

En Logroño, a 28 de abril de 2014, 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<sup>a</sup> M<sup>a</sup> 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. José M<sup>a</sup> Cid Monreal, emite, por unanimidad, el siguiente

## **DICTAMEN**

**16/14**

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios Sociales, en relación con el *reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada i) por D. R. J. J. y D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> A. J. G., en nombre propio y de sus hijos comunes y menores de edad, M<sup>a</sup> A. y E. y ii) por D. J. J. J., hermano de las anteriores; por los daños y perjuicios que entienden causados por el fallecimiento de su hija y hermana, respectivamente, D<sup>a</sup> R. J. J., menor de edad, tras habersele practicado una amigalodeinoidectomía en el SERIS; y que valoran en 170.000 euros.*

## **ANTECEDENTES DE HECHO**

### **Antecedentes del asunto**

#### **Primero**

En fecha 10 de abril de 2013 la Procuradora de los Tribunales D<sup>a</sup> R.P.P. presenta un escrito de reclamación de daños y perjuicios por responsabilidad patrimonial de la Administración, ante la Oficina auxiliar de Registro de Salud, haciendo constar el siguiente relato de hechos:

*“(La menor antes expresada) falleció el día 26 de septiembre de 2012 a las once y cincuenta y ocho minutos de la mañana en el Hospital Universitario de Burgos a la edad de 4 años.*

*El día 25 de abril de 2012, (la paciente) acude a consulta de Otorrinolaringología en el Hospital San Pedro de Logroño en donde le es diagnosticado “SAS” siendo recomendada “amigalodeinoidectomía”.*

*En fecha 29 de julio de 2012, (la paciente) acude al Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro de Logroño, en donde le es diagnosticado “faringitis aguda”.*

*En fecha 3 de agosto de 2012, (la paciente) acude nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro de Logroño, en donde le es diagnosticado “amigdalitis”.*

*El día 24 de septiembre de 2012, le es practicada intervención de adenoidectomía y amigdalectomía en el Hospital San Pedro de Logroño, que se dice sin incidencias, permaneciendo ingresada tras la operación con antibioterapia profiláctica (Augmentine IV) y suero glucosalino IV a necesidades vasales, siendo acompañada en todo momento por (sus antes expresados padres).*

*Desde las 3,30 horas de la madrugada del día ya 25 de septiembre de 2012 hasta las 5 de la madrugada de ese mismo día (la paciente) sufre cuatro episodios de convulsiones de los que mi mandante avisa pertinentemente a las Enfermeras de la planta de Medicina Intensiva, recibiendo por única asistencia y atención la medición de tensión y temperatura, indicándose por las Enfermeras a mis mandantes estar todo normal, salvo la glucosa, no procediendo a realizar o tomar medida adicional alguna de las ya indicadas.*

*A las 5 de la madrugada, sufre una nueva crisis convulsiva, con mirada perdida, rigidez generalizada, mirada fija perdida, que cede tras administración de diazepam rectal. A los diez minutos, se produce un nuevo episodio convulsivo de similares características, que cede de nuevo con diazepam, siendo trasladada a Cuidados intermedios.*

*Una hora tras ceder las crisis (la paciente) entra en parada cardiorespiratoria, que precisa de intubación traqueal y una dosis intravenosa de adrenalina. Tras la parada, se mantiene con pupilas midriáticas fijas, bradicardia e hipotensión; sin precisar sedoanalgesia, pese a permanecer intubada. Se inicia perfusión periférica de dopamina y posibilidad de una meningoencefalitis, pautándose cefotaxima y aciclovir.*

*Ante la gravedad de la situación, la Dra. D<sup>a</sup> M. Z. V. (Residente Pediatría) se acuerda el traslado al Hospital General Yagüe de Burgos al carecer el Hospital San Pedro de Logroño de UCI Pediátrica.*

*El día 25 de septiembre de 2012, (la paciente ingresa) en la UCI Pediátrica del Hospital General Yagüe de Burgos tras el traslado en Ambulancia soporte Vital Avanzado desde el Hospital San Pedro de Logroño, en donde se le da tratamiento hasta el día 26, sin que desgraciadamente se pueda hacer nada y siendo el diagnóstico “Muerte encefálica. Parada cario-respiratoria, Hipertermia e Hipotasemia severos. Estatus convulsivo. Diabetes insípida” fijándose como hora del fallecimiento las 11,58 horas del día 26 de septiembre de 2012.*

*A la fecha del desgraciado deceso de (la paciente) ésta convivía con mis mandantes en la vivienda sita en Logroño, ..., así como con sus hermanos (antes citados).*

*Esta parte valora la pérdida de oportunidad médica, la probabilidad de obtener un resultado distinto y más favorable para la salud de (la paciente) y, en definitiva, para su vida, lo que pudiera haber evitado su muerte, en las siguientes cantidades a tanto alzado: i) a favor de (los padres), la cantidad de 110.000 euros ; ii) a favor (del hermano mayor de edad de la paciente), la cantidad de 20.000 euros; iii) a favor (de la hermana menor de edad de la paciente), la cantidad de 20.000 euros y iv) a favor de (la otra hermana menor de la paciente), la cantidad de 20.000 euros.*

Se adjunta a la reclamación diversa documentación relativa a las diversas asistencias prestadas, así como a la relación de parentesco alegada y el hecho de la convivencia.

En fecha 10 de abril, se acuerda requerir a la Procuradora expresada que acredite la representación que indica ostentar, lo que se verifica mediante comparecencia personal.

### **Segundo**

En fecha 26 de abril, se dicta Resolución en la que se indica que se tiene por iniciado procedimiento general de responsabilidad patrimonial, se nombra Instructor del mismo y se comunica igualmente diversa información relativa a la instrucción.

### **Tercero**

En fecha 29 de abril, se solicita de la Dirección del Área de Salud de La Rioja, Hospital *San Pedro*, cuantos antecedentes existan de la atención prestada acerca de los hechos reclamados por el servicio de ORL, copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada y, en particular, el informe de los Facultativos que atendieron a la paciente.

Igualmente, se comunica la existencia de la reclamación a la Correduría de Seguros, a través de la cual se contrató la póliza de responsabilidad civil del SERIS.

La solicitud de información es reiterada en fecha 18 de junio, constando la misma a continuación en el expediente.

### **Cuarto**

En fecha 2 de julio, se reclama informe a la Inspección Médica, que es evacuado en fecha 23 del mismo mes, con las siguientes conclusiones:

*1.- Estamos ante una paciente que fallece tras ser intervenida de una adenoidectomía. Se sabe que sufre una hiponafremia severa, lo que da lugar a un cuadro convulsivo con encefalopatía y muerte cerebral. No se conocen más datos sobre posibles causas desencadenantes del cuadro, puesto que no se realizó autopsia.*

*2.- Toda la documentación analizada, tanto la aportada por los reclamantes, como la analizada por esta Inspección, indica que la adenoidectomía estaba indicada y que se llevó a cabo de acuerdo a la *lex artis* tras obtener el correspondiente consentimiento informado.*

*3.- En cuanto a los cuidados postoperatorios, todo señala que fueron igualmente correctos y adecuados a la *lex artis*. La paciente presentó dos episodios de vómito con escaso contenido hemático, algo frecuente en este tipo de procedimientos, tal y como está descrito en el consentimiento informado. Se monitorizaron las constantes a lo largo de la noche y, en el momento en que se informa a la Enfermera del turno de noche de la aparición de síntomas potencialmente más serios, ésta actúa con rapidez avisando al Pediatra de guardia, quien, a su vez, actúa también con la celeridad debida, acudiendo en el acto a valorar a la paciente. Interesa señalar que toda la documentación indica que no se avisó a la Enfermera de la presencia de posibles convulsiones hasta*

las 04,30 horas de la madrugada del día 25 de septiembre de 2012. A partir de ese momento, se atendió a la paciente sin solución de continuidad, sin que se pueda, por tanto, afirmar que se produjo una pérdida de oportunidad.

4.- La atención médica prestada a la paciente, tras el debut de la encefalopatía secundaria a hiponatremia, fue igualmente adecuada y ajustada a la *lex artis*. El fallecimiento se produjo, tal y como está documentado, como consecuencia de la severidad del cuadro y no como consecuencia de una atención médica deficiente.

5.- Es cierto que el consentimiento informado no menciona específicamente la hiponatremia posquirúrgica, sino que menciona complicaciones propias de toda intervención quirúrgica. Entiendo que este hecho no se puede considerar como una práctica deficiente, toda vez que sería imposible el reflejar en un documento de consentimiento informado todas las posibles complicaciones quirúrgicas. Se da la circunstancia añadida de que, según la evidencia científica más reciente que hemos podido encontrar sobre este tema, más reciente incluso que la aportada por los intervinientes: es difícil hacer afirmaciones taxativas acerca de la incidencia real de la hiponatremia posquirúrgica, ya que: i) la mayoría de los estudios son descripción de casos o pequeñas series de casos y controles o de cohortes arbitrarias; y ii) no hay acuerdo en qué nivel de la (Na)<sub>p</sub> postoperatoria establecer como punto de definición de hiponatremia. Todavía hay menos datos, más allá de casos aislados reportados en la literatura científica, de mortalidad secundaria a hiponatremia post quirúrgica. Se comprende, pues, que una patología, de la que se conoce su existencia pero no su incidencia real y que en muy pocos casos es fatal, no se incluya expresamente en el consentimiento informado, pudiendo englobarse en la expresión “complicaciones propias de toda intervención quirúrgica”.

6.- Considero, en suma, que la atención prestada a (la paciente), fue en todo momento adecuada, ajustada a la *lex artis ad hoc* y según los medios disponibles en el sistema sanitario. Considero que sus padres fueron adecuadamente informados del procedimiento a realizar y que, una vez que se produjo la fatal complicación, la atención prestada fue rápida, sin solución de continuidad, adecuada y sin que se produjera una pérdida de oportunidad.

A continuación consta en el expediente informe pericial a instancia de la Aseguradora, cuyas conclusiones son las siguientes:

1.- El fallecimiento de (la paciente) fue debido a un hiponatremia severa y aguda secundaria a un SIADH, el cual, a su vez, fue, muy probablemente, debido a la intervención quirúrgica.

2.- No era previsible que este proceso tuviera lugar, dado los antecedentes personales y analíticos de la paciente. Por lo tanto, la indicación quirúrgica, así como los cuidados del postoperatorio, se consideran correctos.

3.- La forma de proceder de los Facultativos se considera del todo correcta, tanto en el diagnóstico como en las medidas terapéuticas realizadas, si bien, por desgracia, no consiguieron revertir el fatal desenlace.

### **Quinto**

Notificada a la Procuradora de los reclamantes, la apertura del trámite de audiencia, se presenta escrito de alegaciones, en fecha 25 de octubre, en el que solicitan, además, diversas aclaraciones a algunos de los Facultativos que atendieron a la niña. Tras las respuestas formuladas, se presenta nuevo escrito en fecha 22 de enero de 2014.

### **Sexto**

El 4 de marzo, se dicta Propuesta de resolución, desestimatoria de la reclamación interpuesta, que es informada favorablemente por los Servicios Jurídicos, mediante informe de fecha 24 del mismo mes.

## **Antecedentes de la consulta**

### **Primero**

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 28 de marzo de 2014 y registrado de entrada en este Consejo el día 31 de marzo de 2014, 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 día 31 de marzo de 2014, 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**

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.

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 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 una cantidad de 170.000 euros, nuestro dictamen resulta ser preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, 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 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 30/1997, de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

### **Segundo**

#### **Sobre la responsabilidad patrimonial de la Comunidad Autónoma de La Rioja**

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 para la responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria, si bien en estos casos, como hemos explicado ya reiteradamente en otros dictámenes, en el ámbito sanitario la conducta de los Facultativos a la que debe estar ligado el daño no participa del criterio objetivo que con carácter general establece para la responsabilidad patrimonial de la Administración la LPAC, sino que tiene un carácter específico por tener la responsabilidad su origen, no en un daño que deriva del funcionamiento normal o anormal de la Administración, sino en un daño efectivo que nace del incumplimiento por ésta de una específica *obligación de hacer* de la que es acreedor el paciente que tiene derecho, no sólo a una genérica y abstracta *atención sanitaria*, sino a las prestaciones concretas que en su caso requiera ésta.

La existencia en ambos casos de una obligación previa a cargo de los Facultativos y, en último término, de la Administración sanitaria por la que actúan, explica que coincidan la doctrina y la jurisprudencia en afirmar que *tal obligación es de medios y no de resultado*, por lo que sólo se incumple aquélla, con la responsabilidad consiguiente, cuando la conducta de prestación del servicio por los Facultativos no resulta conforme con la *lex artis ad hoc* o cuando, aun siéndolo —y habiendo daño—, exceda lo actuado de la legitimación conferida por el propio paciente (*consentimiento informado*) o por la ley (falta objetiva de la situación de *urgencia* requerida).

En el caso sometido a nuestra consideración, reclaman los padres y hermanos de la paciente menor de edad, los daños derivados del fallecimiento de la misma como consecuencia de una hiponatremia grave, entendiéndose por tal el descenso de los niveles de sodio en la circulación sanguínea por debajo de 130 mEq/l, presentando la paciente unos niveles de 113 mEq/l inicialmente.

Esta hiponatremia fue causada, parece ser, por la presencia de un SIADH (síndrome de secreción inadecuada de la hormona antidiurética), que es una patología que puede ser debida a diversos motivos, entre ellos, una intervención quirúrgica. El exceso de secreción de esta hormona implica un aumento de retención de líquidos, lo cual, a su vez, genera una hiponatremia por dilución del sodio en el exceso de volumen circulante.

Se basa, en esencia, la reclamación en el hecho de considerar que ha existido una falta de oportunidad, al considerar que el desgraciado y fatal desenlace que supone el fallecimiento de una niña de tan corta edad, podría haberse evitado si se hubiese pautado dieta o tratamiento farmacológico previo a la intervención para subsanar el déficit de potasio que presentaba la niña en los análisis del preoperatorio, si se hubiesen llevado a cabo análisis de sangre y orina a la niña inmediatamente antes de llevar a cabo la intervención quirúrgica para saber si presentaba los niveles de sodio y potasio correctos, si se hubiera instruido a las enfermeras para el supuesto de que presentase episodios de vómitos y convulsiones, si se hubiese suspendido la administración del antibiótico denominado Augmentine, etc. Según la reclamación y aunque no se puede asegurar que, de haberse actuado de tal manera se hubiera salvado la vida de la paciente, al menos se hubiera podido intentar, por lo que se le ha privado de la oportunidad de tener un tratamiento en las mejores condiciones posibles.

Para la Propuesta de resolución, no existe relación de causalidad entre la asistencia prestada y el fatal desenlace, pues, de los antecedentes que se recogen en la historia clínica, así como de las analíticas aportadas al expediente, resulta que no era previsible esperar que la paciente tuviera una mayor predisposición para presentar la complicación que se produjo.

También considera la Propuesta de resolución que no concurre el requisito de la antijuridicidad, pues tampoco se ha aportado prueba alguna que permita mantener que la actuación de los profesionales ha sido incorrecta, o que no haya respetado los criterios de la *lex artis*. A este particular, se indica que la meningitis previa sufrida en su día por la paciente, así como el bajo índice de potasio en el análisis llevado a cabo en el preoperatorio, unido a la edad de la niña (4 años), no suponen un factor que favorezca la hiponatremia y el SIADH. En definitiva, se considera que se está ante una patología de la que se conoce su existencia pero no su incidencia real y que en muy pocos casos es fatal, por lo que se considera que esa es la razón de que la misma no aparezca recogida en el consentimiento informado, pudiendo considerarse englobada en la expresión “*complicaciones propias de toda intervención quirúrgica*”. En base a todo lo expuesto, la propuesta es desestimar la reclamación interpuesta.

Como quiera que las anteriores conclusiones aparecen contenidas en los informes periciales obrantes en el expediente, debiéramos, en principio, compartir la desestimación de la reclamación y ello pese al meritorio trabajo desarrollado por el Abogado que dirige



técnicamente a los reclamantes, pero sin aportar prueba pericial que apoye sus manifestaciones.

No obstante, en el presente caso, considera este Consejo que la reclamación debiera ser analizada a la luz de la doctrina del llamado daño desproporcionado, utilizada por el Tribunal Supremo en reiteradas ocasiones, y a la que se alude por los reclamantes cuando manifiestan en su escrito de fecha 9 de enero de 2014, indican textualmente que: “ *estamos ante una intervención quirúrgica de adenoamigdelectomía, que, en principio, no tiene porqué conllevar en absoluto las desgraciadas consecuencias acaecidas...* ” .

El Tribunal Supremo viene aplicando esta doctrina a los casos en que los actos médicos producen un resultado anormal e inusualmente grave y desproporcionado en relación con los riesgos que comporta la intervención en relación con los padecimientos que se trata de atender. Es decir, se trata de riesgos inusualmente graves no previstos y no explicables en la esfera de actuación profesional.

Por lo tanto, podríamos definir el daño desproporcionado como aquel daño anormal, insólito e inusual en comparación con el resultado que sería previsible que se produjera. Esta noción consideramos que concurre en el caso sometido a nuestra consideración, pues nos encontramos ante una niña de cuatro años que es sometida a una intervención quirúrgica para eliminarle las anginas y las vegetaciones y que, por diversas complicaciones, termina con el fallecimiento de la misma.

Es evidente, que una intervención de este tipo no puede plantear, ni siquiera hipotéticamente un resultado semejante; por ello, ese riesgo no aparece mencionado en el consentimiento informado, debiendo rechazar la alegación contenida en la Propuesta de resolución de que el fatal desenlace deba incluirse en la mención contenida en el consentimiento sobre los riesgos inherentes a toda intervención quirúrgica. Y ello por dos motivos: i) por una parte, porque esa mención constituiría una especie de salvoconducto para excluir la responsabilidad por cualquier resultado lesivo; y ii) por otra parte y en este caso de mayor peso, porque, en los casos en que se acude a la doctrina del daño desproporcionado, nos encontramos siempre ante riesgos atípicos.

Es decir, esta doctrina no puede aplicarse cuando se producen los riesgos típicos inherentes a cualquier intervención quirúrgica, sino que se acude a ella ante daños insólitos, anormales, inusuales y desorbitados, circunstancias que concurren en el caso sometido a nuestra consideración: el riesgo no es de los típicos, no constando siquiera en el consentimiento informado, y es a todas luces desproporcionada, a la vista de la intervención quirúrgica practicada, por mucho que la causa del desgraciadísimo fallecimiento de la niña no guarde una relación directa con la intervención en sí, lo cual, en todo caso, debe decirse con las debidas cautelas, pues no existe un diagnóstico

concluyente de lo ocurrido, guiándose los intervinientes por meras opiniones, por más que las mismas puedan tener fundamentación médica.

Los efectos de la aplicación de esta doctrina son los ya sabidos, de por un lado, considerar la existencia de presunción de responsabilidad y, por otra parte, la inversión de la carga de la prueba, de manera que no son los reclamantes quienes deben acreditar la existencia de relación de causalidad entre la actuación sanitaria y el resultado dañoso, sino que es la Administración en este caso quien debe acreditar que el daño ocasionado queda fuera de su esfera de acción.

Este mecanismo lo que pretende, es dada la dificultad de obtener pruebas por parte de los perjudicados, como indica la *Sentencia del Tribunal Supremo de 22 de mayo de 1998 que: “ corresponde a los Médicos y Centro sanitario implicados, en función de su cercanía a las fuentes de prueba y su mejor posición para acceder a las mismas, la carga de probar que el hecho fue imprevisible y no evitable, destruyendo la presunción de culpa que genera la anormalidad de lo que ocurrió, según las pautas que recogen las máximas de experiencia..”*.

Del listado de notas obrante a los folios 104 a 106 del expediente, se desprende que el primer aviso de los padres a las Enfermeras tiene lugar sobre las 4,30 horas del día 25 de septiembre, acudiendo la Enfermera, que no encuentra nada destacable en el estado de la niña. Tras quince minutos, por lo tanto sobre las 4,45, la Enfermera es nuevamente avisada, volviendo a acudir y encontrando a la paciente poscrítica con constantes estables buena saturación y color. Se dice en la nota que se avisa al Pediatra de guardia para valoración, pero ese aviso, según la nota del propio Pediatra, se produce a las 5,00 horas, es decir media hora después del primer aviso de los padres. A partir de ese momento, se producen varias crisis, ya con la presencia del Pediatra, y se presta la asistencia que consta en las notas, hasta que se lleva a cabo la analítica que aflora el bajo nivel de sodio y de potasio en sangre, además de hiperglucemia mantenida como consecuencia del estrés provocado por las convulsiones de repetición. Es en ese momento, y tras repetir los análisis para conformar el resultado de los mismos, cuando se decide suministrar suero salino hipertónico para la corrección de la hiponatremia severa.

De lo actuado en el expediente se desprende que, si bien parece acreditado que el hecho de haber sufrido la niña una meningitis vírica no supone un antecedente previo para la hiponatremia y el SIADH, como tampoco el índice de potasio en los análisis del preoperatorio, como tampoco la edad de la niña, sin embargo persisten varias lagunas, tal y como se desprende de las contestaciones de la responsable de la unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital de Burgos.

Así, consta que la medicación prescrita (Augmentine) tiene como efecto secundario la sintomatología gastrointestinal, y que los vómitos persistentes con síntomas de deshidratación pueden ocasionar hiponatremia. Por otra parte, no se conocen las causas de la hiponatremia y de la hipopotasemia, que fueron diagnosticadas ya en su fase aguda. Tampoco se ha acreditado por la Administración sanitaria que el fatal desenlace hubiese sido el mismo aunque se hubiese prescrito el tratamiento de sueroterapia antes del momento en que se inició, razones por las cuales consideramos que no se ha desvirtuado suficientemente la presunción de responsabilidad derivada de ese daño desproporcionado, razón por la que debe estimarse la reclamación interpuesta.

Por lo que se refiere a la cuantía de la indemnización, dadas las circunstancias concurrentes, y el hecho de estar basada en una mera presunción la responsabilidad de la Administración sanitaria, consideramos como procedente el porcentaje del 50% de lo solicitado, para cada uno de los solicitantes.

## **CONCLUSIONES**

### **Primera**

A juicio de este Consejo Consultivo, la presente reclamación debe ser estimada, por los motivos expuestos en el cuerpo del presente dictamen.

### **Segunda**

En cuanto a la indemnización, que ha de satisfacerse en efectivo con cargo a la partida presupuestaria que corresponda, este Consejo estima que la misma debe ascender a la mitad de lo que cada uno de ellos ha solicitado en la reclamación presentada ante la Administración sanitaria.

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