

En Logroño, a 26 de septiembre de 2011, 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. Pedro de Pablo Contreras, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

65/11

Correspondiente a la consulta trasladada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios Sociales en relación con el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial tramitado a instancia de D. V.B.Z., en el que solicita ser indemnizado por los daños y perjuicios que entiende se le han causado como consecuencia de la asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital *San Pedro* de Logroño.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

Según consta en el informe de asistencia en Punto de Atención Continuada (PAC) emitido por la Dra. M^a B.M. el día 27 de marzo de 2010 (folio n^o 9), D. V.B.Z. fue derivado desde el PAC al Servicio de Urgencias del Hospital *San Pedro* en dicha fecha por presentar, desde hacía una semana, diarrea y dolor abdominal, así como sensación de hipoestesia en ambas manos.

D. V.B.Z., como consta en el Informe de Asistencia en el Servicio de Urgencias (folio10), acudió seguidamente al Servicio de Urgencias del Hospital *San Pedro* refiriendo «*sensación de hormigueos a nivel de pulpejos de los dedos desde el día de ayer, dolor abdominal en hemiabdomen izquierdo y de predominio en hipogastrio, con cambios deposicionales en la frecuencia*».

Al paciente se le realiza la siguiente exploración: «*General: Consciente y orientado eupneico en reposo, normocoloreado, norhidratado. Cabeza y cuello: No palpo masas ni ganglios. Auscultación cardiaca: Rítmico, no soplo ni roces. Auscultación pulmonar:*

Ventilados, murmullo vesicular presente, no ruidos agregados. Extremidades: EESS. pulsos presentes, sensibilidad, y fuerza motriz conservados».

Se llevan acabo también exploraciones complementarias consistentes en una analítica y radiografías simples de tórax y abdomen.

La impresión clínica fue la de un *dolor abdominal inespecífico*, aconsejándole al paciente el consiguiente tratamiento y recomendaciones.

Segundo

El paciente acudió de nuevo al Servicio de Urgencias del Hospital *San Pedro* el día 28 de marzo de 2010, como se comprueba en el Informe de Asistencia en el citado Servicio de dicha fecha (folio 11). El motivo de consulta fue el siguiente:

«Sensación de cosquilleo en todos los dedos de ambas manos y en los dedos de los pies y de la planta de ambos pies, desde hace das días. Dolor intenso dorsal y en cara lateral de cuello. Problemas cervicales previos tras accidente de tráfico hace años. El dolor de cuello aumenta con los movimientos del cuello y el de la columna con los movimientos del tronco. Continencia de esfínteres. No traumatismo ni sobreesfuerzo previos. Valorado ayer en este Servicio con analítica y Rx».

Se realizó la siguiente exploración general:

«Buen estado general, consciente y orientado. Piel y mucosas de color normal, bien perúndidas. Eupneico/a en reposo. Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular conservado, con buena ventilación en ambos campos pulmonares. Extremidades: ROT braquial, tricipital, radial y rotulianos ++ simétricos. Tono muscular conservado, más débil en la mano izquierda. Pinza normal. Atrofia leve de musculatura tenar. Phalen y Tinell (-). Palpación dolorosa de apófisis espinosas dorsales 08-010. No apofisalgias cervicales. Movimientos de cuello limitados con dolor en cara lateral interna de cuello. Palpo contractura dolorosa de ambos trapecios. EEII: vasculonervioso normal, sin edemas ni signos de TVP».

Se llevó a cabo, además, una exploración neurológica con los siguientes hallazgos:

«Consciente y orientado/a, No hay rigidez de nuca. Barré y Mingazzini sin descenso ni desviación. Fuerza y sensibilidad normal y simétrica. Marcha estable. Romberg negativo».

Se solicitaron pruebas complementarias consistentes en radiografías simples, anteroposterior y lateral dorsal y cervical, con los siguientes resultados:

«Otras pruebas complementarias: Rx dorsal AP y L: leve escoliosis dorsal con rotación vertebral, sin olistesis ni aplastamientos vertebrales, si de espondioartrosis. Rx cervical AP, L Y oblicuas: signos de artrosis moderados (osteofitosis, uncoartrosis, esclerosis), compromiso de agujero de conjunción C3-C4, con rectificación de lordosis cervical, no listesis ni lesiones óseas agudas».

La impresión clínica fue la de una cervicoartrosis y dorsalgia mecánica, además de una contractura muscular a nivel de esternocleidomastoideo derecho y de trapecios, aconsejándole al paciente el consiguiente tratamiento y recomendaciones.

Tercero

Según consta en el folio n° 13, el paciente acudió nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital *San Pedro* en la madrugada del día 29 de marzo de 2010. En el Informe de Asistencia en dicho Servicio, el motivo de consulta es el siguiente: *«Acude de nuevo por dolor muy intenso localizado de forma puntiforme en vértebra D8, sin irradiaciones»*.

Según el referido informe, la exploración física fue la misma que en la asistencia anterior, no se realizaron nuevas pruebas complementarias y se administró tratamiento consistente en analgesia, relajante muscular y protector gástrico por vía endovenosa.

Con el tratamiento, el paciente experimentó una leve mejoría y fue dado de alta con una cita para el Servicio de Traumatología, con el diagnóstico de *«dorsalgia, a descartar prolapsos discal»*.

Cuarto

El paciente fue de nuevo al Servicio de Urgencias en la mañana del día 29 de marzo de 2010, como se refleja en el informe de asistencia en el citado Servicio de dicha fecha (folio n° 12). El motivo de consulta fue, al igual que en la visita anterior, el siguiente:

«Varón 77 años que acude a Urgencias por cuadro de dolor en la espalda desde hace 3 días, ha acudido dos veces ayer y le han recetado gelotradol, que aún no ha tomado, y metamizol. Acude por persistencia del dolor. Le han citado el próximo día 30 de marzo en consulta de Traumatología».

Tras la correspondiente exploración y pruebas complementarias, se diagnostica una dorsalgia, aconsejando de nuevo tratamiento con analgésicos y relajantes musculares.

Quinto

Según aparece en el folio n° 14 (Informe de Asistencia en el Servicio de Urgencias), el paciente acudió de nuevo al reiterado Servicio el día 31 de marzo de 2010. En esta ocasión, el motivo de consulta no era una dorsalgia, sino, como queda reflejado en el informe:

«Dolor continuo intenso en mesogastrio, un vómito, sudoración profusa, lleva 4 días sin hacer deposición y nota hinchazón abdominal. No fiebre, no otra clínica acompañante. Está en tratamiento con zaldiar 1 cp/6-8h, metanilzol 575mg/6horas y myolastan 1/2-1/2-1, por dorsalgia».

Se realizaron una exploración general y pruebas complementarias. El paciente fue, además, valorado por el Cirujano de guardia, que indicó: «TAC abdominal con contraste. Reevaluado por Cirujano 8,00, indica ingreso para estudio».

Como resultado de éste se indica:

«Paciente de 77 años que comienza, hace 4 días, con dorsalgia, en actual tratamiento analgésico. Hace 48 horas, inicia dolor abdominal difuso, con disminución en la emisión de heces, sin fiebre, náuseas ni vómitos ni otra sintomatología digestiva. Afebril, normotenso. Abdomen sin distensión, blando, depresible, doloroso de forma difusa a la palpación profunda, sin defensa ni peritonismo. No hernias palpables, Peristaltismo presente, Analítica sin alteraciones; Rx tórax: aumento de trama hi sin imagen de condensación; Rx abdomen: gas y abundantes heces en marco cólico, con imagen de algún asa de delgado en región centroabdominal, sin imagen de dilatación; TAC abdominal: asas intestinales presentan un calibre dentro de límites normales. Abundantes restos fecales en marco cólico. Divertículos en sigma, sin evidencia de complicación. No hay imágenes de neumoperitoneo, colecciones intraabdominales ni líquido libre; Sin otros hallazgos destacables; En este momento no presenta abdomen agudo quirúrgico; Se recomienda ingreso en D para completar estudio mediante colonoscopia».

Sexto

Siguiendo las indicaciones del Especialista en Cirugía, el paciente ingresó en el Servicio de Aparato Digestivo. Una vez ingresado, como consta en las hojas de evolución clínica, el paciente fue visto por personal médico diariamente. En dichas hojas, destaca, al principio, la presencia de dolor abdominal difuso, dolor para el que se realizaron nuevas pruebas y se pautó tratamiento.

El día 3 de abril, se refleja en la historia la presencia de sintomatología neurológica por primera vez desde el ingreso, pues: «*se queja de los pies y de las manos, dice que no tiene fuerza y que no los siente*».

El mismo día 3 de abril de 2010, es valorado por la Dra. E.P.P. quien decide suspender el tratamiento con Valium, al tiempo que informa a la familia que se valorará el problema de las extremidades.

El día 4 de abril, el paciente es valorado de nuevo en planta. Se aprecia la aparición de nuevos síntomas neurológicos, además de la pérdida de fuerza en extremidades, como son desviación de la comisura bucal y pérdida de fuerza en la musculatura de ambos ojos.

Ese mismo día, el paciente es valorado por el Servicio de Neurología y, tras la correspondiente exploración, se solicitan nuevas pruebas, en concreto, niveles de vitaminas y hormonas tiroideas y TAC craneal, que se realizan inmediatamente. El objeto es descartar polineuropatía, déficit de Vit. B12, lesión medular.

El día 5 de abril de 2010, el paciente es valorado de nuevo por el Servicio de Neurología, en concreto por la Dra. S., explicándose en el informe de ésta (folio 47) que:

«Ante la sospecha de polirradiculitis aguda (Sme. de Guillain Barre), se realiza punción lumbar y estudio de LCR, que resulta normal (hallazgo que no descarta el diagnóstico), pasa a planta de Neurología y se inicia tratamiento con inmunoglobulinas iv».

Séptimo

La evolución posterior del paciente está descrita en los folios nº 18 y 19 del expediente, así como en el informe de la Dra. S. (folio 47), según el cual:

«El día 6 de abril, debe ser trasladado a UMI por disautonomía e insuficiencia respiratoria, ambas en relación con su polineuropatía y precisando intubación oro-traqueal. Se inicia igualmente tratamiento con plasmaféresis, precisando 9 sesiones e iniciando mejoría progresiva.

El día 29 de abril, ingresa en planta de Neurología, pero, a las 72 h, presenta de nuevo fallo respiratorio, en relación con acumulo de secreciones respiratorias, motivo por lo que reingresa en UMI, no precisando esta vez ventilación mecánica. Durante este ingreso en UMI, presentó una neumonía basal izquierda e infección urinaria por enterococcus faecalis.

Desde el día 13 de mayo, en planta de Neurología, con evolución favorable aunque lenta desde el punto de vista general y neurológico, pudiendo cerrarse la traqueotomía y alimentarse por vía oral.

Al alta de neurología el día 2 de julio, es trasladado a la Unidad de Hospitalización a Domicilio. La exploración entonces mostraba nivel de conciencia normal. Sensibilidad superficial y profunda normales. Pares craneales normales. Balance muscular segmentario a 4+/5 proximal y distal en extremidades derechas y 4/5 proximal y distal en extremidades izquierdas. RMP a 1 extremidades superiores, rotuliano izquierdo y aquileo derecho y 0 en el resto, caminando con andador.

Las pruebas neurofisiológicas realizadas durante su ingreso confirmaron el diagnóstico de una polirradiculoneuritis, y la evolución, que se ha tratado de una forma aguda (Sme. de Guillain Barré).

Tal y como he seguido en Consultas Externas de Neurología, la evolución al alta hospitalaria sigue siendo favorable, con ayuda inicialmente de rehabilitación. La última valoración neurológica se realizó el día 8 de noviembre, donde se apreciaban, como secuelas, leve disfonía, debilidad 4+/5 en psoas /zda. (debilidad leve) y debilidad para marcha de puntillas y talones, con sensibilidad normal y arreflexia aquilea bilateral. El resto de la fuerza segmentaria era normal. El último control realizado (informe del día 11-10-2010) muestra mejoría muy evidente».

Octavo

Con fecha 9 de noviembre de 2010, tuvo entrada en el registro de la Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja la reclamación de fecha 6 de septiembre de 2010, presentada por el referido paciente, en la que solicita una indemnización por los daños y

perjuicios que entiende se le han causado como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada en el Hospital *San Pedro* de Logroño.

Noveno

Seguido el expediente en todos sus trámites, con fecha 4 de julio de 2011, la Instructora formula la Propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación. La Dirección General de los Servicios Jurídicos se muestra conforme con dicha Propuesta de resolución en su informe, emitido el 20 de julio de 2011.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito de 21 de julio de 2011, registrado de entrada en este Consejo el 3 de agosto de 2011, el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios Sociales 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 4 de agosto de 2011, registrado de salida el 5 de agosto de 2011, 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

Asignada la ponencia al Consejero señalado en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad del dictamen del Consejo Consultivo

El artículo 12.1 del Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, aprobado por el 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.

Es preceptiva la emisión del presente dictamen conforme a lo dispuesto en el artículo 11 G) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción del mismo 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, por ser la cuantía de la reclamación superior a 6000 euros, en concordancia con el cual ha de ser interpretado el artículo 12 G) del Decreto 8/2002, de 24 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de este Consejo Consultivo.

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 (LPAC).

Segundo

Análisis de la eventual responsabilidad del Servicio Riojano de Salud

En el caso sometido a nuestro dictamen, el paciente estima, atendiendo a los términos de su reclamación, que existe responsabilidad de la Administración sanitaria riojana por serle a ésta imputables lo que considera *deficiencias asistenciales* que, a su juicio, produjeron un retraso en el diagnóstico de su Síndrome de Guillain Barré, que se tradujo en una menor eficacia de su tratamiento y en una prolongación de los días de hospitalización, siendo éstos los daños y perjuicios personales y morales que estima indemnizables.

Es en el marco en que se ha formulado la pretensión en el que resulta necesario abordar y resolver, en su orden lógico, si concurren o no los requisitos o presupuestos en todo caso exigibles para que nazca la responsabilidad sanitaria por daños personales imputables al funcionamiento de ese particular servicio público, que son los siguientes:

a) Que exista *relación de causalidad en sentido estricto* entre el daño cuya indemnización se reclama y la conducta seguida por los Facultativos como prestación que forma parte del contenido del derecho a ser atendido por el Servicio Riojano de Salud de que goza el paciente.

A este respecto y como reiterada y constantemente viene señalando este Consejo Consultivo al dictaminar sobre responsabilidad patrimonial de la Administración, cualquiera que sea el ámbito de su actividad en que se manifieste ésta, constatada la existencia del daño (lo cual en este caso, y como es obvio, no ofrece ninguna duda), lo primero que inexcusablemente debe analizarse en estos expedientes es lo que hemos llamado la relación de causalidad en sentido estricto, esto es, la determinación, libre de conceptos jurídicos, de cuáles son las causas que objetivamente —conforme a la lógica y la experiencia— explican que un concreto resultado dañoso haya tenido lugar. Hemos explicado también, y volvemos a insistir en ello, que para detectar tales causas el criterio por el que hay que guiarse no puede ser otro que el de la *condicio sine qua non*, conforme al cual un determinado hecho o conducta ha de ser considerado causa de un resultado dañoso cuando, suprimido mentalmente tal hecho o conducta, se alcance la conclusión de que dicho resultado, en su configuración concreta, no habría tenido lugar.

Ahora bien, en el ámbito sanitario la relación de causalidad en sentido estricto presenta inevitablemente una característica peculiar, que es la de que casi siempre concurrirá al menos una “causa” del resultado dañoso: el estado del paciente. Por eso, en este campo, el problema es siempre determinar, por lo pronto, si la concreta actuación médica merece o no la condición de causa (*concausa*, habrá que decir) del daño padecido, esto es —conforme a la doctrina de la *condicio sine qua non*—, si la misma constituye o no una condición empírica antecedente sin cuya concurrencia el resultado dañoso, en su configuración totalmente concreta, no habría tenido lugar; o si, por el contrario, ese resultado se explica de modo exclusivo o suficiente por la patología que sufriera el paciente.

Pues bien, en el presente caso, el inevitable y necesario análisis de la relación de causalidad en sentido estricto conduce, a nuestro juicio, a afirmar el nítido enlace entre los daños cuya indemnización se pretende y la atención sanitaria prestada al interesado por el Servicio Riojano de Salud. Así se infiere de todos los informes médicos obrantes en el expediente, que coinciden en defender la inexistencia del imprescindible criterio de imputación de la responsabilidad partiendo de que existe relación de causa-efecto entre el retraso diagnóstico y los daños por los que se reclama, siendo de esto último especialmente expresiva la afirmación contenida en el emitido por los Especialistas en Neurología, para los cuales «*es comprensible la inquietud, disconfort (sic) y angustia que pasaron el paciente y su familia en los días previos a poder alcanzar el diagnóstico y que trasmite en su reclamación*». Ese diagnóstico no es otro que el definitivo del *Síndrome de Guillain Barré*, atendiendo al cual se actuó correctamente a partir del 6 de abril de 2010, y los días previos son los diez que transcurren hasta esa fecha desde la primera visita a urgencias, que tuvo lugar el 27 de marzo anterior y fue seguida de otras cinco más, prácticamente consecutivas.

En definitiva, hay razones objetivas suficientes como para valorar ese retraso en el diagnóstico como *condicio sine qua non* que conforma aquél como *concausa* del resultado dañoso —*la inquietud, disconfort y angustia* del que habla el informe de los Especialistas

en Neurología– por cuanto, suprimido mentalmente tal retraso, se alcanza la conclusión de que dicho resultado, en su configuración concreta, habría tenido menor entidad.

b) Pero además, supuesto lo anterior, hace falta que concurra el imprescindible y legalmente necesario *criterio de imputación* de la responsabilidad a la Administración. Como hemos explicado ya reiteradamente en otros dictámenes, en el ámbito sanitario la conducta de los Facultativos a la que debe estar ligado el daño no participa del criterio objetivo que, con carácter general, establece para la responsabilidad patrimonial de la Administración la LPAC, sino que tiene un carácter específico, por tener la responsabilidad su origen, no en un daño que deriva del funcionamiento normal o anormal de la Administración, o sea, de un deber abstracto de ésta con destinatarios genéricos, sino en un daño efectivo, que nace del incumplimiento por ésta de una específica *obligación de hacer* de la que es acreedor el paciente, que tiene derecho, no sólo a una genérica y abstracta *atención sanitaria*, sino a las prestaciones concretas que en su caso requiera ésta. De hecho, esto es lo que explica que coincidan la doctrina y la jurisprudencia en afirmar que *tal obligación es de medios y no de resultado*, por lo que, en los casos de urgencia, sólo se incumple aquélla, con la responsabilidad consiguiente, cuando la conducta de prestación del servicio por los Facultativos no resulte conforme con la *lex artis ad hoc*.

Pues bien, en el caso que nos ocupa, es este segundo presupuesto o requisito, de que concurra el necesario *criterio de imputación* para que nazca la responsabilidad de la Administración sanitaria, el que entendemos que no puede afirmarse. En efecto, en este caso, el retraso de diez días en el diagnóstico del *Síndrome de Guillain Barré* no puede considerarse, en modo alguno, ligado a una actuación médica disconforme con la *lex artis ad hoc* exigible a los Facultativos, pues aquél –como continúa diciendo el fundamental informe del Servicio de Neurología antes citado– «*no puede ser achacado a una situación de disfunción asistencial, sino, como se ha expuesto, a que este proceso, en sus fases iniciales, ofrece grandes dificultades diagnósticas, a pesar de las cuales, en este caso, se realizó un diagnóstico precoz (en las dos primeras semanas de evolución de la clínica y, en las primeras 48 horas de que el paciente reuniera los criterios diagnósticos de la enfermedad), se instauró el tratamiento adecuado y el paciente recuperó su independencia funcional, a pesar del mal pronóstico de la forma clínica que le afectó, la variante axonal de esta enfermedad*».

Lo que ocurrió en el caso que nos ocupa, en definitiva, es que la atención y asistencia sanitaria fue en cada momento –y en el reducido plazo de diez días– la adecuada a la sintomatología que paulatinamente fue presentando el paciente, que comenzó quejándose de un dolor cérico-dorsal, pasó después a presentar dolores abdominales que motivaron su ingreso en el Servicio de Digestivo y, finalmente, dio muestras de sufrir el citado *Síndrome de Guillain Barré*, del que no había dado síntomas con anterioridad y que resulta estadísticamente excepcional, haciéndose cargo de su atención el Servicio de Neurología con resultados satisfactorios.

Pues bien, a nuestro juicio, todo ello revela que la actuación del Servicio Riojano de Salud atendió en cada momento a los síntomas que presentaba el paciente y fue conforme con la *lex artis*, lo que obliga a concluir que la inevitable ansiedad y dolor que acompaña a toda dolencia no es imputable ni a los Facultativos que le atendieron ni, por tanto, a la Administración sanitaria, lo que obliga a no acoger la pretensión indemnizatoria ejercitada.

Por todo ello, a juicio de este Consejo Consultivo y con los medios de prueba disponibles, debe desestimarse la reclamación.

CONCLUSIONES

Única

La pretensión de indemnización ejercitada por el reclamante debe ser desestimada, puesto que no resulta del expediente que los daños por los que reclama sean imputables al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios.

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