

En Logroño, a 15 de septiembre de 2009, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros D. Antonio Fanlo Loras, D. Pedro de Pablo Contreras, D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> del Carmen Ortiz Lallana y D. José María Cid Monreal, así como del Letrado-Secretario General D. Ignacio Granado Hijelmo, siendo ponente D. Pedro de Pablo Contreras, emite, por unanimidad, el siguiente

## **DICTAMEN**

**63/09**

Correspondiente a la consulta trasladada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud en relación con el procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial promovido por D. J. A. R. N., en nombre propio y en representación de su hijo menor de edad, por el fallecimiento de D<sup>a</sup> M. J. R. G. tras recibir atención sanitaria.

### **ANTECEDENTES DE HECHO**

#### **Antecedentes del asunto**

##### **Primero**

D<sup>a</sup> M. J. R. G. padecía una insuficiencia renal crónica con hiperparatiroidismo y anemia secundarios. Estaba en tratamiento renal sustitutivo mediante diálisis peritoneal desde agosto de 2006, año desde el que se encontraba en lista de espera para un posible implante de riñón.

El 12 de diciembre de 2007, ingresa, a través del Servicio de Urgencias, en el Servicio de Nefrología, con el diagnóstico de peritonitis aguda. Tras analítica completa y recogida de muestras del líquido peritoneal para recuento celular y cultivo, se obtiene como resultado la presencia de 16.000 leucocitos/ml, con el 100% neutrofilos. Tras administrar una dosis de Levofloxacino 500 mg. IV en el Servicio de Urgencias, se precede a ingresar en el de Nefrología, iniciándose un tratamiento empírico con Vancomicina y Tobramicina intraperitoneal, según protocolo de la Unidad de Diálisis Peritoneal. Durante los primeros días, se presta una atención clínica diaria a la paciente, según resulta de las notas evolutivas extraídas de la aplicación informática *Selene* (Historia clínica informatizada). Se identifica *E. coli* según consta en el informe de UCI.

El día 18 de diciembre de 2007, se considera que la evolución clínica no es adecuada y se realiza analítica, TAC abdominal y radiografías. Al día siguiente, se consulta con el Servicio de Cirugía General decidiéndose conjuntamente realizar laparotomía exploradora urgente. Previamente, se solicitan pruebas cruzadas (para una eventual transfusión si fuera

necesario) y consentimiento informado para la cirugía. En dicho consentimiento, firmado por la propia paciente, se advierte, entre los diferentes riesgos “poco frecuentes y graves”, la dehiscencia de la laparotomía, el sangrado o infección intraabdominal y la obstrucción intestinal, complicaciones que —se dice— habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc), pero que pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y puede producirse la muerte”.

En dicha cirugía no se objetiva ningún hallazgo y se procede a apendicectomía profiláctica y retirada de catéter peritoneal. Se toman muestras para cultivo.

La evolución posterior inicialmente fue favorable. Tras la cirugía, la paciente comienza a recibir tratamiento renal sustitutivo mediante hemodiálisis y, el 28 de diciembre de 2007, se reciben los resultados de los cultivos, destacando crecimiento de *Bacteroides* en líquido peritoneal. Los días 29 y 30 de diciembre presenta dolor abdominal y se solicita valoración por el Servicio de Cirugía que recomienda radiografía y ecografía abdominal, que no sugieren patología aguda.

Los días 31 de diciembre de 2007 y 1 de enero de 2008, la paciente presenta fiebre y dolor abdominal intenso. Se realiza ecografía abdominal apreciándose líquido libre anecoico, sin aspecto de estar infectado y engrosamiento de la pared de recto-sigma. En el TAC, destaca la presencia de líquido libre o colección en fondo de saco de Douglas, con aire en su interior, que sugiere colección infecciosa.

El día 3 de enero de 2008, es valorada por el Servicio de Cirugía y se decide drenaje percutáneo de la colección, procedimiento que realiza el Servicio de Radiología Intervencionista, guiado por TAC y extrayendo 7 cc de material hematopurulento, dejando catéter a ese nivel para realizar lavados. Durante estos días, sigue siendo atendida por Nefrología y Cirugía General a diario. Así mismo, la enferma era comentada en las sesiones de Nefrología por lo que todo el Servicio pudo participar de su evolución y en las decisiones a adoptar.

En el líquido procedente del drenaje crece *Candida albicans* y bacilos *Gram*.

El 14 de enero, ante la mala evolución que presenta la paciente, con infección no resuelta, se realiza nuevo TAC, que muestra colección compatible con absceso abdominal de 43x65 mm. Dicha colección se sigue mediante TAC dos días después para ver si disminuye con los lavados a través del drenaje. En este TAC se aprecia la misma colección y otras dos en pelvis. Se comentan los hallazgos con la paciente y familiares y se decide, el día 17 de enero de 2008, realizar una nueva punción guiada por TAC. Mientras, recibe tratamiento antibiótico de amplio espectro, con cobertura de todos los gérmenes que habían aparecido en los cultivos.

El día 21 de enero de 2008, la paciente presenta clínica compatible con *shock* séptico de origen abdominal y se decide ingreso en UCI para estabilización previa a cirugía y, al día siguiente, se realiza dicha intervención. En esta ocasión, son los familiares los que son informados de los riesgos de la cirugía, firmando el padre el consentimiento informado para la anestesia y la cirugía.

A pesar de la cirugía, la paciente presenta mala evolución en los días posteriores, con inestabilidad hemodinámica, sangrado por coagulopatía y trombopenia.

Tras múltiples esfuerzos terapéuticos, el día 3 de febrero presenta una ligera mejoría, intentando extubar a la paciente. Finalmente, no pudo aguantar sin ventilación mecánica, por debilidad neuromuscular. Se cambiaron vías venosas, pauta de antibióticos, se intentó nutrición enteral, técnicas continuas de depuración renal por mala tolerancia hemodinámica, valoración por otros Especialistas (Servicios de Enfermedades Infecciosas, y de Ginecología).

Todo fue en vano, ya que la paciente falleció en situación de *shock* séptico y fallo multiorgánico el día 11 de febrero de 2008. La autopsia confirmó este diagnóstico, aportando además la existencia de otros focos infecciosos, probablemente secundarios a diseminación hematógena.

### **Segundo**

Mediante escrito de fecha 14 de julio de 2008, que tuvo entrada en el Registro de la Consejería de Salud el 24 de julio, D. J. A. R. N., en nombre propio y en representación de su hijo menor de edad, habido con D<sup>a</sup> M. J. R. G., formula reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración solicitando una indemnización de 600.000 euros.

### **Sexto**

Seguido el expediente en todos sus trámites —entre los que son de destacar el informe de la Inspección médica y el pericial a instancia de la Compañía aseguradora de estos riesgos—, con fecha 29 de junio de 2009 se formula por la Instructora Propuesta de resolución en el sentido de desestimar la reclamación.

La Dirección General de los Servicios Jurídicos se muestra conforme con la Propuesta de resolución en su informe, emitido el 16 de julio de 2009.

### **Antecedentes de la Consulta**

### **Primero**

Por escrito de 3 de agosto de 2009, registrado de entrada en este Consejo el día 28 de agosto de 2009, 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 28 de agosto de 2009, registrado de salida el mismo día, el Sr. Presidente del Consejo Consultivo procedió, en nombre del mismo, a acusar recibo de la consulta, a declarar, provisionalmente, la misma bien efectuada, así como la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

### **Tercero**

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

## **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

### **Primero**

#### **Necesidad del Dictamen del Consejo Consultivo**

El artículo 12.1 del Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, dispone que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma, cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una propuesta de resolución.

Es preceptiva la emisión del presente dictamen, conforme a lo dispuesto en el artículo 11 G) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción del mismo por la Ley 5/2008 —aplicable en este caso por tener que atender, según la doctrina mantenida por este Consejo a raíz de la modificación operada por la Ley 4/2005, de 1 de junio, a la norma vigente al tiempo de concluir el trámite de audiencia—, por ser la cuantía de la reclamación superior a 6.000 euros, en concordancia con la cual ha

de ser interpretado el artículo 12 G) del Decreto 8/2002, de 24 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de este Consejo Consultivo.

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

### **Inexistencia de responsabilidad de la Administración**

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

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

Pues bien, en este caso no creemos que haya dudas de que la asistencia sanitaria prestada a D<sup>a</sup> M. J. R. G. carece de todo enlace causal con el resultado dañoso cuya

indemnización se reclama. A la vista de los datos existentes y atendiendo a los informes médicos que obran en el expediente —no contradichos por ningún otro de sentido contrario—, resulta notorio que el fallecimiento de la paciente fue consecuencia de la grave peritonitis que padeció, y no de la asistencia sanitaria con la que, sin éxito, se intentó atajarla. De hecho, cuando la paciente acudió al Servicio de Urgencias la infección que mostraba el líquido peritoneal era extremadamente alta, lo que denota que no hubo por su parte un seguimiento estricto de las instrucciones recibidas por los pacientes que, como ella, están sometidos a un programa de Diálisis peritoneal domiciliaria; y, a partir de ahí, la atención sanitaria recibida fue constante y adecuada, no pudiéndose afirmar que influyera en modo alguno en la concreción del resultado dañoso —el fallecimiento de la propia paciente—, que únicamente resulta imputable, desde el punto de vista de la relación de causalidad en sentido estricto, a la gravísima patología que sufría.

Por lo demás, y a los solos efectos dialécticos, aunque se admitiera que existe relación de causalidad entre el daño por el que se reclama y la asistencia sanitaria prestada, la responsabilidad de la Administración no podría en ningún caso reconocerse por no concurrir ningún criterio de imputación objetiva de la misma.

Como hemos explicado reiteradamente en numerosos dictámenes, en el ámbito sanitario el funcionamiento del servicio público —que es el 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 artículos 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*, y la única razón jurídica que, siéndolo, permite exigir responsabilidad es que dicha atención se haya prestado sin obtener el imprescindible consentimiento informado del paciente cuando éste es necesario.

Pues bien, en este caso, de los dictámenes médicos obrantes en el expediente, resulta la conformidad a dicha *lex artis ad hoc* de la actuación de los Facultativos del Servicio Riojano de Salud, resultando también que, para la realización de los actos médicos a que fue sometida para intentar atajar la gravísima peritonitis que la paciente sufría, se obtuvo siempre su imprescindible y personal consentimiento informado, mientras pudo prestarlo, y el de un familiar —su padre— cuando ya no estaba en condiciones de prestarlo por sí misma.

En conclusión, pues, a juicio de este Consejo Consultivo, la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por D. J. A. R. N. debe ser desestimada, lo que hace innecesario entrar en la valoración del daño a indemnizar a dicho reclamante, cuya relación con la paciente fallecida, más allá de haber tenido un hijo en común —que, si se dieran los presupuestos de dicha responsabilidad, no hay duda de que sería acreedor de la indemnización por el daño moral derivado de la muerte de su madre—, ni se explica en el escrito de reclamación ni resulta del expediente.

## **CONCLUSIONES**

### **Única**

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

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

**EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO**

Joaquín Espert y Pérez-Caballero