

En Logroño, a 19 de diciembre de 2022, el Consejo Consultivo de La Rioja, constituido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. José Ignacio Pérez Sáenz y de los Consejeros D. José María Cid Monreal, D. Enrique de la Iglesia Palacios, D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Amelia Pascual Medrano y D<sup>a</sup> Ana Reboiro Martínez Zaporta, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Serrano Blanco, y siendo ponente D. Enrique de la Iglesia Palacios, emite, por unanimidad de los asistentes, el siguiente

## DICTAMEN

74/22

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm. Sra. Consejera de Salud, sobre la *reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria por fallecimiento de D. P.A.C., formulada por sus familiares como consecuencia de una negligencia médica tras la intervención de una estenosis de canal; y que valoran en 118.926,16 euros.*

## ANTECEDENTES DE HECHO

### Antecedentes del asunto

#### Primero

#### **La reclamación de responsabilidad patrimonial**

1. En fecha 7-9-2021, el hijo, la nuera y dos nietos de D. P.A.C. presentaron en el Registro General de la Comunidad Autónoma de La Rioja (CAR) un escrito mediante el que formularon reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración autonómica. El escrito contiene el siguiente relato de hechos:

*“a) El día 15 de junio de 2020, P.A.C. (fecha de nacimiento, 5 de septiembre de 1936 - 83 años), fue intervenido quirúrgicamente en el Complejo Hospitalario San Millán - San Pedro de La Rioja, bajo anestesia general, realizando una Laminectomía L3 -L5 por Estenosis de canal lumbar siendo dado de alta Hospitalaria en fecha 18 de junio de 2020, por evolución favorable de la operación.*

*b) Del día 19 hasta el 25 de junio, la evolución, sigue siendo favorable, andaba solo con muletas por casa y prácticamente iba solo a todas partes. En casa le seguían realizando las curas, tanto el médico como la enfermera de cabecera.*

*c) El día 26 de junio de 2020, en una de las curas, se decidió ponerle un drenaje y le pusieron EL DEDO DE UN GUANTE. Cuestión que provocó posteriormente el fatal desenlace.*

d) En las curas posteriores nadie advirtió la ausencia del guante. A partir de ese día las cosas empeoraron, hasta el límite que no podía ni andar.

e) El 16/07, 17/07, 18/07, 19/07, 20/07, 22/07/2020 se realizan inyectables de INZITAN por dolor.

f) Del 23 al 29 de julio de 2020, tras seguir con aumento de dolor en la zona intervenida y fiebre con disminución de estado general, se realiza RMN que objetiva absceso, siendo ingresado y re-intervenido, objetivándose la existencia del DEDO DEL GUANTE EN EL INTERIOR.

g) Del 7 al 17 de agosto de 2020, se realiza nuevo drenaje con anestesia general. Se ha incrementado el dolor lumbar con pico febril, y aparece y produce una infección secundaria por ESTAFILOCOCO; todo ello debido AL DEDO DEL GUANTE OLVIDADO EN EL INTERIOR.

h) El 8 de septiembre de 2020 se inició DISNEA con RX sin condensaciones, donde se objetiva posible SHOCK SEPTICO precisando ingreso.

i) En fecha 9 de septiembre de 2020, debido a su grave empeoramiento debido a la gran infección, es ingresado de nuevo, presentando cuadro clínico compatible con SHOCK SEPTICO, provocando su muerte el 10/09/2020”.

El escrito, en síntesis, razona que “la causa única y principal del fallecimiento es: mala praxis médica”, añadiendo que:

*“En función de la cronología de hechos y de la documentación examinada y aportada, consideramos que la asistencia médica que se prestó a. P.A.C., no se ajustó a una praxis médica correcta. Dicha NEGLIGENCIA (DESCUIDO DE DEDO DE GUANTE EN INTERIOR) provocó un problema grave de salud, y acabó con el fallecimiento de D. Pedro..., el día 10 de septiembre de 2020”.*

**2.** Los reclamantes cuantifican en 118.926,16 euros la indemnización que solicitan por el perjuicio que afirman sufrido. Esa cantidad total resulta de la suma de los importes correspondientes a los siguientes conceptos:

*“A) Indemnizaciones:*

- ... (Hijo de 56 años): 57.845,92 euros.
- ... (Nuera de 55 años): 10.859,16 euros.
- ... (Nieto de 23 años): 23.911,04 euros.
- ... (Nieta de 30 años): 23.911,04 euros.

*B) Gastos acreditados:*

- Factura de servicios funerarios por importe de 2.399 euros”.

**3.** Los interesados adjuntaron al escrito de reclamación la documentación que tuvieron por conveniente: Escrito de representación, DNI de los perjudicados y del representante, Certificado de defunción, libro de familia y factura de servicios funerarios.

También acompañaron lo que el escrito iniciador denomina “informes”, y que son, en realidad, los documentos emitidos por los servicios médicos del Hospital San Pedro de

Logroño (HSP), relativos a la asistencia (pruebas diagnósticas, tratamiento hospitalario, suministro de fármacos) recibida por el fallecido en los meses de junio, julio, agosto y septiembre de 2020.

## **Segundo**

### **La incoación del procedimiento de responsabilidad patrimonial**

El 13-9-2021, el Sr. Secretario General Técnico (SGT) de la Consejería de Salud dicta Resolución por la que se tiene por iniciado un procedimiento de responsabilidad patrimonial y se nombra Instructor del mismo.

Mediante Oficio de ese mismo día, el Instructor del expediente comunica a los reclamantes, quienes lo recibieron el 16-9-2021, diversa información relativa a la tramitación del procedimiento.

## **Tercero**

### **Los informes de los facultativos que asistieron al paciente**

1. También el 13-9-2021 el Instructor requirió a la Dirección del Área de Salud de La Rioja-HSP la remisión de cuantos antecedentes existan sobre la asistencia prestada a la paciente, copia de la historia clínica de esta en lo relativo a la asistencia objeto de la reclamación, y, en particular, el informe de los facultativos intervinientes acerca de la asistencia prestada.

2. En fecha 26-10-2021, el Sr. Gerente del SERIS remitió la documentación reclamada, junto a cuatro informes facultativos, cuyo contenido se reseña a continuación.

3. Por una parte, el Informe de la Sra. C. S.M., enfermera del SERIS, emitido el 16-9-2021, versa sobre la asistencia prestada al paciente entre los días 22-6-2020 y 3-7-2020 por el Dr. A.G. y por la propia Sra. C., quien refiere los siguientes hechos:

*“-En relación a la reclamación presentada por los familiares de D. P.A.C. contra el Servicio Riojano de Salud, remito el siguiente INFORME DE LOS HECHOS.*

*-El periodo en el que yo trabajé para la Unidad de Apoyo del Área de Salud de la Zona de Cenicero, comprende del 22/06/2020 al 03/07/2020 (los días 22, 25, 26, 30 de junio y 3 de julio) que es cuando, junto con el Dr. A.G., se realizaron las sucesivas curas de la herida quirúrgica que me relaciona con el caso.*

*-El primer contacto que tengo con el paciente arriba mencionado es el 22 de junio/2020 para la realización de la cura quirúrgica en su domicilio por imposibilidad del paciente para trasladarse al centro de salud de referencia.*

*-Descripción de Cura; presenta herida quirúrgica tras intervención de laminectomía 13-15. Se visualizan grapas, realizo la técnica con estrictas medidas de asepsia, se procede a limpieza y desinfección con prontosan + betadine y se tapa con gasas y omnifix, apreciándose las siguientes complicaciones: inflamación y exudado serohemático (no coloco drenaje).*

*-Al llegar a la consulta, informo a su médico de referencia, de las complicaciones observadas y lo anoto en su historia.*

*-El 25/06/2020 acudo al domicilio junto con el Dr. A., el cual supervisa la realización de la cura siguiendo estrictas medidas de asepsia; limpieza y desinfección con prontosam y betacline. Continúa drenando abundante exudado serohemático. Persiste la inflamación como complicación.*

*-Ambos profesionales, médico y enfermera, el día 26/06/2020 acudimos de nuevo al domicilio del paciente; realizando la cura siguiendo estrictas medidas de asepsia, primero lavado y desinfección con prontosan y betadine y por indicación del Dr. A. retiro dos grapas, drenamos exudado serohemático y el médico coloca drenaje estéril en la zona y dejo la herida tapada.*

*-Dña. A.F.H., nuera del paciente, no quiere que dejemos aviso en el Centro de Salud para que los profesionales del PAC de referencia vayan a realizar la Cura durante el fin de semana, la realizará ella, pues refiere que sabe hacerlo, dice que lo ha hecho más veces. Por ello se le explica la técnica y el procedimiento a seguir que refiere comprender. (sólo cambiar gasas si están muy mojadas, y nos comuniqué si el drenaje se sale) indicándola que ante cualquier problema llame al PAC.*

*-El 29/06/2020 llama el hijo, el cual me dice que del fin de semana no ha drenado mucho y que ha perdido el dedo de guante, acordamos ir al día siguiente para valorar junto con el médico.*

*-El 30/06/2020 se acude con el Dr. A. nuevamente al domicilio, realizo cura siguiendo estrictas medidas de asepsia y bajo su supervisión se drena abundante contenido serohemático más claro que en días anteriores y a la inspección de la herida: no se visualiza dedo de guante dentro de la herida quirúrgica. Por ello se vuelve a realizar la colocación del nuevo dedo de guante por parte del Dr. A., sin más complicaciones.*

*-Nuevamente la nuera le curará en su domicilio y nuevamente se incide en la técnica y procedimiento para su realizador), que refiere comprender, nuevamente se le indica avisar ante cualquier complicación.*

*-El último día que yo acudo al domicilio es el 03/07/2020 que realizo nueva cura siguiendo estrictas medidas de asepsia, observando que el contenido seroso que fluye es más claro, lo que me hace pensar que la herida evoluciona favorablemente. Quitó el dedo de guante anterior y coloqué otro nuevo dedo de guante. Por lo que sigo la misma dinámica que en curas anteriores.*

*-Nuevamente la nuera le curará en su domicilio y nuevamente se incide en la técnica y procedimiento para su realización, que refiere comprender, nuevamente se le indica avisar ante cualquier complicación.*

*-Dado que se me asignó otra zona de trabajo, a partir del día 03/07/2020 no volví a atender al paciente.*

*-Todo lo anterior aparece soportado en la HISTORIA CLINICA que se acompaña al informe. OTRAS CIRCUNSTANCIAS A CONSIDERAR*

*-Que yo tenga constancia, los días 27, 28 y 29 de junio y el 1, 2, 4 y 5 de julio la cura es realizada por Dña. A.F.H., previa explicación reiterada de cómo realizarla, y con el aviso que, de producirse cualquier eventualidad como la pérdida del drenaje, debería informar inmediatamente al PAC.*

*-Desconozco si se realizaron o no las curas por parte de DM A.F.H., si las realizó de conformidad con las medidas de higiene e instrucciones indicadas.*

*-Desde el primer día que acudo al domicilio (22/06/2020) el paciente es incapaz de levantarse del sofá ni, de deambular sin ayuda, precisando de mínimo dos personas para su movilización.*

*-Tanto por parte del Dr. A. como por mí, todas las curas se realizaron con estrictas medidas de asepsia y tanto el instrumental, gasas y drenajes que se utilizaron eran estériles, a pesar de que en el domicilio no se disponía de un espacio amplio para realizar las curas, por el desorden y suciedad imperantes en la salita en donde se encontraba sentado el paciente, que hay que recordar que no se podía levantar sin ayuda de dos personas.*

*-Es de destacar que, en las visitas al domicilio, en la zona de recibidor y la Salita-a las que accedí, se detectó la presencia de un perro grande, mucho desorden y un pésimo estado de limpieza, con acumulación de muebles, papeles y objetos de deshecho en los rincones.*

*-Durante el tiempo que estuve atendiendo al paciente D. P.A. le traté con exquisita profesionalidad, limpieza y asepsia a pesar del entorno en el que se encontraba, al igual que realizo con todos los pacientes y que mis años de experiencia me avalan”.*

**4. La Sra. L., también enfermera del SERIS, suscribe el 18-10-2021 un informe en el que expone la asistencia prestada al paciente entre los días 6-7-2020 y 16-7-2020. Lo transcribimos en su literalidad:**

*“-A mi regreso de vacaciones retomo las curas de D. P.A.C. que habían realizado mi compañera Ana C. y la nuera del propio paciente Dña. A.F.H.*

*-A la entrada del domicilio el recibidor estaba con falta de higiene y suelo pegajoso, al entrar en la habitación ésta era pequeña con una cama tipo nido pegada a la pared y rodeada por todos los lugares de cajas de cartón apiñadas y llenas de pelusas.*

*-El 6 de julio del 2020, acudo a su domicilio para realizar la cura. (el paciente era una persona muy obesa con dificultad de movilidad debido al dolor que tenía lumbar que se irradiaba hacia ambas ingles. El dolor no se controlaba bien y tomaba bastante medicación que le recetaban los médicos.).*

*-El paciente se encontraba sentado en una silla. Con la ayuda de la nuera y su hijo para movilizarlo dado la dificultad por falta de espacio físico y dificultada de movilidad del paciente. Realizo la cura encontrándome una herida quirúrgica plana con apósito. Retiro el apósito y está manchado de exudado seroso. Realizo presión sobre bordes con escasa salida de exudado, no se palpa seroma. En ningún momento se observan signos de celulitis y afebril.*

*-Las curas son realizadas con medidas de asepsia, desinfección con clorhexidina y betadine, tapando la herida abierta con abundantes gasas y apósito secundario.*

*-Acuerdo con la nuera para que realice la siguiente cura el miércoles como lo estaba haciendo hasta ahora con las indicaciones dadas por mi compañera Ana C., llamándole por teléfono para ver evolución por si tenía que ir al domicilio.*

*-A la llegada al consultorio comunico del estado del paciente a su MAP.*

*-El 8 de julio del 2020 llamo por teléfono. Me comenta la nuera que el apósito ha salido manchado, igual que el lunes, de líquido seroso y la herida de igual coloración, no había cambios con respecto al lunes.*

*-El 10 de julio del 2020 acudo al domicilio. Con ayuda de la nuera y del hijo realizo la cura retirando el apósito, la parte inferior está manchada de seroma. La parte superior de la herida quirúrgica está inflamada. Tras la limpieza de la zona con clorhexidina y betadine realizo una punción en esa zona saliendo solo sangre, con lo cual continúo con la cura quitando 3 grapas de la herida quirúrgica y colocando un apósito de plata y otro secundario. El paciente continuaba con la misma intensidad del dolor e igual localización y afebril.*

*-A la llegada al consultorio, informo a su MAP de la evolución.*

*-El 13 de julio del 2020 acudo de nuevo al domicilio para realizar la cura con ayuda de la nuera y su hijo. Al retirar el apósito supura una cantidad de líquido seroso (el seroma es un líquido amarillento que suele salir más frecuente en heridas quirúrgicas en personas obesas, no es indicativo de infección.) de aproximadamente 20ml. en ningún punto el exudado es hemático ni purulento. Limpio la zona con clorhexidina y betadine y quito las grapas dejando 2 haciendo de sujeción en la parte abierta de la herida. Tapo la herida con apósito de plata y otro secundario.*

*-Al llegar al consultorio informo a su MAP de la evolución.*

*-El jueves 16 de julio vuelvo a realizar la cura siempre con ayuda de la nuera y del hijo. El paciente continuaba con el dolor y la dificultad de movilidad igual. Al retirar el apósito sale más cantidad de seroma unos 50ml. Quito las 2 grapas que quedaban, por estar bien cerrada el resto de la herida, quirúrgica. Quedaba abierta la zona por donde salía el líquido seroso sin problema por el tamaño de la abertura.*

*-Realizo la limpieza con clorhexidina y betadine, coloco apósito de plata y otro secundario.*

*-Ante el aumento de la exudación por la herida quirúrgica le sugiero que se lo comente a su MAP para evalúe la posible derivación y me comentaron que tenía consulta el lunes 20 de julio con traumatología.*

*-A la vuelta al consultorio comento la evolución a su MAP.*

*-En todo momento su MAP era informado de la evolución de la herida y situación del paciente.*

*El 17 de julio del 2020 me voy de vacaciones y ya no vuelvo a ver al paciente por ingreso en el HSP”.*

**5.** El 6-10-2021, el Dr. A.C., emitió el siguiente informe de “Consulta Externa”. Aunque en ocasiones alude al año 2021, se está refiriendo, en realidad, a 2020:

*“-Paciente intervenido el 15-06-2021 de estenosis de canal lumbar mediante laminectomía L3-L5. La cirugía cursó sin incidencias.*

*-Postoperatorio Inmediato favorable.*

*-En la cita de consultas del día 20-07-2021 se apreciaron signos de Infección a nivel de herida quirúrgica. así como empeoramiento del estado general del paciente (la familia refirió que los primeros días tras ser dado de alta, se encontraba mucho mejor).*

*- Se solicitó RMN de columna lumbosacra y analítica con reactantes fase aguda. El paciente estaba en tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico prescrito por su MAP. Se tomaron muestras para cultivo.*

*- El día 26-07-2021 se valoró el resultado de las pruebas solicitadas*

*RMN: ESPONDILODISCITIS L4-L5 CON GRAN ABSCESO A NIVEL POSTERIOR DE CUERPOS VERTEBRALES DE L4-L5 COLECCIÓN EN TEJIDO CELULAR SUSCUTANEO LUMBAR EN PROBABLE RELACIÓN CON SEROMA SIN PODER DESCARTAR COLECCIÓN DE LCR POSTCIRUGIA*

*BQ: Proteína C Reactiva 164.0 mg/L (0,0 - 10.0), Procalcitonina 0.15 ng/mL (0.0 – 0,5)*

*-Se derivó a Urgencias para ingreso en Hospitalización a cargo de C.O.T.*

*-El día 29-07-2020 bajo anestesia general se procedió al lavado (toma de muestras para cultivo, desbridamiento amplio, ampliación de la laminectomía, encontrando dedo de guante a nivel subcutáneo que fue retirado. Se comprobó la integridad de duramadre y se colocó terapia de vacío pico.*

*-En los cultivos preoperatorios y del día la retirada del guante se aisló un Staphylococcus epidermis y se modificó el tratamiento antibiótico por parte de Infecciosas.*

*Ante la tórpida evolución clínica, se realizó un nuevo lavado y desbridamiento quirúrgico el día 07-08-2020. Se colocó nuevamente terapia de vacío PICO.*

*El día 11-08-2020 fue dado de alta hospitalaria a Centro de Convalecencia.”*

**6.** En informe, del que no consta fecha, D<sup>a</sup> M.G.M., facultativa de la Unidad de Medicina Interna del HSP de Logroño, extracta los antecedentes personales del paciente que constan en su Historia Clínica (HC), así como el tratamiento farmacológico que le fue dispensado:

*“-Se trata de un paciente varón de 84 años que ingresa en Medicina interna el día 09/09/2020 y fallece el día 10/09/2020.*

*-Se recogen los siguientes antecedentes personales de los informes que constan en la historia del paciente:*

*No alergias medicamentosas conocidas.*

*CARDIOVASCULARES: Hipertensión arterial*

*NEFROUROLOGICOS: Hipertrofia benigna de próstata*

*ENDOCRINO/METABOLICOS: Obesidad mórbida. Diabetes mellitus tipo 2.*

*RESPIRATORIOS: Síndrome de apnea/hipopnea del sueño severo con CPAP nocturno.*

*TRAUMATOLÓGICOS:*

*-El 15/06/2020 bajo anestesia general, se realiza laminectomía L3-L5 por Estenosis de canal lumbar. En resonancia de columna lumbar realizada el día 24/07/2021 [sic] se describe "espondilodiscitis L4-L5 con gran absceso a nivel posterior de cuerpos vertebrales de L4-L5 colección en tejido celular-subcutáneo lumbar en probable relación con seroma sin poder descartar colección de LCR postcirugía".*

*-El 29/07/2020 se realiza lavado quirúrgico y drenaje de colección lumbar anestesia general sin incidencias. En cultivos crece Staphylococcus epidermidis por lo que se inicia tratamiento con vancomicina, en seguimiento por el servicio de Infecciosas.*

*-El día El 07/08/2020 se realiza nuevo drenaje de colección lumbar, anestesia general sin incidencias:*

*-Es dado de alta a Valvanera para convalecencia. El 17/08/2020 ingresa desde Valvanera a Traumatología de nuevo por espondilodiscitis post-quirúrgica, dado de alta de nuevo a Valvanera el día 02/09/2020, al alta por parte de Infecciosas se suspende vancomicina y se inicia daptomicina.*

*-Se aporta también, el tratamiento que el paciente recibe, que es el siguiente:*

*Lormetazepam 1 mgr, Amlodipino 5 mg, Trazodona 100 mgr, Cubicin 350 mgr, Palexia Retard 25 mgr, Polaramine 2 mgr.*

*Dudoart 0,5 mgr, Metformina 850 mgr, Losartan 50 mgr, Omeprazol 20 mgr, Lactulosa, Hidroclortiazida 25 mgr, Metilprednisolona 40 mgr, Paracetamol, Ouscaoina, Morfina, Levofloxacino 500 mg, Enoxaparina 40 mg".*

A continuación, la Dra. G.M. expone "los hechos relativos al ingreso de Medicina Interna", Unidad en la que fue atendido los días 9-9-2020 y 10-9-2020.

*"-El día 09/09/2020 el paciente es remitido desde el centro de convalecencia de Valvanera a las urgencias del Hospital San Pedro por Disnea en contexto de sospecha de broncoaspiración.*

*-En urgencias el paciente presenta una temperatura de 36.3°C, cifras de tensión arterial 90/60 mmHG, frecuencia respiratoria de 32 respiraciones por minuto y saturación de oxígeno de 88%. Se encuentra consciente, desorientado y eupneico, pero con oxígeno a alto flujo. A la exploración descrita destaca taquiarritmia, roncus bilaterales y dolor con defensa en hipocondrio derecho.*

*-Entre las pruebas realizadas en urgencias destacan:*

*Análítica, en la que se observa fracaso renal agudo y elevación de reactantes de fase aguda.*

*Electrocardiograma descrito como "taquicardia sinusal a 102 latidos por minuto sin alteraciones de la repolarización aguda".*

*Radiografía de tórax descrita como “índice cardiorácico normal, sin signos de condensación aguda”.*

*Radiografía de abdomen descrita “sin signos de patología aguda”.*

*Ecografía de abdomen cuya conclusión en el informe es “hallazgos sugestivos de Colecistitis aguda litiasis no complicada”.*

*Tomografía de abdomen: “Condensaciones en el lóbulo inferior derecho y en el izquierdo coma a valorar por sobreinfección. Hígado de morfología y tamaño normales sin lesiones focales hepáticas.*

*Vesícula biliar distendida con un calibre de 6 cm con litiasis localizados en infundíbulo sin visualizar alteraciones de la grasa perivesicular. No, colecciones. Vía biliar, no dilatada. Bazo, gls suprarrenales y páncreas de tamaño, morfología y densidad normales. Riñones con cambios involutivos, con presencia de nefrograma bilateral y simétrico. No dilatación de la vía excretora.*

*Vejiga urinaria bien replecionada sin alteraciones parietales evidentes. Resto de estructuras pélvicas sin hallazgos. Asas de Delgado y marco cólico sin alteraciones significativas. No se observan adenopatías retroperitoneales ni ilíacas de tamaño valorable. No líquido libre intraabdominal. Prótesis de cadera bilateral.*

*Conclusión: Condensaciones pulmonares bilaterales, a valorar por sobreinfección. Distensión de vesícula biliar litiasica, sin claros signos de colecistitis punto, sin embargo, TC tiene menor capacidad diagnóstica que una ecografía para colecistitis. Cambios involutivos renales. Prótesis total de cadera bilateral”.*

*Tomografía de columna lumbar: “Cambios de laminectomía L3-L4-L5 con presencia de cambios fibrocatríciales en región posterior de 6 x 4 cm en plano axial, con presencia de pequeña colección a nivel superficial, a correlacionar con clínica. Hallazgos que pueden corresponder con cambios postquirúrgicos, recomendaría control con resonancia magnética con contraste. A nivel del espacio discal L4/L5 presenta borramiento del platillo superior de L5. A correlacionar con antecedentes quirúrgicos a dicho nivel, sin cambios con respecto a resonancia magnética previa. Perdida del espacio discal en toda la columna lumbar con signos de vacío en relación con discopatía degenerativa. Severos cambios artrósicos interapofisarios con afectación foraminal bilateral.*

*Conclusión: Cambios de laminectomía posterior, con presencia de cambios fibrocatríciales en lecho quirúrgico con presencia de pequeña colección superficial, puede corresponder con seroma vs otros, a controlar con RM. Resto sin cambios. Con respecto a RM previo lumbar”.*

*-El paciente es comentado con la Unidad de Cuidados Intensivos, quienes desestiman ingreso. Se avisa a Cirugía General, quienes valoran al paciente el día 09/09/2020 por la mañana:*

*“... desestimando tratamiento en UCI, por nuestra parte dado el alto riesgo anestésico y quirúrgico del paciente, no presenta indicación de cirugía urgente. Se informa a familiares de la sospecha diagnóstica y la gravedad clínica del paciente. Se comenta con radiología intervencionista para valorar colecistostomía. Hago petición y se entrega documento de consentimiento informado al paciente que por su situación basal no puede firmar, se informa telefónicamente a los hijos (ya que no se encuentran en hospital) y dan su consentimiento verbal. Iniciado tratamiento con Meropenem.*

*Se revisan imágenes de tomografía abdominal con radiografía de Hospital San Pedro, observándose absceso en misma localización que vez anterior. En relación con espondilodiscitis, por lo que se recomienda realización de nueva resonancia magnética. Seguiremos evolución.”*

*-Ante la sospecha clínica de colecistitis aguda, se realiza por parte de Radiología intervencionista el día 09/09/2020 por la mañana colecistostomía percutánea, se obtiene bilis oscura y se recogen muestras para microbiología coma sin detectarse complicaciones inmediatas. Durante el procedimiento y la estancia en sala.*

*-El 09/09/2020 tras las valoraciones de Unidad de Cuidados Intensivos, y Cirugía General, se decide el ingreso en Medicina Interna. Según consta en informe de Urgencias, familia informada de la gravedad y el mal pronóstico.*

*-Ingresa en planta de hospitalización a cargo de Medicina Interna. La tarde del día 09/09/2020, con los diagnósticos de Urgencias de: “SHOCK SÉPTICO DE PROBABLE ORIGEN MIXTO, INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA, COLECISTITIS AGUDA, ESPONDILOCISTITIS POST QUIRÚRGICA”.*

*-Es valorado por Médicos de Guardia al subir a la planta. En ese momento cifras de tensión de 113/59 mmHg, frecuencia cardíaca de 105 latidos por minuto y saturación 80% con reservorio a 15 litros. Se ajusta tratamiento, se solicita analítica de control y se vuelve a informar al familiar del mal pronóstico del paciente.*

*-La mañana del día 10/09/2020 se realiza el pase de visita de Medicina Interna, siendo ese momento mi primer contacto con el paciente.*

*-En ese momento constantes de: temperatura 38.4°, cifras de tensión arterial 93/51 mmHg, frecuencia cardíaca de 82 latidos por minuto, saturación de oxígeno 94% con reservorio, diuresis 1150 ml. El paciente presenta dificultad para la respiración, respiraciones muy superficiales, y apenas ventila a la auscultación. Tampoco responde a estímulos dolorosos. La impresión en ese momento es de fallecimiento próximo. El familiar según describo en nota tiene la misma impresión y entiende la situación.*

*-Se explica que el paciente presenta una neumonía bilateral, colecistitis, aguda y dudosa espondilodiscitis pendiente de completar estudio con resonancia magnética. Se explica que, dada la situación actual de próximo fallecimiento, se esperará antes de solicitar la resonancia.*

*-Los resultados analíticos de ese día muestran reactantes de fase aguda elevados, fracaso renal, hipernatremia e hiperpotasemia, por lo que se ajusta al tratamiento. A las pocas horas esa misma tarde el paciente presenta pausas de apnea y es exitus”.*

## **Cuarto**

### **El Informe de la Inspección Médica, de 12-11-2021**

El 26-10-2021, el Instructor del expediente recaba de la Dirección General de Humanización, Prestaciones y Farmacia la emisión del informe de la Inspección médica. El informe fue evacuado el 12-11-2021 y, en él, tras un examen pormenorizado de la historia clínica del interesado, de la intervención quirúrgica a la que fue sometido, y de la atención

recibida tras ella, se realizan, en primer lugar, las siguientes “consideraciones médicas” relativas a la estenosis lumbar que padecía el paciente:

*"-La estenosis lumbar puede estar producida por una variedad de enfermedades congénitas o adquiridas. La causa más habitual es la espondilosis degenerativa, que típicamente afecta a los pacientes mayores de 60 años. Esta enfermedad puede manifestarse por claudicación neurógena, un síndrome bilateral de dolor, pérdida sensitiva y debilidad que afecta a las piernas y que está producida o se exagera por la deambulación o la posición erguida prolongada (ver referencia bibliográfica número 1).*

*-El pronóstico de la estenosis lumbar es generalmente favorable, aunque hay un grupo de pacientes que presentan síntomas incapacitantes y restricción de su actividad. En el caso de los pacientes, como ocurrió en el paciente de este expediente, que presentan un síndrome de "cola de caballo" o de "cono medular" se recomienda valoración quirúrgica. Los índices de complicación quirúrgica se asocian con la complejidad del procedimiento quirúrgico. Entre las complicaciones quirúrgicas se incluye un riesgo de muerte que oscila entre el 0,5 y el 2,3% (ver referencias bibliográficas número 2 y 3). Otras complicaciones graves (por ejemplo, la infección y la trombosis venosa profunda) ocurren en aproximadamente el 12% de los pacientes. La edad del paciente y el número de comorbilidades tienen un claro impacto sobre el riesgo quirúrgico, así como el número de procedimientos realizado por el cirujano y su hospital, con un menor riesgo de muerte y complicaciones en aquellos con un mayor número de procedimientos realizados (ver referencia bibliográfica número 4).*

*-En la evaluación anestésica previa a su primera intervención quirúrgica (15 de junio de 2020), el paciente recibió la clasificación de ASA III. Según se recoge en la tabla inferior [que se adjunta] un paciente de este tipo se define por presentar una enfermedad sistémica grave. Por ejemplo, incluiría pacientes con limitaciones funcionales importantes; una o más enfermedades moderadas o graves: diabetes mellitus o hipertensión con mal control, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, obesidad mórbida (índice de masa corporal > 40), hepatitis activa, dependencia o abuso del alcohol, implantación de marcapasos, enfermedad renal crónica en diálisis, etc.  
(...)*

*-La osteomielitis y espondilodiscitis vertebrales pueden producirse por tres vías principales: diseminación hematógena desde un lugar a distancia o foco de infección (es el mecanismo más frecuente), inoculación directa tras una cirugía sobre la columna y por diseminación por contigüidad tras un foco adyacente de infección de tejidos blandos (ver referencia bibliográfica número 5).*

*-La osteomielitis y la espondilodiscitis tienen una mortalidad intrahospitalaria del, 6% y está determinada principalmente por las comorbilidades (edad avanzada, diabetes, enfermedad renal terminal, cirrosis y neoplasias; ver referencia bibliográfica número 6).*

*-La mortalidad global de un episodio de colecistitis aguda es del 3% aproximadamente. Sin embargo, el riesgo en un paciente individual depende del estado de salud del paciente y de su riesgo quirúrgico. La mortalidad es menor del 1% en un paciente joven y saludable, pero se aproxima al 10% en pacientes de alto riesgo o en aquellos que presentan complicaciones; ver referencia bibliográfica número 7)".*

En vista de estas consideraciones y, analizados los hechos que resultan de la HC del paciente, la Inspección Médica alcanza las siguientes “conclusiones” (los énfasis son nuestros):

*“-El paciente de este expediente presentaba una patología grave (estenosis del canal lumbar con síntomas de compresión medular). La literatura científica vigente avala el tratamiento quirúrgico realizado. Desde ese momento el paciente presentó varias complicaciones que no deben sorprender teniendo en cuenta la patología diagnosticada y comorbilidades previas.*

*-No puede decirse desde el punto de vista médico que la cura con dedo de guante fuera la responsable de forma directa o indirecta del fallecimiento del paciente. Tampoco está demostrado que la permanencia de dicho cuerpo extraño en la región subcutánea haya sido debida a la actuación deficiente de los profesionales sanitarios del Servicio Riojano de Salud. Atribuir al dedo de guante el fallecimiento del paciente me parece aventurado, hipotético y no ajustado a la realidad médica: más bien parece un suceso más dentro de una evolución clínica tórpida.*

*-En el último ingreso hospitalario del paciente fue diagnosticado de colecistitis aguda litiásica que fue tratada con drenaje percutáneo debido al prohibitivo riesgo quirúrgico que presentaba. Es decir, presentó una nueva complicación a las que ya presentaba previamente. No debe sorprender el fallecimiento del paciente teniendo en cuenta la situación basal del paciente cuando fue intervenido quirúrgicamente. Menos sorpresa aún puede manifestarse con su fallecimiento teniendo en cuenta las otras 2 intervenciones quirúrgicas sobre la columna vertebral que fue preciso realizar por infecciones secundarias y la colecistitis aguda de su último ingreso hospitalario.*

*-Como conclusión final de la revisión de este expediente debo manifestar que **no aprecio infracción de la lex artis en la atención recibida por el paciente.** Por parte de los profesionales del Servicio Riojano de Salud se realizaron tratamientos y atenciones adecuadas para las graves patologías y sucesivas complicaciones que fueron apareciendo en la evolución clínica del paciente. Desde el punto de vista médico no estoy de acuerdo con la afirmación contenida en la reclamación de que "la causa única y principal del fallecimiento es la mala praxis médica". A mi juicio **queda clara una sucesión de complicaciones sobre una grave situación de partida (estenosis de canal medular)**".*

## Quinto

### El Informe de la Aseguradora, de 23-11-2021

El informe médico pericial de P., evacuado el 23-11-2021 por el Dr. L.A., Licenciado en Medicina y Cirugía, y Especialista en Traumatología y Cirugía Ortopédica expone conclusiones semejantes a las de la Inspección Médica, y descarta que exista una mala praxis médica y, en concreto, una relación causal entre el fallecimiento del paciente y una deficiente atención del SERIS.

A) En primer término, el Informe del Dr. L. comienza explicando qué es una estenosis de canal lumbar y cuáles son los posibles tratamientos de esta patología (los énfasis son también nuestros):

*“-Se denomina estenosis del canal lumbar a un cuadro patológico de la columna consistente en una disminución del calibre normal del canal vertebral. Esta disminución puede ser de toda la columna lumbar, segmentaria (en uno o varios niveles vertebrales) o muy localizada, en la zona donde discurren las raíces nerviosas dentro del canal (receso lateral) o antes de salir fuera de la columna vertebral (estenosis foraminal).*

*-El canal estrecho en la región lumbar es mucho más común que en la columna cervical; aunque el 25% de los pacientes tienen afectadas ambas regiones. El sitio más frecuente de presentación de esta entidad es a nivel de L4-L5, seguida por L3-L4.*

*-La sintomatología que produce la estenosis de canal comienza con dolor mecánico en la parte baja de la espalda. Posteriormente, lo característico es el dolor en la pierna. Este puede ser de dos tipos: claudicación neurógena o radiculopatía, siendo esta última dependiente, más frecuentemente, de la afectación de la raíz L5.*

*-El diagnóstico se realiza mediante los estudios de imagen, como la radiografía, TAC y resonancia magnética. La EMG es una prueba que determina la posible afectación radicular y la localización de la misma.*

***-El tratamiento inicial de esta patología es la rehabilitación y la terapia farmacológica para aliviar los dolores. Sin embargo, aproximadamente, el 20% de los pacientes requieren cirugía, principalmente aquellas personas en que la estenosis es tan severa que no pueden andar más de 500 metros sin detenerse. La estenosis de canal lumbar es el diagnóstico más común en pacientes alrededor de 65 años que sufren cirugía espinal.***

*-Cuando el tratamiento quirúrgico está indicado los objetivos del mismo consisten en mejorar la función, disminuir el dolor y disminuir o prevenir déficits neurológicos. La obtención de estos objetivos se consigue con la descompresión de los elementos neurales.*

*-La extensión de esta descompresión viene determinada por los hallazgos obtenidos en las pruebas de imagen realizadas y es modificado de acuerdo a los hallazgos patológicos que se objetiven durante la cirugía. Otro objetivo importante de la cirugía consiste en mantener la estabilidad de la columna lumbar resecando sólo el hueso necesario, aunque en ocasiones, cuando la liberación es amplia, se realizan fusiones óseas instrumentadas mediante tornillos pediculares y barras conectaras”.*

**B) El Informe prosigue exponiendo cuáles son las complicaciones posoperatorias más frecuentes asociadas a este tipo de intervención quirúrgica. Entre ellas se encuentran las infecciones posoperatorias. En unos casos, superficiales; en otros, profundas y de más difícil diagnóstico:**

*“-Entre las complicaciones secundarias a la cirugía del raquis lumbar se encuentran el hematoma epidural, la colocación incorrecta de los tornillos pediculares, los accidentes tromboembólicos, las lesiones de la dura, infección, inestabilidad lumbar, la lesión nerviosa, pseudoartrosis y rotura del material de síntesis y la degeneración de los segmentos vertebrales adyacentes.*

***-A pesar de la profilaxis antibiótica la infección postoperatoria constituye un riesgo grave sobre todo en los casos de instrumentación vertebral, pudiendo llegar hasta un 6%.***

*-Se ha publicado un incremento en la incidencia de infecciones postoperatorias en la última década. Son el resultado de la inoculación durante el procedimiento inicial o por diseminación hematogena del lugar de la cirugía. Existen estudios que han mostrado que la fusión lumbar con instrumentación tiene una incidencia de infección postoperatoria del 6%. La profilaxis con antibioterapia ha demostrado ser eficaz disminuyendo la incidencia de infecciones iatrógenas causadas por la cirugía ortopédica. El tratamiento de elección es una cefalosporina de primera generación o vancomicina en los casos de alergia a penicilinas.*

**-Los factores de riesgo que se asocian con una mayor incidencia de infecciones son entre otros, la edad avanzada, una duración prolongada de la cirugía, la obesidad y el tabaquismo, la instrumentación raquídea, el injerto óseo, la pérdida hemática durante la intervención, etc.**

**-Muchas infecciones superficiales de la herida que tienen lugar en el postoperatorio inmediato se asocian a dolor, sensibilidad dolorosa a la palpación, eritema, induración, drenaje y fiebre. Se producen durante los 7-10 primeros días tras la intervención y se debe sospechar en el contexto de un drenaje prolongado de la herida.**

**-Por el contrario, el diagnóstico de la infección profunda de la herida puede ser difícil. Pueden aparecer síntomas generales, pero son inespecíficos. La mayor parte de los pacientes presentan dolor en la zona de la cirugía. A menudo se observa drenaje a partir de la herida, lo que no necesariamente indica que exista una infección tardía. Muchas heridas pueden presentar un aspecto de curación adecuada, sin eritema ni drenaje. En los casos en los que se sospecha la infección se debe determinar el recuento leucocitario y evaluar la VSG y la PCR. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la respuesta normal frente a la intervención quirúrgica es una elevación en los reactantes de fase aguda, incluyendo la VSG y la PCR. Se ha señalado que la VSG permanece elevada incluso 42 días después de la cirugía de columna vertebral sin complicaciones y sin infección, mientras que los niveles de PCR suelen presentar normalización durante las dos primeras semanas tras la cirugía. En un estudio se ha demostrado que los gérmenes más frecuentes son el *S. aureus* seguido del *S. epidermidis*. La sepsis a partir de la infección profunda de la herida y debida a bacterias gram —se observó en el 40% de los pacientes.**

**-Una vez que se establece el diagnóstico de infección de la herida, el tratamiento consiste en el desbridamiento activo e inmediato. No se deben administrar antibióticos hasta que se hayan obtenido cultivos intraoperatorios superficiales y profundos. El desbridamiento quirúrgico activo incluye la eliminación de todo el tejido desvitalizado o del injerto óseo necrótico. El desbridamiento se debe realizar hasta que se identifica la aparición de tejido vascularizado viable. En las infecciones profundas que afectan a los implantes se debe mantener la instrumentación a menos que muestre inestabilidad manifiesta. La herida se debe mantener abierta o cerrada, pero con un buen drenaje de succión. Puede ser necesario el desbridamiento seriado hasta que la infección queda completamente erradicada. En los pacientes que han presentado necrosis cutánea, dehiscencia en la herida o ambas, puede ser necesaria la movilización quirúrgica de músculo y la piel para conseguir el cierre”.**

C) El informe del Sr. L. realiza un “análisis de la práctica médica” observada por el SERIS, que comienza con una descripción del deteriorado estado de salud que presentaba el paciente al tiempo de someterse a la operación quirúrgica que le fue practicada el 15-6-2020:

**“-Se trata de un paciente anciano, 83 años, con patología múltiple y de importancia vital, que presentaba lumbalgia crónica con alteraciones sensitivas y esfinterianas por la que su MAP le derivó al Hospital.**

**-Aportaba RM que informaba de cambios degenerativos y estenosis de canal. Se solicitó repetir la RM con carácter urgente cuya conclusión fue de estenosis de canal y síndrome de cauda equina de carácter crónico, motivo por el que se indicó tratamiento quirúrgico mediante liberación de las raíces lumbares.**

**-Consta que el paciente firmó el consentimiento informado (incluye la posibilidad de infección) y en las hojas de evolución se afirma que los familiares fueron informados del riesgo de la intervención.**

*-Según anestesia se clasificó como ASA III. La clasificación ASA considera dentro del grupo III aquellos pacientes que tienen una enfermedad sistémica severa.*

*-Tras el estudio preoperatorio, el día 12 de junio, fue intervenido realizándose una técnica quirúrgica correcta, la laminectomía posterior de L3 hasta L5, es decir, la resección de los arcos posteriores de las vértebras para dejar espacio a las raíces.*

*-De este ingreso, sólo hay constancia documental de informes de alta, hoja de protocolo quirúrgico, preoperatorio y consentimiento informado. No existen hojas de evolución”.*

**D)** Como también hace la Inspección Médica (especialmente, los Apartados 3 a 13 de la Relación de Hechos del Informe de 12-11-2021), el informe del Sr. L. se detiene en el papel que pudiera haber jugado el “dedo de guante” empleado como mecanismo para drenar la herida que presentaba el paciente tras la operación que le fue practicada el 15-6-2020:

*“-El paciente cursó alta hospitalaria el día 18 para recibir curas de forma ambulatoria por parte de su médico y enfermera de atención primaria.*

*-A pesar de estas curas domiciliarias, la herida no dejó de manchar, motivo por el que fue necesario en dos intervenciones posteriores, sendos drenajes y desbridamientos.*

*-En el primero de ellos, de fecha 29 de julio, se encontró un dedo de guante en la herida, lo que, para la familia, constituye la razón del fallecimiento del paciente.*

*-A pesar de que en la demanda se afirma que el paciente evolucionaba de forma correcta desde el día 19 hasta el 25, esto no es la realidad.*

*-Consta que el 22 de junio la herida drenaba líquido serohemático por lo que era necesario realizar curas. Ese día se realizó la cura en condiciones de asepsia por parte de enfermería, pero no se dejó drenaje (según informe de enfermería) [que transcribe].*

*-Se realizaron nuevas curas el día 25 y 26 de junio, estando presentes médico y enfermera. Siguió drenando la herida, por lo que, el día 26 el médico decidió dejar un drenaje, el dedo de un guante de látex.*

*-Según los profesionales, la nuera del paciente decidió que no era necesario que acudieran el fin de semana y que ella se haría cargo de las curas.*

*-El día 29 el hijo del paciente llamó al centro de salud, a enfermería, para comunicarle que había perdido el dedo de guante.*

*-En la siguiente cura, la enfermera no encontró en la herida el dedo de guante y no es razonable que lo buscara. [Transcribe a continuación el informe de enfermería de la Sra. C.].*

*-Por lo tanto, lo que encontraron los cirujanos del hospital de San Pedro en la cirugía de desbridamiento, a nivel del tejido celular subcutáneo, fue el dedo de guante que, en una de las curas realizadas por la nuera, se introdujo en la herida.*

*-En cualquier caso, no se puede argumentar que fuera esa la razón del fallecimiento del paciente.*

*La infección de la herida quirúrgica es una complicación de cualquier intervención, más frecuente en enfermos con patología múltiple, sobre todo diabetes y la obesidad. En este caso concreto, se realizaron dos intervenciones tendentes a solucionar el problema. El paciente fue valorado por el servicio de infecciosas y se pautó tratamiento antibiótico en función del germen aislado en las muestras de cultivo.*

*-Tras los ingresos para el tratamiento de la infección del sitio quirúrgico, el paciente fue derivado a un centro de convalecencia, afebril, con niveles de glucemia controlados y con la herida sin cerrar completamente, pero sin manchado. Concretamente, el día 2 de septiembre fue dado de alta.*

*-No hay constancia documental de la evolución en el centro de convalecencia de Valvanera, donde estuvo entre el 2 y el 9 de septiembre.*

*-El día 9 de septiembre, el paciente volvió a ingresar en el hospital de San Pedro, en esta ocasión por un cuadro de disnea, es decir, dificultad para respirar. Síntoma que no tenía al alta del hospital de San Pedro el día 2.*

*-El paciente ingresó en muy mal estado general con disnea, dolor abdominal y disminución del nivel de conciencia, relacionado con posible broncoaspiración. Es decir, nada que ver con la herida quirúrgica de la que no se hace ninguna mención en este último ingreso.*

*-Tras la realización de pruebas de imagen se objetivó una colecistitis aguda y una neumonía. Además de los hallazgos conocidos de la RM.*

*-Según informe de la Dra. G.M., del día 10 de septiembre, primer día de contacto con el paciente por parte de medicina interna, se explicó a la familia que presentaba una neumonía bilateral, colecistitis aguda y dudosa espondilodiscitis, pendiente de completar estudio con resonancia magnética”.*

**E) Sobre la base de los anteriores razonamientos, el informe de P. formula las siguientes conclusiones:**

*“1. D. P.A.C. acudió fue intervenido por una estenosis de canal lumbar con síndrome crónico de cola de caballo mediante laminectomía. Indicación y técnica quirúrgica correctas.*

*2. Se complicó con una infección que requirió de curas frecuentes en las que se utilizó como dispositivo de drenaje un dedo de guante.*

*3. En una de las curas realizadas bajo responsabilidad de su familia, se perdió el dedo de guante en el interior de la herida quirúrgica.*

*4. Además de las curas, se requirieron dos desbridamientos quirúrgicos y antibioterapia intravenosa dirigida al germen aislado en las muestras de cultivo. La evolución tras estas intervenciones fue satisfactoria de tal forma que la herida dejó de manchar.*

*5. Siete días después del alta hospitalaria a un centro de convalecencia el paciente reingresó con un cuadro de pérdida del nivel de conciencia, disnea y dolor abdominal.*

*6. Se realizaron las pruebas diagnósticas indicadas.*

7. *La presencia del dedo de guante encontrado en el primer desbridamiento es irrelevante en la evolución ulterior del paciente y en el desenlace final.*

8. *El paciente falleció, fundamentalmente, por una infección respiratoria y una colecistitis aguda que ocasionaron un shock séptico, en el contexto de paciente anciano, con patología múltiple severa con antecedente de cirugía de columna reciente complicada con una infección del sitio quirúrgico”.*

En definitiva, afirma:

*“El paciente... no falleció como consecuencia de una negligencia al dejar en el interior de una herida quirúrgica un dedo de guante, sino por complicaciones derivadas de una cirugía de alto riesgo”.*

## **Sexto**

### **Actuaciones finales del procedimiento de responsabilidad patrimonial. -**

1. Evacuado el Informe de la Inspección médica y el de la aseguradora, el Instructor del expediente notificó a los solicitantes el 9-6-2022 la apertura de un trámite de audiencia, del que hicieron uso presentando el 24-6-2022 unas alegaciones complementarias en las que, además de reiterar las notas esenciales del régimen normativo de la responsabilidad patrimonial de la Administración, transcribieron las afirmaciones de un informe médico que acompañaron a dicho escrito.

En efecto, esas alegaciones de 24-6-2022 vienen acompañadas de un “Informe de valoración” elaborado por la mercantil U.V.M.SL, y que, salvo error por nuestra parte, no identifica ni su fecha ni el facultativo que lo emite.

En el plano fáctico, el Informe describe el diagnóstico que se hizo al paciente, así como la “*cronología médica*” (periodo 11-6-2020 al 10-9-2020) en términos plenamente coincidentes a los que resultan de todos los informes y notas ya referidos.

A partir de ahí, el Informe se limita a añadir esta “*conclusión*”:

*“Existe una relación directa entre la existencia de un cuerpo extraño (dedo de guante) objetivado un mes después de la intervención con formación de seroma y la sobreinfección posterior (absceso) y la causa fundamental de la muerte (Shock séptico, de origen mixto).*

*No se describen durante todo el proceso nuevas complicaciones infecciosas que pudieran motivar el shock séptico hasta la defunción del paciente”.*

2. Concluido el trámite de audiencia, el Instructor formuló la Propuesta de resolución, el 9-9-2022, en el sentido de que se desestime la reclamación “*por no ser imputable el perjuicio alegado, cuya reparación se solicita, al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios*”.

Tras analizar el contenido de los diversos elementos probatorios incorporados al expediente, la Propuesta razona que:

*“El fallecimiento no tiene relación causal con la atención sanitaria prestada, que se ajustó en todo momento a una correcta praxis médica, pues los facultativos pusieron los medios necesarios y protocolarios exigibles en cada momento: realizaron las pruebas complementarias necesarias, diagnosticaron y administraron tratamiento farmacológico. De tales asistencias no se objetivó ninguna que pudiera precipitar el fallecimiento de forma inminente.*

*Todo lo expuesto lleva a concluir que, en este caso, no concurren los requisitos necesarios para que surja la responsabilidad Patrimonial de la Administración y en consecuencia la obligación de indemnizar, pues la actividad sanitaria de los profesionales de los Servicios Públicos de Salud de La Rioja fue totalmente acorde a la lex artis ad hoc y el daño padecido no puede ser puesto a su cargo”.*

3. El 13-9-2022 se dio traslado de todo lo actuado a los Servicios Jurídicos del Gobierno de La Rioja, que, en fecha que no consta, evacuaron informe favorable a la Propuesta de resolución y, en definitiva, a la desestimación de la reclamación.

### **Antecedentes de la consulta**

#### **Primero**

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 17 de noviembre de 2022, y registrado de entrada en este Consejo el día siguiente, la Excm. Sra. titular de la Consejería actuante remitió, al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

#### **Segundo**

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito, firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 21 de noviembre de 2022, procedió, en nombre de dicho Consejo, 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**

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**

1. A tenor de lo dispuesto en el art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas (LPAC'15), cuando las indemnizaciones reclamadas sean de cuantía igual o superior a 50.000 euros o a la que se establezca en la correspondiente legislación autonómica, así como en aquellos casos que disponga la Ley Orgánica 3/1980, de 22 de abril, del Consejo de Estado, será preceptivo solicitar dictamen del Consejo de Estado o, en su caso, del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja (CAR), el art. 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la Ley 7/2011, de 22 de diciembre, remite a la normativa reguladora de los procedimientos de responsabilidad patrimonial, legislación estatal, para la determinación del carácter preceptivo de los dictámenes. Por aplicación de dicha normativa, el dictamen será preceptivo cuando la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros, a partir de la entrada en vigor de la citada Ley 7/2011. Por lo tanto y reclamándose en este caso una cantidad de 118.926, 16 euros, nuestro dictamen resulta ser preceptivo.

2. En cuanto al contenido del dictamen, el párrafo final del citado art. 81 LPAC'15 dispone que aquél deberá 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 de acuerdo con los criterios establecidos en la referida LPAC'15.

### **Segundo**

#### **Sobre la responsabilidad patrimonial de la Administración**

1. Como se ha señalado, la presente reclamación de responsabilidad patrimonial fue presentada en el mes de septiembre de 2021, cuando ya estaban en vigor, desde el 2 de octubre de 2016, tanto la Ley 40/2015, de 1 de octubre, del Sector Público (LSP'15, cfr. su DF 18ª), como la LPAC'15 (cfr. su DF 7ª); por lo que a dicha reclamación, como a todos los procedimientos iniciados tras la entrada en vigor de la LPAC'15, resultan aplicables las previsiones de la LPAC'15 (según la DT 3ª-a LPAC'15, *a contrario sensu*).

2. Esto dicho, nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 CE y 32.1 y 34.1 LSP'15 y 65, 67, 81 y 91.2 LPAC'15) 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.

**3.** Como señala una consolidada doctrina jurisprudencial (por todas, STS, 3ª, de 21-3-2007, RCas. núm. 6151/2002):

*“...para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) la efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. c) ausencia de fuerza mayor, y d) que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño cabalmente por su propia conducta”.*

En parecidos términos, la STS, 3ª, de 21-3-2018 (RCas. núm. 5006/2016) sintetiza los requisitos exigidos para la operatividad del instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración por los arts. 139 y 141.1 LPAC'92 (actualmente, arts. 32.1 y 34.1 LSP'15), que son:

*“...daño efectivo, individualizado y evaluable económicamente; nexo causal entre el actuar de la Administración y el resultado dañoso y lesión antijurídica en el sentido de ausencia de deber jurídico del administrado de soportar el resultado lesivo”.*

**4.** De cuanto acaba de exponerse, se desprende una primera conclusión: al igual que sucede en cualesquiera otras reclamaciones de responsabilidad patrimonial, en este caso es preciso analizar:

-Si el interesado ha sufrido realmente los daños que afirma.

-Si esos daños están, causalmente, vinculados al actuar de la Administración, “*en una relación, directa e inmediata y exclusiva, de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal*” (STS de 21-3-2007, antes citada).

-Si esos daños son constitutivos de una “*lesión antijurídica*”, caracterizada por la “*ausencia de deber jurídico del interesado de soportar el resultado lesivo*”. (STS de 21-3-2018).

-Si la cuantificación de los daños es correcta, de modo que el perjuicio sufrido sólo puede ser resarcido mediante el reconocimiento y abono al reclamante de la cantidad de dinero (indemnización) que solicita.

5. Por lo demás, según el art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), es carga del demandante probar la concurrencia de los presupuestos a los que la Ley anuda el nacimiento del derecho a la indemnización. Por ello, pesa sobre el interesado la carga de acreditar, no sólo los hechos en los que funda su reclamación de responsabilidad, sino, igualmente, la efectiva realidad de los perjuicios ocasionados y la procedencia de la indemnización solicitada.

6. Como venimos indicando con reiteración al dictaminar sobre responsabilidad patrimonial de la Administración, cualquiera que sea el ámbito de su actividad en que se manifieste ésta, lo primera 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 explican que un concreto resultado dañoso haya tenido lugar. Para detectar tales causas, el criterio por el que hay que guiarse no puede ser otro que el de la *condictio 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.

Sólo una vez determinada la existencia de relación de causalidad en este estricto sentido y aisladas, por tanto, la causa o causas de un concreto resultado dañoso, resulta posible entrar en la apreciación de si concurre o no el criterio positivo de imputación del que se sirva la ley para hacer responder del daño a la Administración, que no es otro que el del *funcionamiento, normal o anormal, de un servicio público* a su cargo, y de si concurren o no criterios negativos de esa imputación, esto es, de alguno de los que, expresa o tácitamente, se sirva la ley para negar esa responsabilidad en los casos concretos.

7.- En particular, y conforme hemos explicado reiteradamente en numerosos dictámenes, en el ámbito sanitario el funcionamiento del servicio público, que es criterio positivo de imputación que, con carácter general, utiliza el ordenamiento, consiste en el cumplimiento por la Administración de un deber jurídico, previo e individualizado respecto a cada paciente, que es correlativo al derecho de éste a la protección de su salud y a la atención sanitaria (cfr. art. 1.2 de la Ley General de Sanidad, que desarrolla los arts. 43 y concordantes de la Constitución), por lo que ese deber es *de medios y no de resultado* y se cumple, no respondiendo entonces la Administración, cuando la atención prestada ha sido conforme con la denominada *lex artis ad hoc*. Por ello, en principio, cuando se actúe de acuerdo con esa *lex artis*, los daños no le pueden ser imputados a la Administración, o lo que es lo mismo, no tendrían la condición de antijurídicos, so pena de incurrir en el despropósito que supondría el exigir a la Administración que garantice siempre la curación de los pacientes.

### Tercero

#### **Sobre la existencia o no de responsabilidad patrimonial en el presente caso**

1. Los reclamantes entienden que existe una responsabilidad patrimonial imputable a la Administración sanitaria, al considerar que el Sr. A.C. falleció como consecuencia de un shock séptico producido por un dedo de guante de látex que, según afirman, habría quedado abandonado bajo la piel del paciente. Esa es la actuación en la que los interesados concretan el defectuoso actuar del Servicio Riojano de Salud y a la que atribuyen causalmente el resultado dañoso producido.

2. Siendo ese el planteamiento de los reclamantes, lo cierto es que los elementos de prueba que se han incorporado al expediente no permiten tener por cierto -y mucho menos de manera indubitada y fehaciente- ninguno de los dos extremos: i) que fueran empleados del SERIS quienes dejaran abandonado ese dedo de guante en el organismo del paciente; y, ii) que fuera ese elemento el que provocara la muerte del Sr. A.

3. Como se ha expuesto en los antecedentes de hecho, el Sr. A. era una persona de avanzada edad (tenía 83 años el 15-6-2020 y cumplió los 84 el 5-9-2020), que, además, presentaba diversas severas patologías previas (hipertensión arterial, obesidad y diabetes mellitus tipo B), y que había sido ya operado en cadera y rodilla, donde se le habían implantado prótesis.

4. El 15-6-2020 fue sometido a una laminectomía L3-L5, operación que resultaba indicada para la estenosis de canal lumbar que padecía -ese hecho no es controvertido- pero que, en las condiciones de edad y salud del paciente, implicaba un alto riesgo. Una de las "*complicaciones de la intervención quirúrgica*" de las que fue expresamente informado el hijo del paciente, que suscribió el documento de consentimiento informado el 12-6-2020

(folios 154 y 155 del expediente recibido), es, precisamente la de "infección" y así consta reflejado en dicho documento.

5. Realizada la intervención quirúrgica, y dado de alta hospitalaria el paciente el 18-6-2020, en las semanas inmediatamente siguientes, ya en su domicilio, fue objeto de reiteradas visitas por parte de un médico (Dr. A.) y una enfermera (sucesivamente, las Sras. C. y L.). Así, en los días 22, 25, 26 y 30 de junio, y 3, 6, 10, 13, 16 de julio de 2020 acudieron a su domicilio una u otra enfermera y, en varias ocasiones, el propio Dr. A. (v gr, 25, 26 o 30 de junio de 2020).

En sus informes, las dos enfermeras subrayan varios extremos: i) primero, que ellas realizaron al paciente curas de la herida quirúrgica en condiciones de estrictas medidas de asepsia; ii) segundo, que la herida quirúrgica presentaba ya "*inflamación y sudado serohemático*" el 22-6-2020, y que el 25-6-2020 el paciente "*continúa drenando abundante exudado serohemático*" por lo que "*persiste la inflamación como complicación*" motivo por el que el 26-6-2020 la enfermera Sra. C., por indicación del Dr. A., tras desinfectar la herida, retiró dos grapas y el médico colocó un drenaje estéril en la herida (un dedo de guante de látex); y, iii) La Sra. C. explica que el 26-6-2020 la nuera del paciente "*no quiere que dejemos aviso de salud para que los profesionales del PAC de referencia vayan a realizar la cura el fin de semana, la realizará ella, pues refiere que sabe hacerlo, dice que lo ha hecho más veces. Por ello se le explica la técnica y el procedimiento a seguir, que refiere comprender (solo cambiar gasas si están muy mojadas y nos comuniquen si el drenaje se sale) indicándole que ante cualquier problema llame al PAC*". De hecho, tanto la Sra. C. como la Sra. L. explican coincidentemente que al paciente no sólo le realizaron curas ellas dos, sino también la nuera del paciente, que se ofreció para ello y afirmó reiteradamente que sabía cómo proceder a esa limpieza.

De donde resultan ya dos conclusiones. La primera, que la herida presentaba ya complicaciones desde antes de serle colocado al paciente un drenaje estéril (dedo de guante de látex); y la segunda, que en la limpieza de esa herida no participaron solamente los empleados del SERIS, sino también un familiar del Sr. A.

6. El 29-6-2020 el hijo del Sr. A. llamó al Centro de Salud para informar de que el "*fin de semana no ha drenado mucho y ha perdido el dedo de guante*", motivo por el que al día siguiente acuden al domicilio el Dr. A. y la enfermera C., quienes vuelven a realizar cura, drenando "*abundante contenido serohemático más claro que en días anteriores*". La Sra. C. afirma que "*a la inspección de la herida no se visualiza dedo de guante dentro de la herida quirúrgica*", por lo que se vuelve a colocar "*un nuevo dedo de guante*" sin más complicaciones. Y, otra vez, "*la nuera le curará en su domicilio y nuevamente se incide en la técnica y procedimiento para su realización*".

El 3-7-2020, la Sra. C. acude por última vez al domicilio del Sr. A. a realizar otra cura *"observando que el contenido seroso que fluye es más claro lo que me hace pensar que la herida evoluciona favorablemente. Quité el dedo de guante anterior y coloqué otro nuevo dedo de guante (...) Nuevamente la nuera le curará en su domicilio..."*.

Esta misma dinámica (curas por personal del SERIS y por la nuera del paciente) es referida por la enfermera Sra. L., que relevó a la Sra. C. a partir del 6-7-2020, y que relata que, en los días que van del 6 al 16 de julio la herida exudaba abundante líquido seroso amarillento (*"seroma... que suele salir más frecuentemente en heridas quirúrgicas en personas obesas"*), pero no hemático ni purulento, por lo que *"no es indicativo de infección"*.

Del contenido de la reclamación, no queda claro en qué momento consideran los interesados que quedó introducido el guante de látex en la región subcutánea del paciente pero lo cierto es que si esa fecha se sitúa en el 29-6-2020, la inspección a que fue sometida la herida el día 30 no permitió encontrarlo y la propia herida evolucionó favorablemente hasta, al menos el 16-7-2020, por lo que no resulta razonable pensar que fuera ese elemento estéril el que provocara las complicaciones infecciosas de la herida. Y ello, sin que pueda olvidarse que en la cura y limpieza de la herida no intervinieron solo los profesionales del SERIS, sino también la nuera del paciente.

7. Al parecer, a partir del 16-7-2020 se produjo un importante aumento de exudación y, el 20-7-2020, el Sr. A. tenía la herida enrojecida, objetivándose el 22-7-2020, tras resonancia magnética y cultivo, *"Espondilodiscitis L4-L5 con gran absceso a nivel posterior de los cuerpos vertebrales de L4-L5, así como la existencia de una colección en tejido celular subcutáneo en probable reacción con seroma"* (informes de los Dres. G.M. y A.C.). El cultivo dio como resultado la presencia de Staphylococcus epidermis. El 24-7-2020, el TAC y analítica que le fueron practicados ponen de manifiesto que la herida estaba cerrada sin supuración, ni calor, ni rubor, ni dolor a la palpación, hallándose el paciente estable y afebril.

Con todo, tras nueva valoración, el 29-7-2020 se practicó al paciente una segunda intervención con el fin de proceder a un lavado quirúrgico, y en el curso de dicha operación apareció un dedo de guante en región subcutánea, que se le retiró. Para proceder al lavado quirúrgico, se le practicó un desbridamiento amplio. También se tomaron muestras para nuevo cultivo y se colocó un PICO (dispositivo de cura de vacío).

8. Entre el 29-7-2020 y el 7-8-2020 persistieron las complicaciones posoperatorias (germen staphilococcus epidermis, espondilodiscitis, dos colecciones comunicadas con trayecto fistuloso) lo que obligó, el 7-8-2020 a una tercera intervención, semejante a la del 29-7-2020, que objetivó *"colección serohemática a nivel de tejido celular subcutáneo"*.

**9.** El 11-8-2020 el paciente fue dado de alta y derivado al centro de Convalecencia Valvanera y, tras un nuevo ingreso en el HSP (entre el 17-8-2020 y el 2-9-2020), volvió a dicho Centro. En esos días, refiere el Informe de P., la herida acabó evolucionando de forma satisfactoria y los planos profundos estaban cicatrizando correctamente, por lo que se le retiraron las grapas, y el 2-9-2020, recibió el alta hospitalaria y fue remitido al Centro Valvanera.

Repárese aquí en que el dedo de guante de látex que los reclamantes consideran como el elemento que provocó la infección posquirúrgica fue retirado el 29-7-2020, y que para una fecha tan lejana como el 2-9-2020 (más de un mes después) la herida estaba ya limpia y el paciente no presentaba signos de infección, por lo que fue dado de alta hospitalaria. Pues bien, además de lo ya razonado en los puntos 5º y 6º, la propia distancia temporal entre ambas fechas (29-7-2020 y 2-9-2020) constituye un motivo adicional para cuestionar la existencia de la relación causal afirmada por los reclamantes.

**10.** Sin que existan datos relativos al modo en que evolucionó el paciente entre el 2-9-2020 y el 9-9-2020, el 9-9-2020, el paciente ingresó nuevamente en el HSP con diagnóstico de shock séptico, infección respiratoria aguda, neumonía bilateral de origen broncoaspirativo, fracaso renal agudo, colecistitis aguda y espondilodiscitis, falleciendo al día siguiente.

Como refiere la Inspección Médica, la "*disnea, dolor abdominal y disminución del nivel de conciencia, relacionado con posible broncoaspiración*" que presentaba el paciente son síntomas que no tienen "*nada que ver con la herida quirúrgica de la que no se hace ninguna mención en este último ingreso*".

**11.** Este Consejo Consultivo lamenta sinceramente el desgraciado fallecimiento del paciente, pero la prueba aportada al expediente -expuesto sea esto sin perjuicio de la que pueda practicarse o incorporarse a otras instancias- no permite tener por probado ni que fueran los empleados del SERIS quienes dejaran introducido un dedo de guante de látex bajo la piel del Sr. A.; ni, aunque esto se diera por cierto, que fuera este elemento el que provocara su fallecimiento, que más bien parece haberse producido porque, por su elevada edad y deteriorado estado previo de salud, y a pesar de los constantes cuidados y atenciones dispensados por el personal del SERIS, no pudo superar las complicaciones derivadas de la arriesgada operación quirúrgica a que hubo de ser sometido a consecuencia de su estenosis de canal lumbar.

## **CONCLUSIÓN**

### **Única**

A juicio de este Consejo Consultivo, la presente reclamación debe ser desestimada por falta de prueba de los hechos en que se funda.

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.

D. José Ignacio Pérez Sáenz  
Presidente Del Consejo Consultivo De La Rioja