

En Logroño, a 8 de abril de 2015, 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. Enrique de la Iglesia Palacios, y D. Pedro Prusén de Blas, habiendo excusado su asistencia los Consejeros D. J. María Cid Monreal y D. J. Luis Jiménez Losantos y siendo ponente D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, emite, por unanimidad, el siguiente

## DICTAMEN

15/15

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<sup>a</sup> S.G.A., como viuda, y D<sup>a</sup> S, D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> J, D<sup>a</sup> P, D<sup>a</sup> S, D.V, D<sup>a</sup> V. y D. J.A.M, como hijos, por los daños y perjuicios que entienden causados por el fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, D.P.M.M., por sepsis subsiguiente a la implantación en el SERIS de un marcapasos; y que valora en 86.018,36 euros.*

## ANTECEDENTES DE HECHO

### Antecedentes del asunto

#### Primero

Mediante escrito de 18 de marzo de 2014, registrado de entrada en la misma fecha, la Procuradora de los Tribunales D<sup>a</sup> C.G.M, en nombre y representación que acredita documentalmente de las personas antes indicadas, presenta reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración pública, por la muerte del también antes expresado paciente, que imputa a un mal funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios.

En dicho escrito, se expone lo que, a continuación, resumimos:

- El paciente, portador de una prótesis aórtica, ingresa con diagnóstico de síndrome cardiológico en el Complejo Hospitalario *San Millán-San Pedro* en el que se le implanta un marcapasos, mediante intervención que tuvo lugar en 1 de octubre de 2013.
- El 4 de octubre, es enviado a su domicilio con seguimiento por el Servicio de Hospitalización a

Domicilio, apreciándose, en los días posteriores, por los Servicios médicos y de enfermería, claros signos de una evolución tórpida. Así, los días 7 y 8 de octubre, se hace constar la existencia de **“gran hematoma en brazo izquierdo y en cara anterior del tórax”**. El día 9, que **“la zona está aumentada de tamaño, posiblemente tenga hematoma desde su colocación”**, por lo que se solicita analítica y ECG. Del resultado de estas pruebas, aparecen **signos inequívocos de patología infecciosa** y riesgo por bajos niveles de hemoglobina y hematocrito.

- El 14 de octubre, la Enfermera que practica la cura de la zona de implantación del marcapasos, informa que **“persiste hematoma y bultoma que no drena”**. Pese a esta evidente evolución negativa, no se adoptó ninguna medida acorde a dicha situación; no se instauró ningún tipo de tratamiento preventivo con antibióticos específicos; y, además, se mantuvo al paciente en situación de Hospitalización Domiciliaria, cuando hubiera sido aconsejable el seguimiento y control en un centro hospitalario.
- El día 15 de octubre, se realiza cura de herida de marcapasos **“haciendo drenado de hematoma”**, maniobra totalmente desaconsejable, pues supone incrementar exponencialmente el riesgo de infección o de agravamiento de infección preexistente.
- En esa misma fecha, los resultados de la gasometría arterial del paciente, los valores de proteína C reactiva y el grave descenso de los niveles de hemoglobina patentizan signos inequívocos de complicación.
- El 17 de octubre, esto es, **diez días después de la aparición de los primeros signos de infección**, tras el inadecuado control, tratamiento e incorrecto drenado del hematoma, la Dra. V.A. informa: **“dada la situación general y la probable bacteriemia, en el contexto de implantación reciente de marcapasos, se decide traslado (al Servicio de) Urgencias para ingreso”**.
- Reingresado en el Centro hospitalario, los días 18 y 19 de octubre los informes médicos señalan: **“Bacteriemia por S. Aureus, pendiente de identificación definitiva, infección de bolsa de marcapasos y probable de cables, a descartar endocarditis. Situación terminal”**.
- A las 04:20 horas del día 20 de octubre fallece el paciente.

Continúa el escrito argumentando con reiteración la existencia de una evidente mala praxis, impericia, negligencia e imprudencia, que determina, en definitiva, **una pérdida de oportunidad de una terapia que hubiese conllevado una posibilidad de curación**.

Solicita una indemnización de 66.903,16 euros a favor de la viuda y 4.778,80 euros a favor de cada uno de los hijos del finado.

Finalmente, propone la prueba pericial consistente en el dictamen del Dr. D. A.G.G, que se acompaña al escrito, y la testifical de la Dra. V.A. y de la Enfermera Sra. C.O, ambas del Servicio de Hospitalización Domiciliaria.

### **Segundo**

Mediante Resolución de 20 de marzo de 2014, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del anterior día 18, y se nombra Instructora del procedimiento.

### **Tercero**

Mediante comunicación interna del mismo día 20 de marzo, la Instructora se dirige a la Dirección del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro*, solicitando cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada al paciente en los Servicios de Cardiología y de Hospitalización a Domicilio, copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada exclusivamente y, en particular, informe de los Facultativos intervinientes acerca de la asistencia prestada.

Mediante escrito de 30 de mayo, la Dirección del Área de Salud remite al Servicio de Asesoramiento y Normativa copia de la historia clínica, así como los informes aportados por la Dra. V.A, el Dr. L.C. y la ATS/DUE D<sup>a</sup> R.C.O.

### **Cuarto**

Por carta del 21 de marzo, se había comunicado a la Procuradora de los reclamantes la iniciación del expediente, informándole de los extremos exigidos por el art. 42-4º de la Ley 30/1992.

### **Quinto**

Mediante escrito de 20 de junio de 2014, 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**

El siguiente 7 de julio se dirige la Instructora al Departamento de Documentación Clínica, interesando determinada documentación solicitada por la Aseguradora del SERIS, con el fin de emitir informe pericial sobre la reclamación, documentación que se incorpora al expediente.

## Séptimo

Obra, seguidamente en el expediente un informe médico pericial de PROMEDE, emitido a solicitud de la Aseguradora del SERIS, W.R.B, del que transcribimos su resumen final:

- 1. (El paciente) era un anciano frágil de 81 años, pluripatológico, inmunodeprimido por el uso de esteroides, que ingresó por cuadros sincopales de repetición, con 2 holter de frecuencia cardiaca, en los que existían pausas, que podían ser el origen del mismo, por lo que se decidió la implantación de un marcapasos.*
- 2. Durante el ingreso hospitalario, se constató la frágil situación del paciente, con varios episodios, no sólo de sincopes, sino también de dolor precordial, epigástrico y abdominal, cuyo origen no se consiguió esclarecer de forma definitiva, pero que parecían en relación con la insuficiencia cardiaca que padecía y las cifras bajas de TA.*
- 3. Se utilizaron las medidas profilácticas correctas en la implantación del marcapasos, con el uso de antibiótico profiláctico, asepsia y curas continuas, tanto durante el ingreso hospitalario, como en su domicilio.*
- 4. Estas medidas no impidieron la aparición de una sepsis por Estafilococo aureus meticilin sensible, de posible origen cutáneo y entrada por la herida quirúrgica, aunque este dato no es seguro, dado el aislamiento del mismo germen en la orina con 100.000 ufc. La infección de la herida quirúrgica es una de las posibles complicaciones en relación con la intervención, a pesar de todas las medidas de control perfectamente utilizadas.*
- 5. Desarrolló una sepsis por estafilococo. No hay evidencia, con los datos disponibles, de que tuviera una endocarditis del cable del marcapasos. Fue rápidamente diagnosticada y tratada.*
- 6. El desarrollo de un hematoma en la herida es otra de las complicaciones previsibles, que, en este caso, se ven agravadas por la situación previa del paciente, dado que utiliza anticoagulación por prótesis valvular, que NO se puede suspender, y antiagregación con adiro por prótesis aórtica. De hecho antes de la implantación, el paciente tenía múltiples hematomas y heridas que requerían curas.*
- 7. Lo que la Enfermera realizó como drenaje del hematoma se debe referir a la compresión del borde de la herida para observar la aparición de drenaje, que pudiera ser purulento y cultivable. La cura periódica que recibe se puede seguir de forma correcta en las notas de enfermería y médicas desde la implantación del mismo el día 2 en el hospital, en la hospitalización domiciliaria y en el reingreso.*
- 8. La evolución de una sepsis por estafilococo es habitual en este tipo de pacientes en los que la capacidad del respuesta del organismo está muy mermada por la pluripatología y la edad”.*

Termina el informe estableciendo la siguiente conclusión médico-pericial: “La atención recibida por (el paciente), de 81 años, pluripatológico, fue correcta en todo momento y ajustada a *lex artis*. Sufrió dos de las complicaciones que se pueden presentar tras una intervención quirúrgica, a pesar de todas las medidas de profilaxis y cuidados utilizados, dada su patología de base”.

## Octavo

El 2 de octubre, se remite el Informe de la Inspección médica, de cuya discusión científico-técnica, transcribimos los extremos más importantes, en los que rebate las alegaciones de los reclamantes y el dictamen pericial en que se fundan.

Parte, en primer lugar, de la numerosa patología previa del paciente, de la que destaca la siguiente:

- Hipertensión arterial en tratamiento farmacológico.
- Hipercolesterolemia en tratamiento con estatinas.
- Intervenido en 2002 de aneurisma de aorta ascendente colocándosele un tubo valvulado y prótesis mecánica, realizando *bypass*.
- Fibrilación auricular crónica en tratamiento.
- Diagnosticado en 2009 de infarto agudo de miocardio sin honda Q lateral y accidente vascular isquémico (ACV).
- Descompensación cardíaca repetitiva y derrame pleural derecho que exige varios ingresos hospitalarios para lograr compensarlos.
- En marzo de 2011, ingresa en el Servicio de Medicina Interna, objetivándose en el *holter* pausas superiores a tres segundos, que obligan a retirar el metabloqueante.
- En el 2008 se estudia, en el Servicio de Aparato Digestivo, la presencia de una masa abdominal a nivel retroperitoneal, que exigió la realización de una punción mediante radiología intervencionista.
- Ingreso, en 2009, por colecistitis aguda.
- En el 2010, ingresa por nuevo episodio de colelitiasis, realizándole, en diciembre, una colecistectomía y siendo preciso la realización de una toracocentesis evacuadora por derrame pleural importante.
- En el mismo año, fue estudiado por el Servicio de Cirugía Torácica, por posible estenosis traqueal, realizando broncoscopia.
- En noviembre de 2012, nuevo ingreso por coledocolitiasis, que requirió CPRE y colocación de protésis biliar.
- En el 2003, había sido intervenido de cadera derecha, con colocación de prótesis.
- Antecedentes de trombosis venosa retiniana en el ojo derecho.
- Varios episodios de infecciones recurrentes del tracto urinario.

Por lo que se refiere a la alegada evolución negativa del paciente, falta de tratamiento preventivo con antibióticos específicos y la situación de hospitalización domiciliaria, afirma el Informe de la Inspección médica que:

*“es un paciente con una calidad de vida muy limitada por el conjunto de patologías que padece... Es dependiente para casi todas las actividades de la vida diaria, camina con andador, presenta disfagia para líquidos y deterioro cognitivo vascular leve... En estas condiciones que el paciente tenga una evolución tórpida no es de extrañar. Por otra parte, el paciente presenta hematomas en ambos brazos y torso durante su ingreso en (el Servicio de) Medicina Interna, que son constatables en sus notas evolutivas...es decir, el paciente, con anterioridad a la implantación del marcapasos, y, sin duda, al estar anticoagulado con Sintrom y afectado por su pluripatología, presenta signos evidentes de hematomas en distintas partes del cuerpo...por tanto, que persistieran las equimosis en el paciente en días posteriores, en sí mismo, no parece razón suficiente para tomar otras medidas... como la profilaxis con antibióticos o derivar al paciente para ingreso en el seno de hospital.*

En relación con los resultados de las analíticas realizadas al paciente, indica que:

*“... por lo que respecta a la serie blanca, en todos los análisis, excepto el último de 18/10/2013, se observa que los leucocitos están dentro de los límites admitidos como normales...”. El 4 de octubre de 2013, cuando es dado de alta en el Servicio Medicina Interna y pasa al de Hospitalización Domiciliaria, “presenta datos evidentes de una anemia con hematocrito y hemoglobinas por debajo de los valores normales y con VCM (Volumen Corpuscular Medio) dentro de parámetros normales, que orientan a un tipo de anemia por trastornos crónicos que, dada la situación del paciente, es razonable. En la evolución posterior en su domicilio...no se observa un descenso acusado de estos parámetros, por lo que se puede asegurar que no hay un empeoramiento cuantitativo significativo de la anemia que ya portaba el paciente al menos desde el 27/09/2013”.*

Se refiere seguidamente el informe a la Proteína C Reactiva, a la que se hace mención en el escrito de reclamación como fundamento importante para enjuiciar los hechos clínicos, afirmando que:

*“El valor de este parámetro siempre está elevado, partiendo de una cifra de 18, pasando por los 21, del 10/10/2013, y los 71, del 15/10/2013, es evidente que, después del 17 de octubre, se dispara por encima de los 130, aunque coincide ya con la decisión de su ingreso por urgencias hospitalarias, por la sospecha de infección. Es discutible el valor de la Proteína C Reactiva como valor único para sospechar infección en ausencia de otros parámetros y, sobre todo, de datos clínicos, como la no existencia de fiebre y otros datos hemodinámicos ... la Proteína C, no sólo se eleva en situaciones de infección aguda, sino también de inflamación inespecífica como es el caso del traumatismo, inflamaciones crónicas, intervenciones quirúrgicas, etc...Por otro lado, su valor, aún siendo elevado, hasta la fecha del 17/10/2013 no lo parece excesivamente para que, en ausencia de otros datos clínicos, como es fundamentalmente fiebre, pueda inferirse una actuación de impericia. En la Revista de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, J.M.F. y colaboradores, concluyen que, independientemente de otros factores, un PCR mayor o igual a 110 debe sugerirnos un proceso infeccioso subyacente.*

El escrito de reclamación califica también de mala praxis la cura realizada por la Enfermera Sra. C.O. el día 15 de octubre, **“haciendo drenado de hematoma”**. A este respecto, el Médico Inspector considera que:

*“En primer lugar, estaba acompañada de la Dra. V. y, por lo tanto, bajo su supervisión; y explica con detalle el mecanismo de la cura quirúrgica. Observa que el apósito estaba manchado exteriormente de exudado serohemático, retirándolo y procediendo a la limpieza de la herida, que drena espontáneamente exudado, sin la realización de ninguna maniobra de presión ni utilización alguna de instrumental quirúrgico de escisión, tipo estilete, bisturí y, por supuesto, no se usa sonda alguna...; en ningún caso se produjo un drenado por comprensión de la herida,...que fue un error interpretativo producido días más tarde por un Facultativo que no estuvo ni en el momento ni en el lugar en que se produce la manipulación objeto de nuestro interés”.*

Frente al criterio expuesto en la reclamación, basado en el informe del Dr. G, de que, hasta diez días después de la aparición de los primeros síntomas de infección no se decide el traslado del paciente al Servicio de Urgencias para su ingreso hospitalario, considera el Médico Inspector que:

*“La actuación del Servicio de Hospitalización Domiciliaria y, en concreto, de la Dra. V. me parece correcta. Conocía perfectamente los antecedentes clínicos del paciente, ni el hematoma ni la agitación eran circunstancias acontecidas en el domicilio sino que ya estaban presentes cuando el paciente estaba ingresado en el Hospital San Pedro y, por lo tanto, mantener una actitud de observación y control próximo en un entorno más amable para el paciente me parece una decisión razonable y para nada ajena a los protocolos médicos. Se le vigila con periodicidad adecuada, por personal especializado y experto, controlando su evolución y realizando las exploraciones pertinentes. En ningún momento, aparece que el paciente tenga fiebre hasta el 17 de octubre, en que se decide su ingreso por (el Servicio de) Urgencias. Es más, un día antes, el 16 de octubre, en la valoración del paciente, la Dra. V. nos recuerda que seguía sin fiebre y con exploración física sin datos relevantes...Es el 17 de octubre, por la tarde, cuando avisan que el paciente tiene fiebre de 39° C, con tiritona y desorientación...Acuden, de inmediato, a su domicilio, extraen hemocultivos, observan que la herida del marcapasos está limpia; pero, dada la presencia de fiebre y la situación general del paciente, se decide su traslado (al Servicio de) Urgencias para ingresarlo. Todo lo anterior prueba que la actuación de los profesionales que intervienen en (el Servicio de) Hospitalización Domiciliaria es correcta y adecuada”.*

Se insiste repetidamente en la reclamación en que, dada la situación clínica del paciente, lo más adecuado hubiera sido el establecimiento de un tratamiento precoz y preventivo de antibióticos, basándose, sobre todo, en la persistencia de los hematomas, sin precisar desde qué momento se cree oportuna dicha antibioterapia, si antes de la colocación del marcapasos, si cuando estaba ingresado en el Servicio de Medicina Interna o bien en su domicilio cuando estaba a cargo del Servicio de Hospitalización Domiciliaria. El Médico Inspector coincide con la argumentación de la Dra. V. en el sentido de que:

*“El paciente, ya con anterioridad, tenía hematomas...y, en concreto, el de la herida quirúrgica lo presenta ya desde el principio; y, los primeros días, se le aplica vendaje compresivo para su reducción; y, sin embargo, no se le prescribe por el Cardiólogo antibioterapia preventiva;...el propio Cardiólogo que le implanta el marcapasos conoce la existencia del hematoma (no debe olvidarse que el paciente por ser portador de prótesis mecánica está anticoagulado), conoce la elevación de la Proteína C y la desorientación nocturna que presenta el paciente y no considera necesario pautar antibióticos, ni que tuviera que permanecer ingresado en hospitalización convencional para su vigilancia clínica. Es verdad que algunos artículos científicos consideran la presencia de hematoma como un riesgo para la infección, pero también lo es que otros no lo consideran...un artículo que menciona la Dra. V. en el que se dice que, revisados 3.164 marcapasos implantados a lo largo de 12 años y su relación con los hematomas postquirúrgicos, se concluye que la tasa de infección en los tres meses posteriores a la implantación no se ve influenciada por la presencia del hematoma. Es decir, no hay evidencia para recomendar antibioterapia profiláctica en los pacientes que presentan hematoma.”*

Respecto a la oportunidad o no de que el paciente estuviera en su domicilio tratado por el Servicio de Hospitalización Domiciliaria, señala el Informe de la Inspección médica que:

*“Existen numerosos estudios y artículos en prensa especializada que evalúan distintos aspectos de su eficacia, eficiencia y seguridad; y, en general puede concluirse que estas Unidades disminuyen la mortalidad y los riesgos que la provocan y aumentan la satisfacción de la atención, tanto en los propios pacientes como en los cuidadores familiares. Por tanto, en ningún caso cabe interpretar que la hospitalización domiciliaria es de inferior rango”.*

En definitiva y, a modo de conclusiones finales, el Inspector médico actuante afirma que: *“juzgar el modo de atención al paciente como una actuación de mala praxis, de impericia, negligencia e imprudencia está, a mi modo de ver, muy lejos de la realidad”*; y muestra su total desacuerdo con que *“el daño o perjuicio cometido al paciente esté en relación, tanto directa como indirecta, con una actuación negligente y/o imprudente”*, pues:

*“Nadie puede garantizar que un tratamiento preventivo con antibióticos y/o que hubiera permanecido ingresado en el seno del propio Hospital o hubiera ingresado desde su domicilio en fechas anteriores, hubiera sido más efectivo y haber evitado el lamentable fallecimiento del paciente y el dolor de sus familiares. Precisamente, una de las indicaciones de la hospitalización domiciliaria es tratar de evitar infecciones hospitalarias que con frecuencia acontecen a este tipo de paciente cuando permanecen ingresados en el propio Centro”.*

## **Noveno**

Mediante escrito de 9 de octubre de 2014, la Instructora se dirige a la Procuradora de los reclamantes dándole trámite de audiencia. La Procuradora comparece en la Secretaría General Técnica el siguiente día 14, facilitándosele copia de los documentos obrantes en el procedimiento.

Por la representante de los interesados se presenta escrito de alegaciones de fecha 23 de octubre.

### **Décimo**

Obra, a continuación, en el expediente documentación acreditativa de la interposición por los reclamantes de recurso contencioso administrativo contra la desestimación, por silencio administrativo, de su reclamación de responsabilidad patrimonial.

### **Décimo primero**

Con fecha 25 de febrero de 2015, la Instructora del expediente emite la Propuesta de resolución, en el sentido de que se desestime la reclamación, por no ser imputable el perjuicio alegado, al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios.

### **Décimo segundo**

El Secretario General Técnico, el día 5 de marzo, 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 16 de marzo de 2015.

## **Antecedentes de la consulta**

### **Primero**

Por escrito firmado el día 19 de marzo de 2015, enviado y registrado de salida con fecha 20 de marzo de 2015, todo ello electrónicamente; y registrado de entrada en este Consejo el 20 de marzo de 2015, 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 23 de marzo de 2015, 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 superior a 50.000 euros. Al reclamarse por los interesados un total de 95.575,96 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, a la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien, como ya dijimos, entre otros, en nuestro dictamen D.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 D.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**

Como hemos mantenido en buen número de dictámenes anteriores (D.55/05, D.64/05, D.65/05, D.86/05; D.46/06, D.57/06; D.4/07, D.25/07, D.31/07, D.34/07, D.107/07, D.115/07, D.117/07; D.18/08, D.58/08, D.70/08, D.102/08, D.105/08, D.116/08; D.10/09, D.17/09, D.63/09, D.88/09; D.22/10, D.79/10; D.4/11, D.8/11, D.24/11, D.32/11, D.53/11, D.57/11, D.65/11; D.4/12, D.13/12, D.17/12, D.36/12, D.41/12, D.59/12; D.44/13; y D.11/14), la idiosincrasia o situación previa del paciente, especialmente su patología anterior, es siempre una concausa a estimar, que puede incluso ser la única relevante y exonerar de responsabilidad a la Administración sanitaria.

Y es que la idiosincrasia previa del paciente es un criterio negativo de imputación de responsabilidad a la Administración que, sin estar expresamente recogido en el ordenamiento jurídico, puede inferirse del sistema de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas, como ha sancionado la jurisprudencia y el Consejo de Estado, así como en varios de nuestros anteriores dictámenes (cfr. por ejemplo, D.41/12 y D.11/14).

Es más, éste que venimos denominando criterio de la idiosincrasia del paciente, aun en los supuestos en que se admita responsabilidad de la Administración, es también relevante a la hora de fijar el importe de la indemnización a percibir, pues ésta ha de tener en cuenta el estado del paciente anterior a los hechos que motivan su reclamación. Así lo hemos señalado en nuestros dictámenes D.65/11, D.4/12, D.13/12, D.36/12 y D.24/13.

En el caso ahora sometido a dictamen, la grave multipatología previa del paciente y su avanzada edad nos permite afirmar que puede considerarse como ejemplo típico de concurrencia de ese criterio negativo de imputación de responsabilidad, con eficacia de exonerar o, cuando menos, de minorar la responsabilidad de la Administración sanitaria.

Pero, con independencia de ello, el detallado estudio de cuantos informes y notas médicas o de enfermería obran en la historia clínica del paciente y en el procedimiento de responsabilidad patrimonial instruido, nos hace concluir que no ha existido infracción alguna a la *lex artis* que, por constituir criterio positivo de imputación de responsabilidad, nos permita declarar la de la Administración sanitaria por el fallecimiento del paciente.

El escrito planteando la reclamación considera concurrió, en la atención dispensada por los Servicios públicos sanitarios, impericia, negligencia e imprudencia que implicaron una pérdida de oportunidad. Tales afirmaciones que, cuando menos, nos parecen exageradas, están extraídas del informe pericial del Dr. G. acompañado a dicho escrito y que no compartimos en absoluto.

En nuestra opinión, este informe califica la acción asistencial partiendo del resultado y entiende que, si se ha producido el daño, el fallecimiento del paciente a consecuencia de una infección, ha tenido que concurrir necesariamente una mala praxis. Su labor se reduce en buscar, *a posteriori*, cuál de las actuaciones médicas o de enfermería, no ajustada estrictamente a *lex artis*, tiene eficacia causal del resultado luctuoso.

Y, en criterio del perito informante, son tres: i) no haber considerado síntoma suficiente de la existencia de infección los resultados de la analítica realizada el 10 de octubre y la persistencia del hematoma en la zona de implantación del marcapasos; ii) mantener al paciente en hospitalización domiciliaria, lo que no permitía hacerle la supervisión adecuada; y iii) la cura, realizada el 15 de octubre, drenando, manualmente y con presión, el hematoma, lo que supone aumentar el riesgo de infección.

Frente a esta pericia, encontramos más convincentes los informes de la Inspección médica y de la Aseguradora del SERIS e, incluso, el emitido por la Médico que atendió al paciente durante su hospitalización domiciliaria, informe este último que la Dra. V. apoya en bibliografía específica que adjunta al mismo y que contradice las conclusiones del Dr. G.

En el Octavo de los Antecedentes del Asunto, hemos transcrito apartados concretos del Informe de la Inspección médica, algunos fundados precisamente en el previo de la Dra. V, rebatiendo la pericia aportada por los reclamantes. Insistiremos, únicamente, en aquellos aspectos que, a nuestro entender, mejor desvirtúan las pretendidas infracciones de la *lex artis*:

A) Así, el que los resultados de la analítica, realizada el 10 de octubre, presentaran signos inequívocos de patología infecciosa, como afirma el Dr. G, es contradicho por estudios científicos que expresamente cita la Dra. V, según los cuales un PCR igual o mayor 110 mg/L debe sugerirnos un proceso infeccioso subyacente.

En el caso dictaminado, antes del 17 de octubre, el PCR no había pasado de 71 mg/L, por lo que, en ausencia en otra sintomatología sugestiva de infección, como puede ser fundamentalmente la fiebre, no hay por qué suponer o sospechar exista proceso infeccioso. Es en la fecha últimamente citada cuando el PCR se dispara a 130 mg/L, coincidiendo con la aparición de fiebre e, inmediatamente, se decide el ingreso hospitalario a través de l Servicio de Urgencias, donde se realizan analíticas, cultivo herida y hemocultivos, se administra ceftriaxona y daptomicina y se ingresa al paciente en el Servicio de Enfermedades Infecciosas, con diagnóstico de “*fiebre por probable infección de la bolsa del marcapasos*”.

La rapidez en la atención y de respuesta al Servicio del Hospitalización a Domicilio creemos es digna de elogio, no de reproche.

**B)** Aún menos significativo, a efectos de sospechar la existencia de infección, resulta la persistencia del hematoma en la zona de implantación del marcapasos, hematoma conocido por el Cirujano que implantó el marcapasos y no sugestivo de complicación alguna, máxime al tratarse de un paciente anticoagulado con Sintrom y que presentaba, con anterioridad a la intervención, signos evidentes de hematomas en distintas partes del cuerpo. La Dra. V. cita un artículo científico que, con una revisión de 3.164 marcapasos implantados durante 12 años, *“no hay evidencia para recomendar ambioterapia profiláctica en los pacientes que presentan hematoma de bolsillo”*.

**C)** Tampoco podemos admitir que constituya mala praxis mantener al paciente en hospitalización domiciliaria, afirmando que es evidente que, en este régimen, el seguimiento y el control de las complicaciones de una intervención como la que se le había practicado no puede siquiera acercarse a la supervisión de un Centro hospitalario.

Las Unidades de Hospitalización a Domicilio existen en España desde 1981 y, en estos momentos, hay más de cien en el Sistema Nacional de Salud, como recuerda la Dra. V, quien añade que numerosos estudios evalúan su eficacia y seguridad, como el metaanálisis publicado por Caplan en 2012 en *Medical Journal of Australian* en el que se revisan 61 ensayos aleatorios y concluye que, de forma significativa, la hospitalización a domicilio disminuye la mortalidad, disminuye los riesgos y aumenta la satisfacción del paciente y cuidadores respecto a la hospitalización convencional.

En el presente caso, durante el tiempo en que el paciente estuvo atendido en su domicilio, un total de 13 días, recibió 14 visitas de enfermería, 6 visitas médicas, se le realizaron dos extracciones venosas para su analítica, una gasometría arterial, dos hemocultivos y se realizó un ECG. Diariamente, se le tomaban las constantes vitales y se realizaba cura de la herida del marcapasos. En cada visita médica, se le exploraba y se explicaba a la familia su estado.

Y, cuando, en la tarde del día 17 de octubre, presentó fiebre, se actuó de urgencia acudiendo a su domicilio con rapidez, valorando la gravedad y realizando traslado al hospital para ingreso.

**D)** No nos parece errada la opinión de la Médico del Servicio de Hospitalización Domiciliaria de que fue, al aparecer la fiebre, cuando el paciente presentó por primera vez signos y síntomas de infección. Los artículos científicos revisados relacionados con la endocarditis sobre marcapasos (infección) coinciden en que esta patología se debe

sospechar en pacientes portadores de marcapasos que tienen fiebre. Es un síntoma que presenta el 84% de los pacientes diagnosticados de esta patología.

El propio Dr. G. da esta importancia prevalente al síntoma de la fiebre cuando, en su informe, dice que *“la endocarditis debe sospecharse en los portadores de marcapasos que presenten fiebre de origen desconocido, bronquitis o neumonía recurrente y/o síntomas locales en el lugar de implantación”*.

E) Queda por comentar, finalmente, si la cura del 15 de octubre, *“drenando manualmente y con presión el hematoma”*, pudo aumentar el riesgo de infección. De un lado, no queda claro que el drenado fuera con presión, pues la nota de enfermería de ese día se limita a decir que *“se realiza cura de herida de marcapasos, haciendo drenado de hematoma”*. Es en la nota de evolución médica de tres días después, realizada por el Dr. L.C, que no estuvo presente en la cura del día 15, en la que se hace constar que *“el martes pasado se drena por **compresión** un hematoma de la bolsa...”*. Lo que nos lleva a creer la versión de la Enfermera que realizó la cura y de la Médico presente a la sazón, según la cual *“...observa que el apósito estaba manchado exteriormente de exudado serohemático, retirándolo y procediendo a la limpieza de la herida, que drena espontáneamente exudado, sin la realización de ninguna maniobra de presión ni utilización alguna de material quirúrgico de escisión, tipo estilete, bisturí y, por supuesto, no se usa sonda alguna...”*.

De otro lado, la Dra. V. cita un estudio científico cuyos autores, en relación con una serie de 169 pacientes a los que se les implantó un sistema de marcapasos permanente, observaron cómo el drenaje de la herida quirúrgica no incrementó el riesgo de infección del marcapasos.

Independientemente de las consideraciones que anteceden, ha de tenerse en cuenta, como destaca el informe aportado por la Aseguradora del SERIS, el carácter previsible de las dos complicaciones surgidas tras la implantación del marcapasos, el desarrollo del hematoma en la herida y la aparición de una sepsis por *estafilococo aureus*. Y, muy en especial, como indicábamos al principio de este Fundamento de Derecho, la pluripatología previa del paciente suficiente, por sí sola, para excluir la responsabilidad de la Administración.

## CONCLUSIONES

### Única

Procede desestimar la reclamación planteada por no concurrir infracción de la *lex artis ad hoc* que pueda considerarse criterio positivo de imputación de responsabilidad patrimonial a la Administración reclamada.

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