital San Pedro, ha sido correcta, adecuada y diligente, sin que se vulnerare en ningún momento la lex Artis, de la profesión médica.”

Séptimo

Obra a continuación en el expediente el dictamen Médico emitido a instancia de la Aseguradora, de fecha 22 de diciembre de 2009, que concluye:

“1. D. A. I. T., de 73 años de edad, acudió al Servicio de Urgencias del Hospital de S. Pedro de Logroño, el 7-1-08, por presentar dolor en hipogastrio y estreñimiento a veces. Se realizan pruebas complementarias, que no aportan datos anormales.

2. El 22-1-08, es decir, 15 días después, acude a Consulta de Cirugía, donde se solicitan pruebas complementarias, que son normales en cuanto al abdomen.

3. El 13-4-08, vuelve a Urgencias por continuar con dolor abdominal y, desde hace 24 horas, rectorragias y “melenas”. Ingresa y es estudiado, siendo diagnosticado de “neoplasia estenosante

de sigma” e “insuficiencia aórtica y mitral severa”.

4. Previa firma del consentimiento informado, el 22-4-08 es intervenido quirúrgicamente, confirmandose la tumoración estenosante de sigma, realizándose resección de sigma y parte de íleon adherido a la tumoración.

5. Tanto las complicaciones derivadas de la intervención (sangrado postoperatorio y fistulaintestinal tardía) como las derivadas de su patología cardiorrespiratoria, fueron tratadas adecuadamente en tiempo y forma.

6. Existe una confusión, por parte de la demanda entre drogas vasopresoras y tratamiento con vasodilatadores, tratamiento que no se realizó en ningún momento.

7. La fístula traqueoesofágica no se produce por efectuar cambios posturales (todos los enfermos ingresados en UVI tendrían fístulas). Se producen por causas que ya hemos expuesto, presentes en este paciente.

8. Los tubos de drenaje torácicos no se mueven dentro de la cavidad torácica al movilizar los enfermos con cambios posturales, pues están fijos por puntos de sutura a la pared costal. No son causa de muerte.

9. D. A. I. T., de 73 años de edad, padecía un Ca. Colorrectal en Etapa IV, cuya supervivencia es menor del 5%, con antecedentes cardiacos graves y severos, que conllevan una alta morbilidad y mortalidad, pero que deben ser asumidos al no existir otra clase de tratamiento para esta clase de tumores.

10. Todos los profesionales que atendieron al paciente, lo hicieron según los conocimientos actuales de la Medicina y de acuerdo a la “lex artis”, poniendo todos los medios adecuados en los tratamientos efectuados.”

Octavo

Mediante escrito de 22 de enero de 2010, la Instructora se dirige a los reclamantes dándoles trámite de audiencia y, el siguiente día 27, comparece D. R. B. C., a quien se le facilita copia de todos los documentos obrantes en el procedimiento.

Noveno

Mediante escrito de 2 de febrero de 2020, los reclamantes exponen que consideran que el expediente está incompleto, en lo que se refiere a la historia clínica del fallecido, considerando imprescindible que conste en el expediente el “día a día” de la permanencia del paciente en el hospital, es decir las hojas o notas de evolución médicas (tanto en UCI como en planta) y las hojas de evolución de enfermería, por lo que interesan la suspensión del plazo de alegaciones, en tanto no se complete el expediente.

Décimo

Requeridas dichas hojas y notas por la Instructora en fecha 5 de febrero, se remiten por la Inspección Médica el mismo día, incorporándose al expediente. La Instructora se dirige a los reclamante, el siguiente día 9, adjuntándoles la documentación anterior y otorgándoles un plazo de 10 días hábiles para formular alegaciones y presentar los documentos que estimen pertinentes.

Décimo primero

Los interesados formulan alegaciones, por escrito de 22 de febrero, al que acompañan un informe Médico pericial del Dr. D. M. S. C., Especialista en Cirugía Plástica y Reparadora, Medicina Legal y Forense y Valoración del Daño Corporal y Perito del I.C. de Médicos de la Comunidad Autónoma de Madrid, informe-dictamen que incorpora 20 folios de literatura médica.

Décimo segundo

A raíz de las alegaciones y documentación acompañada, la Inspección médica emite informe complementario en el que concluye que no se aportan nuevos hechos o documentación relevante que no se hubiera tenido en cuenta o que pudiera modificar las valoraciones contenidas en el informe previo de Inspección.

Décimo tercero

Con fecha 5 de mayo de 2010, la Instructora del expediente emite Propuesta de resolución en la que propone *“que se desestime la reclamación que por responsabilidad patrimonial de esta Administración formulan D^a. M. I. T. y D. R. B. C., por no ser imputable el daño alegado, cuya reparación solicitan, al funcionamiento de los Servicios Públicos Sanitarios”*.

Décimo cuarto

El Secretario General Técnico, el día 7 de mayo, remite a la Letrada de la Dirección General de los Servicios Jurídicos en la Consejería de Salud, para su preceptivo informe, el expediente íntegro. El informe es emitido en sentido favorable a la Propuesta de resolución el día 17 de mayo de 2010.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito fechado el 18 de mayo de 2010, registrado de entrada en este Consejo el día 25 de mayo de 2010 el Excmo. Sr. Consejero de Salud del Gobierno de La Rioja, remite al Consejo Consultivo de La Rioja para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

Mediante escrito de 25 de mayo de 2010, registrado de salida el mismo día, el Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja procedió, en nombre del mismo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar 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, limita 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, que ha dado nueva redacción al citado precepto.

En el presente supuesto, al ser la cuantía de la reclamación superior a 6.000 euros, 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 en el presente supuesto

En el caso sometido a dictamen, entendemos necesario hacer unas consideraciones previas.

En primer lugar, nos encontramos con uno de los escasos supuestos en los que se aporta pericia por parte de los reclamantes y, digámoslo, se trata de una pericia cualificada, emitida por quien ostenta los títulos de Especialista en Cirugía Plástica y Reparadora y en Medicina Legal y Forense, siendo, además, perito del Ilmo. Colegio de Médicos de la Comunidad Autónoma de Madrid.

Obran, también, en el expediente, los habituales informes de los Facultativos intervinientes en las distintas atenciones sanitarias prestadas al paciente, el informe de la Inspección Médica y el emitido por D. I. & I, S.L. a instancia de la A. Z.

La pericia aportada por los reclamantes es, además de cualificada en el sentido antes expuesto, concienzuda, por cuanto toma en consideración y va estudiando todo el proceso asistencial, deduciendo unas consideraciones Médico legales *“prima facie”* consistentes,

al tiempo que rebate los informes de la Directora Gerente del Hospital *San Pedro*, del Inspector de Servicios Sanitarios y de los profesionales de Dictamed.

La segunda consideración hace referencia al desgraciado proceso de la enfermedad de D. A. I. T., desde la asistencia en Urgencias del 7 de enero de 2008 hasta su fallecimiento el siguiente 18 de julio, en especial a partir de su hospitalización el 12 de abril para la práctica de la prueba de colonoscopia.

Resumamos este proceso:

- El 7 de enero es atendido en Urgencias por referir, desde 20 días antes, dolor abdominal localizado en hipogastrio, intermitente cada 3-4 días, con ganas de ir a defecar sin conseguirlo, se queja de bastante flatulencia y algo de distensión abdominal. La impresión clínica es “*dolor abdominal inespecífico*”.
- El 22 de enero acude a Consulta Externa de Cirugía General y Aparato Digestivo, realizándosele TAC abdominal, cuyo resultado es calificado de normal, pese a observarse varias imágenes redondeadas bien definidas de apariencia quística.
- El 11 de abril de 2008, tras continuar con fuertes dolores abdominales, presentar varios episodios de rectorragias, incluso melenas, y acudir a Urgencias, se decide su ingreso en el Servicio de Aparato Digestivo, en el que, al día siguiente, se le realiza una colonoscopia y se diagnostica “*neoplasia estenosante de sigma*”.
- El 22 de abril de 2008, es intervenido quirúrgicamente, realizándosele resección de recto-sigma, con anastomosis y resección, y anastomosis ileal.
- En el postoperatorio, se detecta sangrado por los drenajes intraabdominales que aconsejan transfusión sanguínea y, ante la persistencia del sangrado, es reintervenido el 23 de abril, hallando un punto sangrante a nivel de la anastomosis ileal y un sangrado en sábana a nivel parieto-cólico izquierdo y mesos intestinales, realizándosele hemostasia de los puntos sangrantes.
- Tras la reintervención, es ingresado en la UMI, siendo trasladado a planta el 29 de abril.
- El 30 de abril, es nuevamente ingresado en la UMI por presentar un cuadro de insuficiencia respiratoria con respiración agónica, permaneciendo en dicha Unidad hasta el 15 de mayo, en que es trasladado a planta.
- El 17 de mayo, al presentar inquietud, nerviosismo y dificultad respiratoria, se decide su reingreso en la UMI, en la que permanece hasta el 18 de junio. Durante

este período, se observa un rápido deterioro, con disminución del nivel de conciencia, hipotensión brusca, gasometría en acidosis respiratoria severa, por lo que se procede a la conexión de ventilación mecánica. El día 2 de junio, se realiza traqueotomía. También, durante este ingreso en la UMI, fue intentada la colocación de una sonda nasogástrica que, finalmente, no pudo colocarse tras varios intentos

- Trasladado a planta el día 18 de junio, fue agravándose el debilitamiento general del paciente por el déficit de alimentación y una neumonía causada al pasar alimento al pulmón, practicándosele el día 24 un esofagograma, que detectó la existencia de una fístula traqueoesofágica que, según se informa a los familiares, no tiene tratamiento quirúrgico efectivo, siendo de esperar su cierre espontáneo, si bien para facilitararlo se podría colocar una prótesis endoluminal esofágica.
- Nuevo ingreso en la UMI el 8 de julio para toracocentesis evacuadora y conexión a ventilación mecánica, pasándolo de nuevo a planta el día inmediato siguiente.
- El 16 de julio, los Cirujanos torácicos, convencidos de que la fístula no iba a cerrar por sí sola y había que taponarla, contactaron con el Radiólogo intervencionista, quien tranquilizó a los familiares indicándoles que el día 18, a las 8 h., implantaría al paciente una endoprótesis, con el fin de que pudiera recibir alimentos.
- Sobre la 1:30 horas del día 18 de julio, los Médicos de guardia colocaron al paciente un drenaje pleural en hemitorax izquierdo, mejorando de manera sensible su ventilación pulmonar, pese a lo cual falleció antes de que pudiera implantársele la endoprótesis.

A la vista de un profano en Medicina, y los miembros de este Consejo lo son, este relato resumido de la acumulación de complicaciones que surgen a lo largo de los cuatro meses de hospitalización hasta desembocar en el fallecimiento del paciente, sugiere que, o bien se trata de un supuesto de desgraciada concurrencia de circunstancias adversas o bien que, en algún momento, la actuación de los profesionales sanitarios no se ajustó estrictamente a la *lex artis ad hoc*, en aplicación concreta de la doctrina *res ipsa loquitur*, las cosas hablan por sí solas, es decir, algo tuvo que hacerse mal para iniciarse el proceso de progresivo debilitamiento facilitador de las complicaciones surgidas y que causó, en definitiva, el éxito.

Y, aún sin atribuir valor pleno a la pericia de parte aportada por los reclamantes, en criterio de este Consejo concurre una mala praxis inicial consistente en no haberle practicado una colonoscopia, al menos, el 22 de enero cuando acude a Consulta Externa de Cirugía General y Aparato Digestivo y se le realiza un TAC.

En efecto, ya cuando es atendido en Urgencias el día 7 de enero, presentaba síntomas sugestivos de un cuadro suboclusivo, lo que en términos vulgares quiere decir que en algún punto de su intestino algo se estaba cerrando, síntomas tales como el dolor en hipogastrio, flatulencia abundante, ganas de defecar sin conseguirlo y distensión abdominal.

Persistiendo tales molestias, se le realiza el siguiente día 22 el TAC abdominal referido, cuyo resultado se califica de normal, aunque ciertas imágenes sugieren quistes perineurales y sin que puedan descartarse neurinomas.

En todo caso, la prueba del TAC que le realizan al paciente es correcta para descartar los fibromas del intestino delgado, pero no explora el grueso donde también pueden aparecer fibromas o cánceres de colon, por lo que no realizar en esa fecha la colonoscopia impidió el diagnóstico precoz de la *“neoplasia estenosante de sigma”* que, sin duda alguna, ya existía como acredita la clara sintomatología a que antes nos hemos referido.

En definitiva, la prueba que hubiera permitido detectar la grave enfermedad en los momentos iniciales de su gestación o desarrollo no se realiza hasta el 12 de abril, casi tres meses después de cuando debió hacerse, meses que cursaron con fuertes dolores abdominales, rectorragias y melenas, lo que, evidentemente, deterioró la resistencia del paciente, al tiempo que progresaba la tumoración estenosante de sigma.

Hemos de coincidir con el perito de los reclamantes en que el retraso en el diagnóstico implica una pérdida de oportunidad terapéutica puesto que si, incluso cuando se diagnosticó el tumor, no daba manifestaciones de afectación a distancia o metástasis, es decir, se trataba de una neoplasia que sólo afectaba al punto concreto del sigma en que se localizó, es lógico deducir que, casi tres meses antes, la tumoración tenía necesariamente que estar en una fase incipiente y su intervención quirúrgica ser mucho más sencilla. Independientemente de que, a la sazón, hubiera afrontado el paciente la intervención en mucho mejor estado, sin el deterioro sufrido durante prácticamente tres meses.

También resulta convincente la pericia aportada por los reclamantes, en relación con el abundante sangrado que obligó a reintervenir al paciente al día siguiente, encontrándose con *“una boca de un vaso importante sangrante a nivel de la anastomosis ileal”*, limitándose esta segunda intervención, exclusivamente, a la limpieza, evacuación de coágulos y la realización de hemostasia del punto o puntos sangrantes. La inmediatez, tras la primera intervención, en la aparición del sangrado permite afirmar que hubo una mala sutura o una mala ligadura o una falta de electrocoagulación de un vaso sangrante, acciones u omisión que revelan una mala praxis no amparada por el consentimiento informado suscrito que relacionaba, como posible complicación, la hemorragia postquirúrgica.

El inmediato ingreso del paciente en la UVI para transfundirle sangre marca el inicio de una serie de patologías, que anteriormente no padecía, tales como descenso de hematocrito, leucocitosis con neutrofilia, aumento de glucosa, inestabilidad hemodinámica, pérdida de sangre a través de los drenajes, atelectasia del pulmón izquierdo, neuroperitoneo, fracaso renal agudo infecciones nosocomiales, etc., que fueron minando la resistencia del enfermo hasta, en definitiva, desembocar en su fallecimiento.

Independientemente de la posible premura o precipitación en los traslados de la UVI a planta y posterior regreso a aquélla, entendemos que tampoco fue correcta la actuación asistencial en el tratamiento de la fistula, sin prejuzgar si fue causada o no por una incorrecta práctica de la intubación, puesto que tales fistulas prácticamente nunca cierran por sí solas, por lo que su posible intervención debe valorarse de inmediato por Cirugía, lo que no ocurrió en el caso que dictaminamos, en el que se retrasaron demasiado las pruebas diagnósticas y la gastrostomía, planteándose la posibilidad con aproximadamente 20 días de retraso, ya en la UCI, cuando, de seguro, el paciente estaba demasiado débil para soportar una cirugía. Se pudo, así, haber facilitado la reinfección del pulmón y el consecuente derrame pleural posterior que llevó al paciente a la muerte.

Aun cuando no tomemos en consideración otros posibles errores Médicos referidos en el dictamen de parte, ni el cambio postural del enfermo que precedió inmediatamente a su muerte, ha de concluirse, en definitiva, que existió una infracción de la *lex artis* de la que deriva la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria.

Cuarto

Sobre la valoración del daño

El daño a resarcir es, indudable y predominantemente, de carácter moral, constituido por el dolor de la hermana y cuñado del paciente, con quienes convivía desde años atrás, de presenciar el largo proceso y vicisitudes desde su ingreso para la práctica de la colonoscopia hasta el fallecimiento, las distintas intervenciones a que fue sometido, su progresivo deterioro, el evidente sufrimiento y, por último, la pérdida del ser querido.

No parece discutirse que la atención de los reclamantes al enfermo fue constante durante todo el proceso, incluso por las noches, y su interés por su evolución continuo, todo lo cual nos permite considerar que son quienes han padecido el daño moral que procede indemnizar.

De la reclamación planteada, parece deducirse la existencia también de daños materiales constituidos por la necesidad de desplazamientos diarios desde Santo Domingo,

su domicilio, a Logroño y la pérdida de jornadas de trabajo que el cuñado acredita con un certificado de su empresa.

Sin embargo, se cuantifica el daño en una cifra alzada, sin un cálculo, en cuanto a los daños materiales, del costo de los desplazamientos y justificación de otros posibles y seguros gastos, así como de la pérdida que pudo suponer las ausencias al trabajo.

Ante la dificultad que entraña, en todo caso, la valoración de los daños morales y la falta de acreditación concreta de los materiales, seguimos la pauta marcada por el Tribunal Supremo que, *“ante las dificultades que comporta, en ocasiones, la conversión de circunstancias complejas y subjetivas en una suma dineraria, opta en tales casos por efectuar una valoración global, incluyendo en dicha suma total el conjunto de perjuicios de toda índole”*.

En el caso ahora sometido a dictamen acudimos a dicho criterio considerando, como valoración global de los daños de toda naturaleza causados a los reclamantes, la de 40.000 euros. Hemos llegado a tal cifra partiendo de la aplicación *“orientativa”* del baremo establecido en la normativa sobre accidentes de circulación, referido a víctimas con hermanos, elevando la resultante de una estricta aplicación en atención al largo proceso reiteradamente aludido y la indudable, aunque no justificada, existencia de importantes daños materiales.

CONCLUSIONES

Primera

A juicio de este Consejo, existe relación de causalidad entre el funcionamiento del Servicio Público Sanitario Riojano y el daño cuya reparación se interesa.

Segunda

En cuanto a la valoración del daño, la estimamos en 40.000 euros, cuyo pago en conjunto a ambos reclamantes se hará, en su caso, en dinero y 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