

En Logroño, a 19 de mayo de 2016, 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. José María Cid Monreal, D. Enrique de la Iglesia Palacios, D. José Luis Jiménez Losantos y D. Pedro Prusén de Blas, así como del Letrado-Secretario General D. Ignacio Granado Hijelmo, siendo ponente D. Joaquín Espert Pérez-Caballero se emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

13/16

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^a.P. y D. A.H.M, por daños y perjuicios que entienden causados por el fallecimiento de su madre, D^a M.M.O, por hemorragia abdominal, tras una intervención de colecistectomía laparoscópica y que valoran en 67.451,92 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

Mediante escrito sellado en el Servicio de Correos el 10 de abril de 2015 y registrado de entrada en la Oficina Auxiliar de Registro de la Consejería de Salud y Servicios Sociales el siguiente día 23, se presenta la reclamación de responsabilidad patrimonial antes expresada, en la que los reclamantes atribuyen el fallecimiento de su madre a la defectuosa asistencia médica prestada a la misma en el Hospital *San Pedro* de Logroño.

Hacen una extensa relación de hechos que, muy resumidamente, extractamos a continuación:

1º.- La (paciente) ingresa, el 7 de julio de 2014, a las 17.37 horas, para serle realizada, al día siguiente, una coleditiasis (extirpación de la vesícula biliar) mediante laparoscopia, certificándose el *éxito* el 11 de julio, a las 19.30 horas, con el diagnóstico: "*Colelitiasis. Colecistestomía LP. Hemorragia postoperatoria. Exitus*".

2º.- La paciente venía sufriendo de cólicos vómitos y dolores en la zona abdomen-estómago, motivo por el que se le ingresó, del 26 de febrero al 3 de marzo de 2014, diagnosticándosele al alta: *“Colangitis aguda; Coledocolitiasis. Esfínterotomía endoscópica y extracción de cálculos y Colelitiasis”*.

3º.- Practicada la intervención sin que se registrase anomalía ni incidencia alguna, vuelve a planta, el 8 de julio, a las 13:03 horas. En la madrugada del 9 de julio, a las 03:16 horas, refiere dolor, precisando toda la analgesia, emite dos vómitos biliares y apenas duerme durante la noche. A las 11:10 horas, pasa revista médica en la que el Facultativo hace constar: *“dolor intenso abdominal, más el hemiabdomen derecho. Vómitos. Addomen con dolor y defensa voluntaria en hemiabdomen derecho. Solicito HM urgente: Htco 30%, preoperatorio de 43%. Sigue con vómitos. Pauto ½ am. de Droperidol. Solicito ecografía abdominal urgente”*.

4º.- La ecografía se practica a las 14:30 horas, cuyo resultado, conocido a las 14:50 horas, es el siguiente: *“Líquido libre periesplénico, subhepático en hemiabdomen inferior. Colección hipoecogénica por coágulos/hematoma, de unos 68 x 21 mm, desde lecho vesicular hacia zona periférica hepática. Derrame pleural base pulmonar izda.”*

5º.- A las 14.56 horas, los Cirujanos de guardia explican a la familia que han de proceder a una *“revisión quirúrgica en el quirófano”* o laparotomía exploradora, por alta probabilidad de coleperitoneo/hemoperitoneo, haciendo entrega del consentimiento informado. Antes de conducir a la paciente al quirófano se le trasfunde un concentrado de hematíes. En la laparotomía, se comprueba que hay una hemorragia activa, localizada en lecho vesicular, en la proximidad de la vía biliar, y sangrado activo de un vaso arterial, que pudiera corresponder a la arteria cística.

6º.- A las 20:49 horas, regresa a planta de la URPA (Unidad de Recuperación Postanestésica), pero, a las 21:00 horas, se decide traslado a la UMI por diuresis corta.

7º.- La paciente pasa hipotensa todo el día 10 de julio y se le administran, ese día y el siguiente, diversos medicamentos analgésicos y para el tratamiento de la hipotensión mantenida; pero la evolución no es favorable, registrándose, a las 17:08 horas, un importante deterioro del estado general, asociado a dolor abdominal y disminución del nivel de conciencia. Advertida la familia de la mala evolución clínica y de la gravedad, decide que no se le haga una segunda revisión quirúrgica, por lo que se aumentan las medidas de confort, en tanto que la paciente muestra ya livideces, frialdad distal y disminución progresiva del nivel de conciencia. A las 19:30 horas, se certifica la muerte.

Tras la exposición pormenorizada de hechos que hemos resumido, pasan los reclamantes a analizar los documentos de consentimiento informado que obran en el expediente y llegan a la conclusión de que *“no parece haberse consentido la colecistectomía LP”*; y apuntan, a un posible fallo médico quirúrgico, como causa de las hemorragias; y, a un posible retraso en el tratamiento aplicado para salvar la complicación surgida.

Acompañan los reclamantes documentación justificativa de su condición de hijos y herederos únicos de la finada, así como distinta documentación médica; solicitan una indemnización de 67.451,92 euros e interesan la práctica de prueba documental, consistente en que se aporte el *Protocolo de la intervención de colecistectomía*

laparoscópica y se informe de la Compañía Aseguradora que cubre la responsabilidad civil del personal del Servicio Riojano de Salud (SERIS).

Segundo

Mediante Resolución de 28 de abril de 2015, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del día 23 anterior, y se nombra Instructora del procedimiento.

Tercero

Por carta del día 30 de abril, se comunica, a la primera reclamante, la iniciación del expediente, informándole de los extremos exigidos por el artículo 42-4º de la Ley 30/1992.

La iniciación del expediente se había comunicado también a la Compañía Aseguradora, que acusa recibo el día 6 de mayo.

Y, mediante comunicación del día 12 de mayo, 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 en el Servicio de Cirugía, a la paciente, copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada exclusivamente; y, en particular, informe de los Facultativos intervinientes, acerca de la asistencia prestada.

Cuarto

El 14 de junio, la Dirección del Área de Salud remite, al Servicio de Asesoramiento y Normativa, la historia clínica, así como los informes aportados por los Dres. D. J.C.C, D. A.A.M, D. M.A.C.H, D^a A.R.P, D. F.G.P, D. A.C.M, D. I.A.G.R. y D^a M.M.P.

Quinto

Con fecha 22 de julio de 2015, 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.

El informe de la Inspección médica, de fecha 13 de noviembre de 2015, establece, en base a los hechos y a la bibliografía consultada, las siguientes conclusiones:

1ª.- (La paciente) fue intervenida mediante la realización de una colecistectomía laparoscópica, intervención de elección para colelitiasis sintomática que presentaba, y en la que no constan incidencias. Consta firmado por la paciente el correspondiente consentimiento informado de dicha intervención.

2ª.- En el postoperatorio, presentó síntomas de dolor abdominal y vómitos, atribuibles al propio acto quirúrgico y que, inicialmente, se controlaron con tratamiento médico pero que evolucionaron hacia un empeoramiento, siendo valoradas por el Servicio de Cirugía. Se solicitaron las pruebas complementadas pertinentes, detectando la existencia de hemoperitoneo, que fue tratado de manera correcta mediante una nueva intervención de urgencia, en la que se resolvió el origen del sangrado.

3ª.- No se puede considerar un retraso, tal y como se indica en la reclamación, el margen de tiempo transcurrido desde el diagnóstico de hemoperitoneo, con indicación quirúrgica de urgencia, hasta la misma; ya que fue apenas de 2 horas y, en todo momento, la situación de la paciente fue de estabilidad hemodinámica

4ª.- No habiendo quedado documentados errores técnicos durante la intervención y teniendo en cuenta que el sangrado abdominal es una posible complicación de la colecistectomía laparoscópica, descrita en la literatura médica; y que, además, queda recogida en el consentimiento informado de la intervención firmado por la paciente, no puede atribuirse el mismo a una mala praxis.

5ª.- La evolución posterior fue desfavorable, presentando sucesivas complicaciones, que fueron convenientemente tratadas, sin conseguir evitar el fatal desenlace, al fallecer la paciente por un posible cuadro de isquemia intestinal, entidad clínica con alto índice de mortalidad, según la literatura (60-70%), y cuyo origen puede atribuirse a la cirugía abdominal que precisó.

6ª.- Que en relación a ciertas referencias que se hacen en la reclamación, (es de) señalar que: i) si bien a la paciente se le administró “Dronedarona”, medicación indicada para el cuadro de vómitos postoperatorios que presentó, pero con contraindicación para la enfermedad de Parkinson que padecía, no ha quedado acreditada relación alguna con la evolución clínica posterior; y ii) en relación a la falta de consentimiento para la realización de la colecistectomía laparoscópica, (es de) señalar que sí consta en el expediente el consentimiento informado para dicha intervención, de fecha 04/06/2014, firmado por la propia paciente. Además, también figura, firmado por el hijo de ésta, el consentimiento informado para la laparotomía exploradora de urgencia, que, igualmente, se indica en la reclamación que no se firmó.

Por lo expuesto, y pese a que la evolución de la paciente no haya sido la esperada y haya fallecido como consecuencia de una serie de complicaciones surgidas tras una intervención de colecistectomía, no se puede considerar que la asistencia sanitaria prestada en el Servicio público de Salud no haya sido adecuada y ajustada a la lex artis.”

Sexto

Obraba previamente en el expediente informe médico pericial de la entidad profesional P, de fecha 25 de septiembre, emitido a solicitud de la Aseguradora, del que transcribimos las siguientes **conclusiones médico periciales**:

“PRIMERA.- En la documentación aportada, no existe dato alguno para pensar que se actuara con negligencia y con tardanza. El sangrado postoperatorio es una complicación, cierta y presente, descrita tras una colecistectomía. La actuación negligente habría sido no advertirla. La complicación fue diagnosticada y fue tratada. De la secuencia cronológica de los hechos, tampoco puede desprenderse que se actuara de forma lenta. Desde los primeros síntomas de hipotensión, hasta la finalización de la cirugía, transcurrieron cuatro horas; tiempo que refleja actuación adecuada en tiempos. El desenlace fatal tiene que ver con la presentación silente del shock hipovolémico en una paciente anciana que se hace evidente casi cuando es ya irreversible, no importa las actuaciones médicas que se lleven a cabo

SEGUNDA.- La administración del Dropericol no ha sido causa de encubrimiento de la presentación clínica del shock hipovolémico. La presentación clínica silente observada obedece a la natural evolución del shock hipovolémico, más letal cuanto menor sea la reserva funcional de la enferma. Imputar que la asociación del Dropericol a una enferma de Parkinson en fase I, que puede bajar todos los días cuatro pisos con absoluta normalidad, haya encubierto y dificultado el diagnóstico de shock hipovolémico es una afirmación muy aventurada y carente, desde nuestro punto de vista, de legitimidad.

TERCERA.- Aun existiendo CI sin firmar, la historia clínica consultada documente en el informe preanestésico que la paciente atiende y acepte el CI. La propia jurisprudencia citada por el reclamante avala, por tanto, el conocimiento de las complicaciones, porque el sangrado está recogido en el CI.

CONCLUSIÓN FINAL.- Tras el estudio de la documentación aportada puede concluirse que la atención dispensada a la paciente fue acorde a la lex artis.”

Séptimo

Mediante escrito de 16 de noviembre, la Instructora se dirige a la reclamante, dándole trámite de audiencia, por término de quince días, sin que se haga uso del trámite.

Hay constancia en el expediente de la interposición por parte de los interesados, el 1 de febrero de 2016, de recurso contencioso-administrativo contra la denegación, por silencio administrativo, de la reclamación planteada.

Octavo

Con fecha 14 de marzo de 2016, la Instructora del expediente emite la Propuesta de resolución en el sentido de que se desestime la reclamación por no ser imputable el daño alegado al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios.

Noveno

El Secretario General Técnico, el día 16 de marzo, remite al Director General de los Servicios Jurídicos, para su preceptivo informe, el expediente íntegro. El informe es emitido, en sentido favorable a la Propuesta de resolución, el siguiente día 1 de abril.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha el 18 de abril de 2016, y registrado de entrada en este Consejo el 19 de abril de 2016, la Excm. Sra. Consejera de Salud 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 19 de abril de 2016, 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 superiores a 50.000 euros.

Al reclamarse por los interesados la cantidad de 67.451,92 €, no cabe dudar del carácter preceptivo de nuestro dictamen.

En cuanto al contenido del mismo, 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 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 el consentimiento informado

Comencemos por analizar el primero de los expresados parámetros, el del consentimiento informado (C.I.), por cuanto los reclamantes hacen especial hincapié en la existencia en el expediente de varios consentimientos informados sin firma, no existiendo constancia en la historia, por otra parte, de haberse informado verbalmente a la paciente y prestado ésta su consentimiento.

Es más, de la relación de confianza que dicen existía entre la paciente y su doctor, deducen que es posible que no se le dieran las explicaciones debidas e información de riesgos sobre la intervención. Ella sabía –añaden- que iba a ser operada y que se iba a extraer la vesícula biliar, pero sin que se le informaran de los riesgos de la intervención o si presentaba algún factor especial que recomendase la cirugía abierta en la lugar de la laparoscópica.

Concluyen, tras analizar los distintos documentos de C.I. que aparecen en la historia que les proporcionó el Servicio de Atención al Paciente, que la intervención de colecistectomía laparoscópica se hizo sin el preceptivo C.I., al no estar firmado el documento correspondiente ni aparecer anotación alguna sobre la información prestada la paciente y si ésta consintió o no.

Tampoco está firmado por sus destinatarios el documento de C.I. para la reintervención de urgencia que fue preciso practicar por el sangrado abdominal postquirúrgico, si bien existe una anotación de la Dra, en la hoja de evolución clínica, que hace constar: *“se explica a la paciente y familiares la necesidad de revisión en quirófano. Entrego hoja de consentimiento informado...”*

Sin embargo, es totalmente errónea la afirmación de la inexistencia de los documentos debidamente firmados, en el primer caso, por la propia paciente; y, en el de la cirugía de urgencia, por su hijo reclamante.

El de la colecistectomía laparoscópica obra a los folios 163 y 164 del expediente y, en él, se hace constar, como riesgo poco frecuente y grave, el sangrado o infección intraabdominal, que puede llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y, excepcionalmente, puede producirse la muerte. Iguales riesgos figuran en el C.I. para la cirugía de urgencias, suscrito por el hijo.

Pudo inducir a error a los reclamantes el que, en la historia clínica proporcionada por el Servicio de Atención al Paciente, figuraran los documentos, al ser emitidos por los respectivos Facultativos, antes de su firma. Como hace constar en su informe el Jefe del Departamento de Cirugía General, Digestivo y Plástica (folios 175 a 177), los originales firmados quedan en la historia clínica depositada en el Servicio de Archivo y Documentación Clínica, como es norma en el Hospital.

En conclusión, no puede afirmarse se haya privado al paciente de su derecho de información ni que no haya prestado su consentimiento, por lo que habremos de enjuiciar la posible responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria a la luz del otro de los parámetros referidos en el anterior fundamento de derecho, el de si existe o no un funcionamiento anormal que contravenga los postulados de la *lex artis ad hoc*.

Cuarto

Sobre la observancia de “*lex artis ad hoc*”

1. La *lex artis ad hoc* es el criterio positivo de imputación objetiva de responsabilidad a la Administración sanitaria consistente en la exigencia de que ésta actúe conforme a los conocimientos, protocolos y técnicas adecuados al caso concreto, empleando los medios más apropiados, en sustancia, tiempo y forma, para diagnosticar, tratar y sanar a un determinado paciente, según el estado actual de la ciencia al respecto y los vigentes protocolos profesionales de actuación.

En principio, es al reclamante a quien incumbe probar la infracción de la *lex artis* y que el daño ha sido consecuencia de la misma, sin perjuicio de que, en determinados supuestos, se produzca una inversión de la carga de la prueba, siendo la Administración quien debe probar que ha actuado con arreglo a dicha *lex artis*. Esta inversión está apoyada por doctrinas de amabilización de la prueba, tales como la de la *culpa virtual*, la del *daño desproporcionado*, el criterio de la *facilidad probatoria* para una de las partes o el principio *res ipsa alloquitur*.

Entendemos que no resultan aplicables tales doctrinas cuando la complicación concreta causante del daño, la hemorragia postoperatoria, está recogida en los dos consentimientos informados (C.I.) referidos en el Fundamento de Derecho precedente. La Sentencia de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de La Rioja (STSJ, CA), de 16 de octubre de 2014, analiza la doctrina del daño desproporcionado o “*resultado clamoroso*” con cita de varias Sentencias del Tribunal Supremo (STS), entre ellas, la STS de 9 de marzo de 2011, según la cual no puede invocarse la doctrina del daño desproporcionado cuando la lesión producida constituye un riesgo propio de la intervención.

En consecuencia, no se produce el desplazamiento de la carga de la prueba que conlleva la citada doctrina y es a los reclamantes a quienes incumbe probar la infracción de la *lex artis ad hoc*.

2. A juicio de este Consejo, no obra en el expediente prueba alguna de que la actuación de los distintos profesionales que intervinieron en los sucesivos tratamientos quirúrgicos y asistenciales de la paciente no se haya ajustado, en todo caso, a una correcta y diligente praxis.

Prescindiendo de la supuesta falta de información, que ya ha quedado rebatida en el anterior Fundamento de Derecho, los puntos en que se fundan los reclamantes son, en síntesis, los siguientes: i) administración inadecuada de medicamentos, en concreto el

Droperidol, contraindicado en pacientes con Parkinson; ii) posible elección incorrecta de la técnica quirúrgica; iii) actuación negligente en la cirugía, fruto de la cual fueron las complicaciones surgidas; y iv) retraso en el tratamiento de las complicaciones.

De los informes que obran en la historia clínica, de los aportados por los Facultativos intervinientes en la atención prestada, así como del preceptivo de la Inspección médica y del emitido a instancia de la Aseguradora del SERIS, entresacamos los siguientes extremos, que desvirtúan afirmaciones contenidas en el escrito planteando la reclamación:

-“Una vez indicada la cirugía, se incluyó en Lista de Espera Quirúrgica de Alta Prioridad...Se realizó una colecistectomía laparoscópica. Disección vesicular. Extracción vesicular a través del orificio umbilical. Se comprobó que no había bilis ni hemorragia en el lecho vesicular...Una vez finalizada la intervención quirúrgica, se comunicó a la familia la posibilidad de que pudiera producirse una hemorragia postoperatoria; no porque fuera previsible, sino porque es la complicación más frecuente y en algunos casos hay que reintervenir al paciente” (Dr. A.M, folio 178).

-“Evolución postoperatoria: A las 24 h, presenta dolor abdominal y descenso del Hto realizando ecografía: Líquido periesplénico, subhepático y hemiabdomen inferior. Se realiza IQ urgente: hemiperitoneo; puntos sangrantes en el lecho vesicular y en zona de arteria cística, realizando hemostasia. Pasa a UMI. A las 48 h. de la estancia en UMI, presenta dolor abdominal intenso y difuso, con defensa generalizada y acidosis metabólica severa; se realiza TAC: derrame pleural bilateral, leve distensión de asas de delgado. No colecciones intraabdominales. Con el diagnóstico de posible isquemia intestinal, se decide, de acuerdo con la familia, no realizar ningún gesto quirúrgico, falleciendo a las 19 h. 30 minutos”. (Informe de alta por exitus del Dr. A.M, folio 174).

-“Operación: Sutura de vaso sangrante en ligamento hepatoduodenal y lecho vesicular. Hallazgos: Sangrado activo en el lecho vesicular en la proximidad de la vía biliar y sangrado activo de un vaso arterial, que pudiera corresponder a arteria cística. Procedimiento quirúrgico: Sutura-ligadura por transfixión de los dos puntos sangrantes. Se mantienen dos grapas que se encuentran adecuadamente colocadas en borde lateral derecho de colédoco” (Protocolo quirúrgico de la reintervención de urgencia, folio 169).

-“Que se adelante la analgesia por el aumento del dolor del paciente es una práctica habitual en el postoperatorio inmediato, pero la analgesia que necesitó en las primeras 24 h. fue baja...El mórfico no se pone para controlar la tensión arterial, sino para reforzar la analgesia. De nuevo es una práctica habitual...el cloruro mórfico está pautado únicamente para control del dolor, en ningún caso para controlar la tensión arterial...Se administra Digoxina pero no por insuficiencia cardíaca, sino para control de la frecuencia cardíaca; y no se hace una administración constante, sino en bolo...A las 13:55 h, vuelve a comenzar el dolor agudo; a la exploración se vuelve difuso pero con defensa generalizada. Se procede a pautar un TAC urgente”. (Informe de la Dra. M.P. del Servicio de Medicina Intensiva, folio 186).

-“Valoro los hallazgos encontrados en el TAC abdominal urgente solicitado por la mañana. Constato la mala situación clínica y analítica de la paciente. Solicito la valoración por el Servicio de Cirugía, de cara a plantear alguna nueva acción quirúrgica. Informo a la familia de la mala situación clínica y posible fallecimiento próximo. Ante la decisión de no realizar nuevos procedimientos quirúrgicos, junto con la mala situación clínica de la paciente, incremento las

medidas de confort” (informe del Dr. C.M. del Servicio de Medicina Intensiva, en base a la nota de Selene escrita el 11/07/2014, folio 182).

-“El hecho de que los dos puntos sangrantes de la segunda cirugía se resolvieran con puntos hace poco creíble la explicación de la grapa...La indicación de la colecistectomía por laparoscopia o por vía convencional no tiene que ver con la edad o con la comorbilidad preoperatoria, sino con los antecedentes de la enfermedad vesicular que haya tenido la paciente. En concreto y a priori,... la presencia de cálculos alojados en la vía biliar principal y eliminados por CPRE, y la presencia de varios cólicos biliares antes de la cirugía no debiera ser causa para contraindicar la cirugía por laparoscopia. Es más, una resonancia, hecha unos días antes de la cirugía, informa de normalidad en la vesícula biliar, es decir, ausencia de inflamación aguda (colecistitis)...Puede discutirse la conveniencia de colecistectomía por laparoscopia en casos de inflamación aguda o subaguda...insistimos, no es el caso por lo que nos parece correcto que se inclinara desde el principio por la laparoscopia... Un sangrado postoperatorio ocurre en un porcentaje pequeño, pero no por ello inexistente y tampoco quiere decir que la cirugía haya sido mal practicada; quiere decir que hay imponderables asociados a la propia cirugía, y uno de ellos es el sangrado...Las anotaciones de enfermería aclaran que no hubo una demora excesiva...Es fácil condenar una actuación médica de forma retrospectiva con el desenlace fatal ya conocido, pero un hematocrito de 30, con uno de 43 previo, no tiene por qué implicar un sangrado masivo...avala la conducta a seguir: pedir una eco y estar pendiente de la enferma. A las dos de la tarde, la enferma está hipotensa y, a las tres de la tarde, el Cirujano ya está hablando con la familia para revisarla en quirófano. A las 18:40 horas, la cirugía ha terminado...Establecer una relación de causa efecto entre la administración del Droperidol y el encubrimiento de la sintomatología que el sangrado estaba ya produciendo se antoja excesivo y con ganas de buscar en la revisión retrospectiva de la documentación puntos débiles en la actuación médica...Se trata de una enferma con Parkinson grado I, incipiente; es más, la propia reclamación insiste en que la paciente bajaba 4 pisos diarios sin ayuda...El Parkinson de la enferma es más teórico que práctico, pero en todo caso, en fases iniciales. En ningún caso, nos parece poco apropiada la administración del Droperidol por los vómitos presentes nada más concluir la operación...Imputar que la administración de Droperidol a una enferma de Parkinson en fase I, que puede bajar todos los días cuatro pisos con absoluta normalidad, haya encubierto y dificultado el diagnóstico de shock hipovolémico es una afirmación muy aventurada y carente, desde nuestro punto de vista, de legitimidad” (Informe médico pericial del Dr. D.G.R. de la entidad profesional P, folios 192 a 203).

-“No se puede considerar un retraso...el margen de tiempo transcurrido desde el diagnóstico de hemoperitoneo con indicación quirúrgica de urgencia hasta la misma, ya que fue apenas de 2 horas y, en todo momento, la situación de la paciente fue de estabilidad hemodinámica...No habiendo quedado documentados errores técnicos durante la intervención y teniendo en cuenta que el sangrado abdominal es una posible complicación de la colecistectomía laparoscópica, descrita en la literatura médica y que, además, queda recogida en el consentimiento informado de la intervención, firmado por la paciente, no puede atribuirse el mismo a una mala praxis...Si bien a la paciente se le administró Dronedarona, mediación indicada para el cuadro de vómitos postoperatorios que presentó, pero con contraindicación para la enfermedad de Parkinson que padecía, no ha quedado acreditada relación alguna con la evolución clínica posterior” (Informe de la Inspección médica folio 208).

3. En el escrito de reclamación, aunque posiblemente con asesoramiento médico, se limitan los reclamantes a analizar, *a posteriori* y conocido el resultado luctuoso, la historia clínica de la paciente y las fichas técnicas de la Agencia Española de Medicamentos y

Productos Sanitarios de los fármacos administrados a la misma, pero no aportan prueba alguna de las supuestas infracciones a la *lex artis*. Se trata de simples valoraciones, aparentemente científicas, que no se fundamentan en informe técnico alguno y no pasan de ser sino manifestaciones subjetivas de los reclamantes, que no pueden gozar de eficacia enervante frente a los distintos informes médicos que obran en el expediente.

Este Consejo ha de atenerse a dichos informes y concluir que el diagnóstico y tratamiento de las patologías han sido los adecuados y ajustados a la *lex artis*, sin que resulten del expediente datos que objetiven una actuación sanitaria contraria a la misma y que no hubo tardanza ni demora en la respuesta a las complicaciones surgidas, actuándose con la premura adecuada. En ocasiones, aunque los medios y los conocimientos de la profesión sean los adecuados ocurren desenlaces fatales. Pero no por ello la medicina aplicada es negligente.

No hay prueba ni indicio alguno, en definitiva, de que haya existido una mala praxis en todo el proceso quirúrgico y asistencial de la madre de los reclamantes que permita fundar la responsabilidad patrimonial sanitaria.

CONCLUSIÓN

Única

Procede desestimar la reclamación planteada, al no haberse acreditado infracción alguna a la *lex artis ad hoc* en la asistencia prestada a la madre de los reclamantes y no concurrir, por tanto, criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a los Servicios públicos sanitarios.

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

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero