

En Logroño, a 21 de junio de 2013, 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. Pedro de Pablo Contreras, D. José María Cid Monreal, D^a M^a del Carmen Ortiz Lallana y D. Enrique de la Iglesia Palacios, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

29/13

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios Sociales, en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada por D^a M. H. E. y D. C. y D. J. A. A. H., por los daños y perjuicios que entienden causados por el fallecimiento de su esposo y padre respectivamente, D. J. M. A. E., por sepsis, tras habersele practicado en el SERIS una hemicolectomía seguida de una revisión quirúrgica y una laparotomía urgente; y que valoran en 137.750 euros.

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del Asunto

Primero

Mediante escrito no fechado, en el que figura sello del Servicio de Correos de 28/09/2012, las personas expresadas en el encabezamiento presentan la referida reclamación, en base a los siguientes hechos, que transmitimos literalmente:

“PRIMERO.- (El paciente fallecido antes expresado) *entró el 22-9-11 en el hospital para operarse de un pólipo bueno (estas palabras utilizó la de digestivos y el cirujano), pero que sería mejor quitarlo para que no se cambiara a malo, salió del quirófano y el cirujano el Dr. S. manifiesta que todo había ido con normalidad, y lo llevaron a intensivos para iniciar el postoperatorio. Esto ocurre en la Fundación Hospital de Calahorra.*

SEGUNDO.- *El único alimento que probó en 4 días fue una cucharada de sopa y un sorbo de zumo, no tenía ganas de comer, en la contestación indican que ingirió alimentos (a cualquier cosa llaman alimentos), no se encontraba bien, siempre molesto.*

TERCERO.- *Al 4º día por la mañana tiene como resultado la hemorragia masiva, y gracias a que la viuda se encontraba en la habitación, sino se desangra él solo.*

CUARTO.- *Rápidamente a intervenir a vida o muerte porque se quedó muy debilitado, 3 horas de angustia, al final salieron los cirujanos, distintos a la 1ª operación, nos comentan que ahora si estaba bien cosido, que había un punto sangrante el colón lleno de coágulos, la familia comenta la posibilidad del traslado a Logroño viendo como iba el asunto, ellos lo desaprueban ante la debilidad del paciente, ya que perdió mucha sangre, luego le pusieron 7 bolsas de sangre. Oímos a las enfermeras decir que ahora le habían cosido bien, ya que una cirujano de la operación les daba más confianza que el Dr. S. Así transcurrían los días, el fallecido manifestaba que se encontraba siempre molesto de dolor abdominal, los cirujanos indicaban que era lo lógico ya que llevaba 2 operaciones, no ingirió ningún alimento, todos los días quejándose, no descansaba en condiciones debido a que no se encontraba bien.*

QUINTO.- *En fin, el día 29-9-11 por la noche se encontraba fatal no podía descansar de las molestias abdominales, el Cirujano de guardia le comenta que por la mañana a las 8 de la mañana le harían un TAC, para descartar posibles problemas, pero a las 8 de la mañana al cambiar de guardia el cirujano que entra en servicio junto con otro que lo operó la 2 vez deciden, que tienen que operar ya que ven que el empeoramiento es grande, comentan a los familiares con discusión por medio que le tienen que poner bolsa porque creen que hay algún punto de escape, poniéndolo de 50% de supervivencia, otra vez a la angustia del quirófano a la 1 y media salen indicándonos que se han llevado la sorpresa de que estaba bien operado la 2 vez, que no había escape, y que eso era bueno pero que diagnostican Sepsis, pero que ante la gravedad lo envían a Logroño ya que Calahorra carece de UVI, jamás comentan que está extremadamente grave como sí lo comenta el médico intensivo de Logroño, así pasan 2 días en la UVI, le aplican antibiótico de gama amplia para quitarle la infección, pero cada día le subía la fiebre y le tenían que aplicar mas cantidad de medicamentos para que no le fallaran los órganos.*

SEXTO. *El paciente muere”.*

Acompañan a su escrito diversa documentación de su historial clínico y escritura de partición de herencia del esposo y padre fallecido.

Segundo

Mediante Resolución del 15 de octubre, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del anterior día 9, y se nombra Instructora del procedimiento.

Tercero

Con fecha 16 de octubre, la Instructora se dirige a los reclamantes requiriéndoles para que, en el término de diez días, procedan a la evaluación económica de los daños que reclaman, al tiempo que les comunica la iniciación del expediente y les informa de los extremos exigidos por el art. 42.4º de la Ley 30/1992

El requerimiento es cumplido mediante escrito fechado en el Servicio de Correos el 2 de noviembre, en el que se fija la cuantía de la reclamación en 137.750 euros.

Cuarto

Mediante comunicación interna del mismo día 16 de octubre, la Instructora se dirige a la Dirección Gerencia del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro*, solicitando cuantos antecedentes existan y aquéllos datos e informes que estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada en la UCI del Hospital *San Pedro* al paciente referido, copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada exclusivamente y, en particular, informe de los Facultativos intervinientes acerca de la asistencia prestada.

La solicitud es reiterada el siguiente 22 de noviembre.

También el día 16 de octubre, se dirige la Instructora al Director Gerente de la Fundación Hospital de Calahorra solicitando la remisión e informe sobre los siguientes extremos: i) cuantos antecedentes consten acerca de los hechos reclamados; ii) en general, cuantos datos, documentos e informes puedan ser aportados para una mejor decisión sobre la pretensión de los reclamantes; iii) en particular, informe emitido por los Facultativos intervinientes sobre la asistencia prestada; y iv) si la Fundación Hospital de Calahorra tuviera suscrita póliza de seguro en día de los hechos, nº de póliza, entidad aseguradora y su dirección, a efectos de comunicación de siniestros, exclusivamente.

Los informes y documentación interesados son aportados a finales del mes de noviembre.

Quinto

Mediante escrito de 4 de diciembre, la Instructora notifica a la Correduría de Seguros A. G. y C., S.A. la reclamación, al poder ser afectada la Aseguradora M. en sus derechos e intereses legítimos por la resolución que se dicte.

Simultáneamente, la Instructora remite el expediente a la Dirección General de Asistencia, Prestaciones y Farmacia, a fin de que, por el Médico Inspector que corresponda, se elabore informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación con el fin de facilitar la elaboración de la propuesta de resolución.

Sexto

Con fecha 27 de diciembre, se persona en las actuaciones la Procuradora de los Tribunales D. M. L. B. B. en representación de la Fundación Hospital de Calahorra, que acredita con poder notarial.

Séptimo

El Informe de la Inspección médica, de fecha 4 de febrero de 2013, establece las siguientes conclusiones:

“1. (El paciente) fue intervenido quirúrgicamente, de forma programada, el 22/09/2011 en FHC para extirpar un pólipo de gran tamaño, no resecable por endoscopia, practicándosele una hemicolectomía derecha con anastomosis ileo-cólica mecánica. Firmó el consentimiento informado (CI) para colectomía el 16/08/2011; y para anestesia general, el 23/08/2011.

2. El postoperatorio inicial, cursó sin complicaciones reseñables, con leve anemia inicial, mantenida en las analíticas de control, constantes estables y tránsito reiniciado con tolerancia positiva, como se recoge en las anotaciones de la historia clínica del paciente.

3. Es al cuarto día del postoperatorio (26/09/2011) cuando presenta cuadro brusco de mareo y rectorragia. Se realiza analítica de control, que muestra descenso de la cifra de hemoglobina (previa de 11 a 8,7) Ante la presencia de sangrado activo (complicación que viene reseñada en el CI), se reinterviene quirúrgicamente, apreciándose sangrado activo en la línea de grapas de la anastomosis. Se realiza sutura, cediendo el sangrado de manera inmediata.

4. El paciente ingresa en la Unidad de Cuidados Intermedios, donde permanece hasta el 27/09/2011 que es llevado a planta. Presenta vómitos de repetición, por lo que se le coloca sonda nasogástrica por la que drena contenido fecaloideo. En las anotaciones de la historia clínica, se hace referencia a que presenta abdomen distendido, ligeramente doloroso a la palpación.

5. Lo ven el Médico y el Cirujano de guardia, que considera que se trata, por la clínica, de un íleo postoperatorio, indicando que hay que vigilar el débito y aspecto del drenaje abdominal. Las analíticas de control muestran mejoría progresiva. Se indica en la historia que "la familia está muy intranquila y demanda que sea visto por el Cirujano de guardia".

6. El día 30/09/2012, presenta cuadro de hipotensión y leve desaturación, que se resuelven con fluidoterapia. Se realiza analítica urgente, que muestra PCR elevada; abdomen distendido, sin signos francos de irritación y se observa salida por el drenaje de contenido purulento maloliente. Se indica realización de laparotomía urgente, que la familia y el paciente aceptan.

7. Durante la reintervención, se comprueba la presencia de una pequeña colección abdominal, con buen aspecto de la anastomosis. Se colocan drenajes abdominales. El paciente presenta inestabilidad hemodinámica que hace pensar en un cuadro séptico intraabdominal, por lo que se decide su traslado a la UCI del HSP, donde fallece el 03/10/11 (2º día de su ingreso) por disfunción multiórgano (circulatoria, respiratoria y renal) tras choque séptico.

La familia del paciente hace referencia a: "incorrecta operación", "segunda operación que no soluciona la primera", "operación innecesaria" y "retardadísimo traslado a Logroño" con consecuencia de muerte, además, entra en consideraciones que no pueden ser contrastadas con ningún documento.

El informe del Coordinador del Área Quirúrgica de la FHC. Dr. M. L., explica cómo se realiza el empalme entre ambas piezas intestinales tras la hemicolectomía mediante una máquina que corta y cose al mismo tiempo. El sangrado del empalme es una complicación,

no frecuente pero sí posible que, en este caso, se produjo al tercer día de la intervención y obligó a intervenir nuevamente porque el sangrado fue brusco y muy importante. El empeoramiento brusco que presenta el paciente obliga a una tercera intervención en la que se comprueba el buen aspecto de la anastomosis realizada, pero presencia de cuadro séptico intraabdominal, por lo que se decide el traslado a la UCI del HSP de Logroño por la gravedad del diagnóstico.

No puede considerarse inadecuada la actuación de los Facultativos que atendieron al paciente, que actuaron conforme al protocolo establecido ante el diagnóstico dado y a las complicaciones que fueron surgiendo. La evolución inicial del proceso fue satisfactoria, como se comprueba por las analíticas diarias realizadas y recogidas en la historia clínica.

Las complicaciones ocurridas, infrecuentes, vienen recogidas en el consentimiento informado firmado por el paciente el 16/08/2011. La sepsis es un cuadro muy grave que requiere soporte de cuidados intensivos y que se instaura de manera repentina. La alteración analítica, el cambio del contenido expulsado por los drenajes y la exploración médica realizada fueron indicación de la tercera intervención, que confirmó la existencia de cuadro séptico intraabdominal y su traslado a Logroño.

Ante todo lo anteriormente expuesto se puede concluir que, durante su estancia en la FHC, le fue facilitada al paciente la asistencia debida y el tratamiento adecuado ante el diagnóstico realizado y las complicaciones que fueron surgiendo por su tratamiento, aunque este hecho no pudo garantizar su curación”.

Octavo

Por acuerdo de 7 de febrero de 2013, la Instructora inadmite, por innecesaria, la prueba testifical propuesta en el escrito iniciador de la reclamación, al considerar que, en la documentación unida al procedimiento, se encuentran recogidos todos los antecedentes producidos en relación con los hechos, por lo que la práctica de la prueba solicitada no aportaría datos de interés alguno para el esclarecimiento de los mismos.

Noveno

Mediante escrito de 11 de febrero, la Instructora se dirige a los reclamantes y a la Correduría de Seguros dándoles trámite de audiencia.

Por parte de la Correduría de Seguros, con fecha 8 de marzo se acompaña informe médico del Dr. G. M., fechado el 25 de enero anterior, informe que concluye afirmando que no se aprecia en todo el proceso médico quirúrgico del paciente ninguna actuación negligente o ajena a la correcta praxis médica.

Los reclamantes remiten un escrito, recibido en la Consejería el 13 de marzo, denunciando la falta en el expediente médico de determinada documentación y la inadmisión de la práctica de la prueba testifical solicitada, con infracción de derecho constitucional a la defensa.

Décimo

Obra a continuación en el expediente el dictamen médico pericial del Dr. D. J. A. P. C., del C. M. A., fechado el 1 de marzo, que establece las siguientes conclusiones:

“El paciente presenta una complicación en forma de hemorragia intraabdominal que obliga a una segunda intervención. Dicha hemorragia es secundaria al sangrado de un vaso que no se había realizado una hemostasia correcta durante la primera intervención. Dicha intervención aumenta el riesgo de contraer infecciones, como así ocurre. No se conoce el tratamiento recibido por el paciente entre el diagnóstico de la sepsis y la realización de la tercera cirugía. Cabe aportar la historia clínica completa para determinarlo.”

El siguiente 2 de abril, remiten nuevo dictamen pericial del mismo perito, más amplio, en el que se llega a similares conclusiones.

Décimo primero

La Instructora, a la vista del nuevo informe pericial, remite copia del mismo al Dr. M. quien lo rebate en correo electrónico de fecha 19 de abril que obra al folio 185 del expediente.

Décimo segundo

Con fecha 18 de abril de 2013, la Instructora del expediente emite Propuesta de resolución en la que propone que se desestime la reclamación, por no ser imputable el perjuicio alegado, al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios.

Décimo tercero

El Secretario General Técnico, el día 23 de abril, remite a la Letrada de la Dirección General de los Servicios Jurídicos en la Consejería de Salud y Servicios Sociales, para su preceptivo informe, el expediente íntegro. El informe es emitido en sentido favorable a la Propuesta de resolución el día 3 de mayo de 2013.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 10 de mayo de 2013, registrado de entrada en este Consejo el 13 de mayo de 2013 el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja, 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 15 de mayo de 2013, 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

Asumida la ponencia por el Consejero señalado en el encabezamiento, la misma quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo 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 hoy vigente, limita la preceptividad de nuestro dictamen a las reclamaciones de cuantía indeterminada o superiores a 50.000 euros.

Al reclamarse por el interesado la cantidad de 137.750 euros, no cabe dudar del carácter preceptivo de nuestro dictamen.

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 30/1992, de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

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

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

Lo anterior es también predicable, en principio, para la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria, si bien, como ya dijimos entre otros en nuestro Dictamen 3/07, *“la responsabilidad no surge sin más por la existencia de un daño, sino del incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la*

Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demande: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es de medios y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto, ajustándose la actuación facultativa a los criterios de la lex artis ad hoc, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder del posible daño causado, pues no cabe reconocer un título de imputación del mismo”.

Y, en nuestro Dictamen 29/07, en la misma línea, mantuvimos que los parámetros bajo los que se han de enjuiciar los criterios de imputación del daño a la Administración Sanitaria son el de la *lex artis ad hoc* y el de la existencia del *consentimiento informado*, distinguiendo “*si el daño es imputable a la actuación de los servicios sanitarios, por existir un funcionamiento anormal que contraviene los postulados de la lex artis ad hoc o por privar al paciente de su derecho de información o si, por el contrario, el resultado dañoso ha de ser soportado por éste quien, conocedor de los posibles riesgos, ha prestado voluntariamente su consentimiento”.*

Tercero

Sobre la existencia de responsabilidad patrimonial en el presente caso

La información facilitada al paciente o a sus familiares, en el caso sometido a dictamen, ha sido suficiente, constando por escrito y firmado el consentimiento informado correspondiente a la primera intervención quirúrgica, la practicada el día 22 de septiembre de 2011, documento que obra al folio 82 del expediente. La ausencia de documento escrito por lo que se refiere a las intervenciones practicadas los días 26 y 30 del mismo mes, se justifica por razón de la urgencia que las motivó, rectorragia masiva y aparición brusca de un cuadro de hipotensión y desaturación, no obstante lo cual se informó verbalmente a los familiares.

Las complicaciones surgidas, consistentes en la deshiscencia (apertura) de la sutura, con el consiguiente sangrado, y la sepsis o infección generalizada que, desgraciadamente, provocó el fallecimiento del paciente, aparecen recogidas en el documento firmado por éste el 16 de agosto de 2011.

Ahora bien, no debe olvidarse, como tuvimos ocasión de recordar en nuestro Dictamen 54/12, que el consentimiento informado no es una causa de exoneración por sí mismo, ni constituye una especie de salvoconducto para el Facultativo, de manera que, producido cualquier riesgo contenido en el mismo, sea suficiente para excluir la responsabilidad patrimonial; puesto que el Facultativo, en todo caso, ha de actuar conforme a la *lex artis ad hoc* y ha de acreditarse que el riesgo, aunque sea típico, no se ha producido como consecuencia de una infracción de la misma. En el mismo sentido,

decíamos en nuestro Dictamen 41/12 que la existencia de riesgos típicos objeto de consentimiento informado no impide la apreciación de la infracción de la *lex artis*, que es un parámetro de imputación diferente.

Procede, por tanto, analizar si se aprecia o no una incorrecta praxis que permita fundar la responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria.

Existen en el procedimiento buen número de informes y dictámenes: los de los Facultativos implicados en las intervenciones y tratamientos, el de la Inspección médica y los emitidos a instancia de la Aseguradora de la Administración y de los reclamantes.

Independientemente de que puedan considerarse, en todo caso, como de parte y valorarse, por ello, con rigor crítico, ninguno de ellos es concluyente; pese a lo cual, nos inclinamos a aceptar la mala praxis que denuncian los dictámenes del Dr. P. C. folios 169 y ss. y 178 y ss., solicitados y aportados por el Letrado de los interesados.

Del segundo de dichos informes, destacamos las siguientes afirmaciones:

-“La segunda intervención aumenta de forma exponencial el riesgo de sufrir una sepsis como así ocurre.”

-“A la vista de los resultados, también es evidente que la tercera intervención no era necesaria, al no existir deshiscencia de la anastomosis ileocólica, aunque la sospecha de la misma es motivo suficiente para realizarla”.

-“Es sumamente extraño que, con una sintomatología desde el 29/09/11, a las 13,26 horas de drenado purulento, febrícula y antecedentes de dos cirugías, no se indique una profilaxis antibiótica”.

-“No consta que se instaurara tratamiento antibiótico alguno desde la segunda intervención y la tercera intervención y la antibioterapia se demora al 30/09/11 a las 11,31 horas, según las hojas de observación de Enfermería y la hoja de curso operatorio”.

En respuesta a estas últimas acusaciones, el Dr. M., de la Fundación Hospital de Calahorra, afirma que el tratamiento antibiótico terapéutico, que sí se aplicó, no viene recogido en los comentarios de Enfermería ya que éste no es el sitio donde deben estar reflejados, pero sí que están en las prescripciones de farmacia diarias, que están guardadas informáticamente en el programa de farmacia de todos los pacientes y a disposición para cualquier persona. Entendemos que, de ser esto así, y en virtud de la doctrina de la facilidad probatoria, a él incumbía la carga de la prueba y, al no haberlo acreditado, nos inclinamos a sospechar que, cuando menos, el tratamiento fue tardío.

En efecto, en los protocolos quirúrgicos generales de la segunda y tercera intervención a que hace referencia el Dr. M., sólo en la tercera intervención se hace referencia a tratamiento antibiótico postquirúrgico (“*Momento de administración: Planta*”), mientras que, en la del 26 de septiembre, refiere la administración del antibiótico exclusivamente al intraoperatorio. *A sensu contrario*, no hubo administración postquirúrgica, lo que apoya, en definitiva, la tesis del Dr. P. C.

Es más, del expediente se infiere que, con anterioridad a los claros síntomas del día 29 a las 13,26 horas, cabía ya apreciar síntomas o indicios de la existencia de una sepsis o infección, que obligaban a adoptar medidas terapéuticas que se demoraron.

En efecto, en el primer informe que emite el Dr. M., folios 80 y 81 del expediente, se dice, ante el resultado de la analítica urgente que se solicita antes de la tercera y última intervención, que “*llama la atención un aumento de la PCR*”. Lo que realmente llama la atención es que no se advirtiera, que, ya desde la primera intervención, no dejó de aumentar la proteína C reactiva, que pasa: de 1,13, el día 23, a 9,7 el día 24; a 16,06, el día 26; a 19,31, el día 27; y, a 15,47, el día 29.

Teniendo en cuenta que los valores normales de PCR oscilan de 0,0 a 0,8, los que arrojaban las analíticas del paciente debían haber disparado las alarmas con anterioridad al día 30. La PCR aumenta su nivel en la sangre de manera dramática y excepcional cuando un proceso inflamatorio se desarrolla en el organismo humano; y un proceso inflamatorio puede ser la respuesta al agente patógeno causante de una infección.

También puede ser secundario a una infección la paralización intestinal que sufrió el paciente al segundo día de la intervención del 26 de septiembre, cuyos síntomas fueron los repetidos vómitos entérico-fecaloideos, que no desaparecieron pese a la sonda nasogástrica que se le colocó.

Creemos, en definitiva, que hubo un retraso en el diagnóstico y subsiguiente tratamiento, independientemente de que, aún antes de haberse diagnosticado la infección, ante el riesgo de la misma y la tórpida evolución postquirúrgica del enfermo, debió pautarse el tratamiento antibiótico, que no se ha acreditado. Evidentemente, la falta de un diagnóstico precoz supuso una pérdida de oportunidad terapéutica que, en opinión de este Consejo, es indemnizable.

En cuanto a la cuantía de la indemnización que resarce el daño moral consistente en la pérdida de un ser querido, estimamos razonable la cifra de 50.000 euros: de ellos, 25.000 euros, para la esposa; y 12.500 euros, para cada uno de los hijos.

CONCLUSION

Única

Existe una infracción de la *lex artis ad hoc*, por lo que la Administración pública deberá indemnizar a los reclamantes en las cuantías referidas al final del Tercer Fundamento Jurídico.

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