

En Logroño, a 29 de octubre de 2007, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, de los Consejeros D. Antonio Fanlo Loras, D. Pedro de Pablo Contreras, D. José M^a Cid Monreal y D^a M^a del Carmen Ortiz Lallana, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D^a M^a del Carmen Ortíz Lallana, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

117/07

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud, en relación con el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial promovido por D^a T. H. E., como consecuencia del fallecimiento de su padre, D. C. H. A., tras la reparación quirúrgica de un aneurisma abdominal.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del Asunto

Primero

Mediante escrito de 3 de agosto de 2006 - con entrada en la Oficina de Registro Auxiliar de Salud, de 14 de agosto siguiente-, D^a M. T. H. I. presenta ante el Gobierno de La Rioja reclamación por responsabilidad patrimonial de la Administración, por el fallecimiento de su padre, D. C. H., que basa en los siguientes motivos:

"-Primero: 1. Iatrogenia y 2. Negligencia manifiesta en el seguimiento postoperatorio de la cirugía: se podría haber evitado el fallecimiento.

Segundo: 3. Mala Praxis: falta de auxilio médico, ni medios sanitarios necesarios, ni en tiempo ni en forma, para evitar la iatrogenia, dolor y fallecimiento.

Tercero: 4. Falta de TTo. Paliativo del dolor (habiéndolo solicitado la familia repetidas veces) e 5. Información deficiente al paciente y a la familia".

En síntesis, aduce que el fallecimiento de su padre pudo haberse evitado, de haberse llevado a cabo la *praxis* médica adecuada en el postoperatorio de éste y que la familia no fue informada adecuadamente.

La interesada cuantifica su reclamación en la cantidad que *"estima de forma simbólica en 600 €"* porque *"lo que realmente se pretende con la reclamación presentada es que el Servicio de Cirugía Vasculár ... sean sancionados por iatrogenia, negligencia y mala praxis"*.

Segundo

Mediante Resolución del Secretario General Técnico, de 4 de septiembre de 2006, se tiene por iniciado y admitido a trámite el procedimiento general de responsabilidad patrimonial y se nombra Instructora a D^a C. Z. M..

Por escrito de fecha 5 de septiembre (acuse de recibo del día 8), la Instructora comunica al interesado la iniciación del expediente y le informa de los extremos exigidos por el artículo 42-4º y 5º *"o en otros legalmente previstos"*- de la Ley 30/1992.

Tercero

Por comunicación interna de la misma fecha -5 de septiembre-, la Instructora se dirige a la Gerencia del Área II *Rioja-Media* del Hospital *San Millán* solicitando cuantos antecedentes, datos e informes estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada al interesado; una copia de la Historia clínica de la asistencia reclamada exclusivamente; e informes de los Facultativos intervinientes en la asistencia prestada.

Cuarto

Con fecha de salida 5 de octubre de 2006, la Asesoría Jurídica de la Dirección Gerencia del Área II remite a la Secretaría General Técnica la documentación solicitada por la Instructora, destacando el Informe del Dr. R. C., Jefe de Sección de Angiología y Cirugía Vasculár, que, basándose en *"los múltiples informes previos ya presentados a la Dirección Gerencia del Hospital San Millán y a la Oficina del Defensor del Paciente de La Rioja"*, rebate las manifestaciones efectuadas en el escrito de reclamación y niega *"con toda rotundidad"* que haya existido ninguna de las deficiencias denunciadas en relación con la asistencia sanitaria prestada a D. C. H. A., ni falta de información al paciente y a su familia, *"tal como indica en su reclamación, sorprendente desde todos los puntos de vista personal, profesional y deontológico, la hija del interfecto"*. Los Dres. M. G. G, E. G. G y S. T. V, Médicos adjuntos de la citada Especialidad, secundan y manifiestan su total acuerdo con el citado informe. El resto de la Documentación solicitada y aportada consta en los folios 18 a 94 del expediente administrativo.

Quinto

El día 24 de octubre de 2006, el Jefe del Servicio de Asesoramiento y Normativa da

traslado del expediente a la Subdirectora General de Ordenación, Prestaciones y Autorización de Centros "para que, por el Médico Inspector que corresponda se elabore informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación".

El informe de la Inspección, emitido con fecha 10 de abril de 2007, en base en la historia clínica y los informes que obran en el expediente, concluye afirmando que:

1.- D C. H. A., de 83 años de edad, estaba siendo controlado en el Servicio de Cirugía Vasculardel Hospital San Millán por un Aneurisma de Aorta Abdominal. En principio, se decidió seguir controles cada seis meses, dada la elevada comorbididad que presentaba el paciente, y, si el aneurisma aumentaba de tamaño, plantear reparación endovascular como opción menos agresiva. En la revisión de abril de 2005, se observó en el TAC un crecimiento del Aneurisma que alcanzaba 5,2 cm. Se habló el caso en sesión clínica y se informó al paciente y a la familia, acordándose intervención quirúrgica mediante reparación endovascular, firmando el paciente el correspondiente consentimiento informado.

2.- En el Documento de consentimiento informado, se describen como complicaciones previsibles, entre otras: trombosis del by-pass, isquemia de las extremidades inferiores y posibilidad de amputación. Infección de prótesis o de las heridas, infarto agudo de miocardio, neumonía... y otras de muy baja frecuencia que pueden originar el fallecimiento. Estas complicaciones son muy frecuentes si existen enfermedades previas. El índice de complicaciones postoperatorias no supera el 10%. Es una cirugía de alto riesgo, pero mucho menor que la rotura del aneurisma.

3.- La intervención se realizó el día 28/06/2005 y su evolución, en principio, fue satisfactoria, siendo dado de alta el día 4/07/2005. Acudió a revisión el día 6 de julio, y en Eco-Doppler Arterial, se comprobó permeabilidad de las prótesis implantadas. El paciente refería cansancio y su situación era estable. Se le indicó realización de Angio-TAC de control.

4.- A finales de julio, el paciente presentó una úlcera de pierna izquierda y, dado que no evolucionaba favorablemente fue remitido el día 6 de agosto al Servicio de Urgencias del Hospital San Millán, para valoración. Allí le curan y le indican que acuda a revisión el día 11 de agosto, fecha en la que se revisó el angio TAC de control, que no mostró hallazgos patológicos. Se le realizó Doppler, que objetivó flujos arteriales directos hasta poplíteas, y arteriopatía oclusiva distal. Le recomiendan curas locales de la úlcera, tratamiento antibiótico, rehabilitación, control diario en su Centro de Salud, y revisión en Consulta externa en 15 días.

5.- El día 17 de agosto, dada la tórpida evolución del estado del paciente y de las úlceras, desde el Hospital de Calahorra lo trasladan al Hospital San Millán. Presenta mal estado general, dolor, desorientación y agitación. Los primeros días, el paciente refiere disminución del dolor a nivel de las úlceras y está menos agitado. Se realiza, interconsulta de los Servicios de Psiquiatría, Hematología, Medicina Interna y Cardiología. A partir del día 23 de agosto, se agravó el estado del paciente, se produjo una trombosis aguda del Bay-pass femoro-femoral, que no fue posible intervenir por el mal estado del paciente, que sufrió un infarto de miocardio y un fallo multiorgánico. El día 28 de agosto, se procedió a sedar al paciente, que falleció al día siguiente."

Sexto

Mediante carta de fecha 11 de abril de 2007, la Instructora comunica a la reclamante la finalización de la instrucción, dándole vista del expediente en trámite de audiencia, por un plazo de 15 días hábiles, para que formule alegaciones y presente los documentos que

consideren oportunos, sin que posteriormente el interesado haga uso del trámite. A la vista de la dificultad manifestada por la reclamante para personarse en las dependencias del Servicio de Salud y atendiendo a su solicitud, se remite a ésta copia del expediente derivado de la reclamación formulada, que recibe el 9 de mayo de 2007.

En su escrito de 10 de mayo de 2007 -registro de entrada en el Servicio de Salud de 17 de agosto- la reclamante reitera sus alegaciones, explicitando algunas de las conductas de los Facultativos que, en su opinión, manifiestan "*falta de interés*" de éstos y atentados "*contra toda ética médica*", al tiempo que "*dejan mucho que desear sobre su competencia profesional*". En él, entre otros, expresa su deseo de "*que revisen la actuación de los Facultativos de este Servicio porque son muy discutibles su actuación médica desde el punto de vista médico y desde el punto de vista deontológico y su capacidad administrativa*".

Séptimo

Con fecha 27 de agosto de 2007, el Jefe del Servicio de Asesoramiento y Normativa remite el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado, "*para informe pericial médico completo*", al Dr D. C. F. H., de la División Sanitaria A. G y C., en Madrid. El Dictamen Médico Pericial emitido obra a continuación en el expediente. La síntesis de sus conclusiones es del siguiente tenor literal:

"a) Desde el punto de vista del daño físico, no existe perjuicio objetivable, evaluable o individualizable que pueda imputarse a la asistencia prestada, ya que el fallecimiento y las complicaciones que llevaron al mismo han sido consecuencia inevitable del estado de enfermedad del paciente; y los recursos empleados en su prevención, pese a ser adecuados, no han podido ser eficaces por la historia natural de sus complicaciones.

b) Atendiendo a otra parte de la reclamación, la referida al precio del dolor o daño moral, la documentación aportada acredita una práctica analgésica y, en su momento, sedante, suficiente y dirigida a la evitación de dolor, incluido aceptando su participación en el desencadenamiento del óbito previo acuerdo con la familia, por lo que consideramos que no puede estimarse ninguna consecuencia responsable.

c) Por último, esta Asesoría no puede pronunciarse respecto a las observaciones subjetivas del carácter humano y personal de la asistencia, ya que tales aspectos no pueden quedar acreditados en la documentación que sirve de base a este dictamen. Tan sólo podemos resaltar que una de las afirmaciones vertidas en la reclamación sobre el carácter programado o urgente de alguna de las citas se ha demostrado incierta, lo que puede adjudicar mas confianza (a) la versión aportada por los implicados"

Octavo

El Jefe del Servicio de Asesoramiento y Normativa, mediante escrito de 30 de agosto de 2007 -acuse de recibo de 12 de septiembre-, remite copia del informe pericial incorporado al expediente a D^a T. H. E., recordándole el plazo del que dispone para formular de nuevo las alegaciones y presentar los documentos que estime pertinentes.

La reclamante, en su escrito de 24 de septiembre de 2007, responde que *"el perito no ha entendido bien el caso ni las consideraciones que apuntábamos en la reclamación (de la que hay documentación escrita además de testigos)"*, e insiste *"en el inadecuado seguimiento postoperatorio" y "en el inadecuado tratamiento paliativo del dolor"*. Recuerda que *"carecen de consentimiento informado por nadie de mi familia (ni por el paciente)"* y reitera en *"que, si hubieran tratado y seguido adecuadamente al paciente, posiblemente con una amputación preventiva, todavía estaría con vida"*.

Noveno

Con fecha 28 de septiembre de 2007, el Jefe del Servicio de Asesoramiento y Normativa formula Propuesta de resolución en la que propone *"que se desestime la reclamación de responsabilidad patrimonial instada por D^a T. H. E. porque no ha quedado acreditada la relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada y el resultado dañosa alegado y, en todo caso, porque los daños causados no pueden ser imputados a la Administración"*.

Décimo

El Secretario General Técnico, el día 2 de octubre, remite a la Letrada de los Servicios Jurídicos de la Consejería de Salud el expediente íntegro para su preceptivo informe, que se emite el 17 del mismo mes, en sentido desestimatorio de la reclamación, considerando *"ajustada a derecho la propuesta de resolución de desestimación de la reclamación patrimonial..."*

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito de 16 de octubre de 2007, registrado de entrada en este Consejo el día 23 de octubre de 2007, el Excmo. Sr. Consejero de Salud del Gobierno de La Rioja remite al Consejo Consultivo de La Rioja, a través de su Presidente y para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

Mediante escrito de fecha 23 de octubre de 2007, registrado de salida el día 24 de octubre de 2007, 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 a la Consejera 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 y ámbito del Dictamen del Consejo Consultivo

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

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

Al ser la cuantía de la reclamación de 600 € -no superior a ella- nuestro dictamen no resulta preceptivo, sino facultativo

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

Segundo

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

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución y 139.1 y 2 141.1 LRJ-PAC) reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la

lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado, y debiendo existir una relación de causa a efecto directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración, así como, finalmente, que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

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

Lo anterior es también predicable, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien en estos casos y como señala la propuesta de resolución, la obligación del profesional médico y la Administración sanitaria es una obligación de medios y no de resultado, de manera que, en principio, cuando se actúe de acuerdo con la *lex artis*, los daños no le pueden ser imputados a la Administración, o lo que es lo mismo, no tendrían la condición de antijurídicos, existiendo entonces un título que obliga al paciente a soportar el daño, so pena de incurrir en el despropósito que supondría el exigir a la Administración que garantice siempre la curación de los pacientes, aun cuando a este particular debe distinguirse entre la denominada medicina curativa y la satisfactiva (Dictamen 99/04).

Advirtamos que la anterior doctrina ha sido matizada en dictámenes posteriores en el sentido de que no se trata de que el perjudicado tenga un específico deber jurídico de soportar el daño, sino que, simplemente, si se ha actuado conforme a la *"lex artis ad hoc"*, no cabe imputar dicho daño a ningún sujeto por no concurrir el imprescindible criterio positivo de imputación que el ordenamiento siempre requiere para hacer nacer la responsabilidad y la consiguiente obligación de indemnizar aquél. En tales casos, el perjudicado se ve en la precisión de soportar el daño como consecuencia inevitable de la aplicación de las reglas contenidas en nuestro sistema de responsabilidad, pero no porque tenga -que no lo tiene- un específico deber jurídico de soportarlo: ello no es, en conclusión, resultado de la concurrencia del criterio negativo de imputación previsto en el artículo 141.1 LRJPAC, sino mero efecto reflejo de la no concurrencia de un ineludible criterio positivo de imputación.

Tercero

Sobre la existencia de responsabilidad patrimonial en el presente supuesto

La reclamante, hija del paciente, considera que el fallecimiento de éste, ocurrido el 29 de agosto de 2005, dos meses después de la intervención quirúrgica de un aneurisma de aorta abdominal, tuvo su causa en el inadecuado seguimiento postoperatorio, la ausencia de tratamiento adecuado del dolor y, mas concretamente, de las complicaciones ulcerosas surgidas al final del procedimiento, frente a las que no se planteó la amputación como actuación terapéutica más adecuada. Se añade a su reclamación la falta de consentimiento informado por parte de la familia o del propio paciente y algunos aspectos subjetivos relativos a la asistencia prestada.

Para pronunciarse sobre las alegaciones efectuadas en la reclamación, resulta conveniente extraer de la Historia clínica del paciente, contenida en las págs 20 a 93 del expediente, los hechos relativos a dicha intervención y a su postoperatorio. En particular, es necesario recordar que D. C. H., de 83 años de edad, estaba siendo controlado en el Servicio de Cirugía Vascul ar del Hospital *San Millán* por aneurisma de aorta abdominal, de 4,2 cm de diámetro, del que ya se propuso intervención quirúrgica en el año 2001 en el Servicio de Angiología y Cirugía Vascul ar del Hospital Clínico de Zaragoza y a la que no se sometió por problemas personales. Como antecedentes personales, presentaba fibrilación auricular crónica en tratamiento con Sintrón, Ateromatosis carotidea severa, EPOC, obesidad severa, artrosis e hiperplasia prostática. En la revisión de fecha 3 de marzo de 2004, el aneurisma presentaba un tamaño para indicación quirúrgica, pero, dada la comorbilidad de la intervención, se decidió realizar controles con TAC cada seis meses y plantear reparación endovascular del aneurisma como opción menos agresiva, en caso de que fuese creciendo. Volvió a revisión en noviembre de 2004 y en abril de 2005. En el TAC realizado en esta sesión, se observó un crecimiento del aneurisma, que alcanzó 5,2 cm. Se habló el caso en sesión clínica, acordándose intervención quirúrgica mediante reparación endovascular.

El paciente ingresa en el Centro Hospitalario el día 27 de junio de 2005 para reparación quirúrgica de un aneurisma abdominal. Tras ser previamente informado él y su familia de las consecuencias derivadas de la intervención quirúrgica a la que se sometería y firmado el preceptivo consentimiento informado (pág. 38 del expediente), se le realizó al día siguiente implantación de prótesis endovascular aorto-mono-iliaca izquierda, con extensión derecha, y by-pass femoro-femoral. Fue dado de alta el 4 de julio de 2005 con permeabilidad comprobada de las prótesis y con tan solo un episodio febril, que fue controlado antes de ese día (pág. 44). En la revisión inmediatamente posterior, realizada por el Servicio de Cirugía Vascul ar el 6 de julio de 2005 (pág. 39), el paciente refería dolor lumbo-sacro y pérdida de fuerza, pero se comprobó la permeabilidad vascular y la buena evolución de las incisiones quirúrgicas, prescribiéndose curas locales y valoración por rehabilitación de la sintomatología dolorosa de procedencia aparentemente mecánica. Quedó pendiente de cita para TAC, control protocolizado, al mes de la intervención el 18

de agosto de 2005.

Acudió a Urgencias del Hospital de Calahorra el día 6 de agosto de 2005 por una úlcera en la pierna izquierda, que ya había sido valorada y tratada mediante curas locales y cicatrizantes por su Médico de Atención Primaria desde nueve días antes. El mismo día, se comprueba, mediante Angiografía TAC, la permeabilidad vascular, por lo que queda con el mismo tratamiento médico. Su Médico de Atención Primaria recoge clínicamente la presencia de buena temperatura y perfusión en la consulta de 9 de agosto de 2005; y continúa con el seguimiento de las curas locales. Sin embargo, pocos días después, el 11 de agosto de 2005, en Consulta de Cirugía Vascular, se acredita clínicamente la ausencia de algunos pulsos distales, situación frente a la que se prescriben movilizaciones, curas locales y antibiótico, terapia a la espera de revisión en dos semanas. El profesional interviniente sospechó un origen estático de la úlcera causante de la de la asistencia. Según el registro informático del Centro de Salud, un familiar acude al día siguiente portando el informe del cirujano vascular en el que se indicaba rehabilitación, con la intención de solicitar el ingreso en una residencia asistida.

Se continúa con las curas prescritas hasta que el día 15 de agosto de 2005, el Médico de Atención Primaria lo remite al Hospital de Calahorra, tras atender un aviso por intenso dolor, mala evolución y mal olor de las úlceras, que ya son varias. Informa a la familia del mal pronóstico del cuadro médico y solicita que se valore tratamiento analgésico opiáceo. El informe de esa asistencia hospitalaria (pág. 50) recoge la existencia de hasta cuatro úlceras que el paciente refiere como muy dolorosas, tres en la pierna derecha y una más grande en el tobillo izquierdo. Se desbridan, retirando tejido necrótico bajo anestesia local, se trata con antibióticos y se prescriben curas locales, analgésicos (Tramadol y Toradol) y, de nuevo, seguimiento por Primaria; pero, en 24h, se ve obligado a regresar a Urgencias por lo que se remite al Hospital *San Millán-San Pedro* de Logroño en el que ingresa, añadiéndose al tratamiento médico habitual un nuevo analgésico: Volantina (pág. 45), por indicación de los Cirujanos vasculares responsables del paciente. En este momento, las úlceras han progresado notablemente, con extensión hasta la ingle, y presenta exudación, necrosis e impotencia funcional manifiesta. Los pulsos más distales son débiles o negativos. Desde ese momento, permanentemente valorado, controlado y seguido. Se cursan interconsultas a Psiquiatría, Hematología y varias a Medicina Interna (págs. 62 a 69), variando según las anotaciones de las hojas de tratamiento y de enfermería (págs. 56 a 81 y 80 a 93) la intensidad del dolor y de la confusión y/o agitación, pero agravándose la progresión de las úlceras, pese al tratamiento antibiótico y local ininterrumpido.

El día 23 de agosto, el paciente sufre un súbito empeoramiento y se produce una trombosis de parte de la prótesis implantada. Ese mismo, día el Cardiólogo diagnostica Síndrome coronario agudo, con un riesgo muy elevado para la cirugía/anestesia (pág. 66); por lo que se decide informar a la familia y esperar evolución. Ante la progresiva mala evolución y la falta de respuestas a los analgésicos ya pautados, se propone la instauración de tratamiento con Morfina, que se inicia de acuerdo con los familiares y advertidos éstos sobre la situación vital. Fallece al día siguiente.

Pues bien, **el expediente administrativo** permite a este Consejo Consultivo **afirmar**, como también se indica en la Propuesta de resolución y en el Informe Técnico Pericial, que *"el estado del propio paciente , es decir sus antecedentes* (fibrilación auricular crónica en tratamiento con Sintrón, ateromatosis carotídea derecha, EPOC, obesidad severa, artrosis e hiperplasia prótatica) *y sus propias decisiones* (fue diagnosticado de aneurisma de aorta abdominal y en 2001 se pospuso su cirugía por motivos personales) *han contribuido a la aparición de los resultados lesivos"* y que, *"además, los Facultativos que atendieron al paciente actuaron correctamente, sin que puedan evidenciarse indicios de mala praxis"* (pág. 132) ; razones por la cuales, el Dictamen sobre **la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada debe pronunciarse en sentido desestimatorio .**

A esta misma conclusión llega el equipo médico especialista de Asesoría Médica de A. que emite **informe pericial**. En relación con la intervención quirúrgica practicada, afirma que:

"Debe estimarse adecuada la intervención sobre el aneurisma ya diagnosticado, sabiendo además que la primera vez que se propuso fue rechazada o demorada por el propio paciente y que, durante meses, se optó por control de imagen ante el elevado riesgo quirúrgico que ya entonces presentaba. La misma reclamación, además no parece ponerlo en duda. Debemos tener en cuenta, además, que se optó por la endoprótesis cuando el diámetro máximo del aneurisma no alcanzaba los 6 cm, para evitar someter al paciente a un riesgo quirúrgico, del que no había garantías que superase" (pág. 118 bis).

En cuanto al **postoperatorio**, el **citado informe** concluye que:

"Es posible que la sintomatología que el paciente refería en la revisión tras el alta (dolor lumbosacro y debilidad en las extremidades) estuviera reflejando isquemia arterial, pero también pudo tratarse de molestias típicas del postoperatorio normal. A favor de esto último iría la permeabilidad vascular arterial acreditada en esta visita. La presentación de una complicación isquémica periférica es propia de la cirugía realizada y a su presentación han contribuido las demás patologías existentes...El seguimiento del mismo y los recursos terapéuticos empleados..fueron los adecuados (antibióterapia, analgésicos, movilizaciones, curas locales). La evolución de las úlceras arteriales es muchas veces tórpida y compleja dependiendo mas de la causa última (arteroesclerosis generalizada en este caso) que de la inmediata".(pág. 118 bis).

Sobre la posibilidad de **complicaciones isquémicas o de otro tipo** y su mayor frecuencia en relación con la existencia de enfermedades previas, como sucede en el caso de D. C. H., además de los informes técnicos, incide el **"consentimiento informado"**, que el propio paciente firmó el día 27 de abril de 2005, y a través del cual, el Servicio de Angiología y Cirugía vascular del Hospital San Millán, le informa:

"Hemos estudiado los síntomas que Ud. padece y realizado las exploraciones pertinentes,

*encontrando una dilatación permanente y progresiva de la aorta abdominal y/o de la arteria iliaca, enfermedad que conduce inexorablemente a la rotura. En la rotura de aneurismas, el riesgo de muerte es muy elevado. La intervención que se le propone, tras valorar todas las alternativas terapéuticas, consiste en sustituir el segmento dilatado de su aorta y/o ilíacas por una prótesis artificial mediante una incisión en el abdomen y, ocasionalmente, asociando otras en las ingles. Habitualmente es precisa la transfusión de sangre. **Las complicaciones previsibles pueden ser: Locales, como una hemorragia, trombosis de by-pass, isquemia de las extremidades inferiores y posibilidades de amputación, infección de la prótesis o de las heridas operatorias que pueden obligar a una reintervención inmediata o tardía. Generales, como parálisis intestinal, isquemia intestinal, impotencia sexual, eyaculación retrógrada, isquemia cerebral, infarto agudo de miocardio, trombosis venosa y embolia pulmonar, neumonía, fallo cardiaco, insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal, descompensación diabética y otras de muy baja frecuencia, que pueden ocasionar el fallecimiento...Estas complicaciones son tanto mas frecuentes si existen otras enfermedades previas... Esta es una cirugía de alto riesgo; pero muchísimo menor que el de la rotura de aneurisma"** (pág. 38).*

No obstante, conviene precisar además algunos extremos, en relación con cada una de las alegaciones formuladas en la reclamación presentada:

1.- En lo relativo a una posibilidad de haber procedido a una **amputación precoz del miembro afectado** con el hipotético fin de salvaguardar la vida, el equipo especialista de A., razona que:

"El único momento en que habría podido plantearse esa intervención con las consecuencias que supone, habría sido el 23.08.2005; una vez conocida la trombosis del injerto. Sin embargo el diagnóstico de síndrome coronario agudo contraindicaba la cirugía por el riesgo vital tan elevado. No pudo realizarse ni amputación ni cirugía de revascularización aun cuando hubiera existido tal posibilidad" (pág. 118. bis).

2.- En cuanto se refiere al **tratamiento analgésico**, se razona en el citado informe pericial cómo:

*"Se plantea como inadecuada la estrategia analgésica a la que se sometió al paciente. Efectivamente, la isquemia arterial, la necrosis tisular que ocasiona provoca importantes dolores que deben ser tratados adecuadamente. **Como ha quedado acreditado en la Hª Cª, se emplearon analgésicos cuando fue necesario, aumentando progresivamente la potencia, dosis y frecuencia de los mismos tal y como el servicio implicado tiene protocolizado y tal como aconsejan las Asociaciones Científicas como la Española del Dolor. Llegado el momento oportuno se decidió la aplicación de Morfina al paciente, si bien ya habían sido prescritos analgésicos opioides como la Meperidina y el Clorhidrato de Tramadol. No puede admitirse por tanto que se rechazara evitar al paciente es incómodo síntoma, ya que desde el comienzo se intentó así con mayor o menor éxito (pág. 118 bis) y, asimismo, que "Se han empleado los recursos terapéuticos farmacológicos adecuados, analgesia progresiva y ascendente hasta alcanzar la morfínica, precedida de analgesia común y opioide en su momento, sin olvidar el uso de sedantes no analgésicos como el Haloperidol. No puede, por tanto, afirmarse que se descuidara la obligación de evitar el dolor y el sufrimiento del paciente"** (pág 119).*

3.- En lo relativo a la **falta de consentimiento** de la familia y la insuficiente información de ésta, consta en el expediente aportado a este Consejo el **consentimiento informado** firmado por el paciente con anterioridad a la **intervención quirúrgica** que se

le practicó (pág. 38.), cuyo contenido ha sido reproducido en lo esencial en párrafos anteriores de éste Dictamen. Constan, asimismo, los consentimientos informados de los Servicios de Anestesiología-reanimación, en relación con "**anestesia general y locorregional**", del Hospital *San Millán* de fecha 10 de mayo de 2005 (pág. 71) y de **atención domiciliaria** del Hospital de Calahorra, de 16 de agosto de 2005 (pág. 46); los dos primeros firmados de su puño y letra por el propio paciente, D. C. H. y el tercero por D^a R. E..

A mayor abundamiento, respecto de la **falta de información** alegada, debe hacerse constar que, a lo largo del expediente, se afirma que la hija del paciente, fue informada reiteradamente por teléfono, pues este había informado al Servicio de Cirugía Vasculor que era Médico y que estaba trabajando en París. Incluso *"se acordó realizar la intervención un día que le coincidiese bien a D^a M^a T. -ahora reclamante-, puesto que tenía que compaginar sus temas laborales con el viaje a España para acompañar a su familia en el postoperatorio."* *"Tras varias conversaciones se decidió realizarla intervención el 28/06/2005"*. (Informes de los Dres. R. C, G. G y T. V., págs. 13 a 18; así como de la Inspección Médica, folio 96). De ahí que, tanto el Jefe de Sección como los Médicos Adjuntos del Servicio de Angiología y Cirugía Vasculor, se refieran a la reclamación planteada por *"la hija del interfecto"*, como *"sorprendente desde todos los puntos de vista personal, profesional y deontológico"*.

4.- Especial mención merecen, por último, las alegaciones vertidas en el escrito de reclamación y en el trámite de alegaciones sobre la **parte no técnica, sino humana y personal, de la asistencia** prestada a D. C. H., sobre las que este Consejo no puede pronunciarse, dada la falta de acreditación en el expediente administrativo de los extremos fácticos denunciados al respecto. Tan solo puede constatarse que, en relación con una de las consultas que la reclamante dice haber sido reiteradamente solicitada por la familia como demanda urgente, siéndole sistemáticamente denegada la asistencia sanitaria solicitada, y mas concretamente la relativa al día 11 de agosto, consta en la correspondiente anotación informática de la Historia Clínica del Centro de Salud de Calahorra (pág. 28), como programada ("Rev. 11/08"). Así lo ha entendido también el *informe pericial* que únicamente señala "respecto a las **observaciones subjetivas del carácter humano y personal de la asistencia** ...(que)...tales aspectos no pueden quedar acreditados en la documentación que sirve de base a este Dictamen. ***Tan sólo podemos resaltar que una de las afirmaciones vertidas en la reclamación sobre el carácter programado o urgente de alguna de las citas se ha demostrado incierta***, lo que puede adjudicar más confianza la versión aportada por los implicados" (pág. 120).

En definitiva, en modo alguno puede concluirse que la actuación de los servicios sanitarios no fuera conforme a la *lex artis*. Más allá del resultado producido, todos los actos médicos, tanto los relativos a la intervención quirúrgica practicada que la reclamante parece no cuestionar, como los realizados en el postoperatorio, estaban indicados dada la sintomatología que presentaba el paciente y todos ellos se realizaron conforme a lo exigible. Del expediente no puede deducirse, como se pretende -aunque ninguna prueba se

haya intentado en tal sentido-, que la actuación médica haya sido inadecuada y negligente, o que haya existido una mala práctica al no evitarse un sufrimiento innecesario al paciente. Antes bien, dicha actuación ha sido adecuada a dicha *lex artis*. En ello coinciden todos los informes técnicos obrantes en el expediente, que -como es obvio- son los únicos que pueden ser valorados para dictar la oportuna resolución, ante la falta de cualquier otra prueba y de actividad probatoria alguna a instancia de la reclamante.

CONCLUSIONES

Única

Es ajustada a Derecho la Propuesta de resolución, por no ser imputable a la Administración Sanitaria riojana el daño cuya indemnización se reclama.

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