

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, y siendo ponente D. José Luis Jiménez Losantos, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

44/16

Correspondiente a la consulta formulada por la Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja, en relación con la *Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada por D. B.J.A.C, por los daños y perjuicios que entiende causados por el fallecimiento de su esposa, D^a R.R.C, por ictus isquémico con infarto, tras haber sido intervenida en el SERIS, de una hernia de epiplón en la pared abdominal anterior derecha, sobre una cicatriz derivada de una colecistectomía previa; y que valora en 150.000 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

La reclamación se inició mediante la cumplimentación de un escrito-modelo, facilitado por la propia Consejería y suscrito por el reclamante, en su condición de perjudicado por el fallecimiento de su precitada esposa, y presentado en el Registro del Servicio de Atención al Paciente del Hospital *San Pedro* el día 2 de diciembre de 2015.

La Consejería de Salud, tras requerir al reclamante justificación del interés legítimo, en este supuesto concreto, del parentesco, y una vez subsanado por aquél mediante aportación del Libro de Familia, dictó Resolución, firmada electrónicamente, el 18 de enero de 2016, en cuya parte dispositiva se resolvía tener “*por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial con efectos del día 15-1-2016, fecha en la que ha tenido lugar la subsanación*” y se designaba Instructora del procedimiento.

Segundo

En dicho escrito-modelo, el reclamante expuso, como relato de hechos, de manera resumida, lo siguiente:

-Tras aclarar que la paciente era su esposa [nacida el 5 de abril de 1936], indica que, antes de operarla, habían estado, en más de 8 ocasiones, en el Servicio de Urgencias del Hospital *San Pedro*, porque tenía unos *“dolores terribles de la hernia”*, hasta que, un día, un Cirujano la ingresó y les indicó que la iban a operar, lo cual se llevó a efecto los días 8 y 9 de abril de 2015. A raíz de la intervención, estuvo varios días del postoperatorio en el Hospital *San Pedro*, en los que persistían los dolores, pese a lo cual *“la mandaron a casa”*.

-Como persistían los dolores de la esposa, pidieron cita en la CUN, en la que le hicieron un escáner y la atendieron en la Unidad de Dolor, y en la que les indicaron que *“en las operaciones del San Pedro le habían cortado los nervios del vientre y de ahí los terribles dolores”*.

-Indica que, posteriormente, tuvo problemas para defecar y retención de líquidos, además de un empeoramiento general, y [estando ingresada en el *San Pedro*] *“perdió la cabeza”*. Fue trasladada a la Clínica V, en la que, habiendo sufrido un ictus, falleció.

-Manifiesta el reclamante estar convencido que *“si la primera vez que bajó a Urgencias, o la 2ª o la 3ª, nos atienden, todo hubiera ido mejor, o si la operación no hubiera tenido errores (cortan nervios y 2 y ½ litros de sangre)”*.

Formula solicitud de indemnización por importe de 150.000 euros, sin que, ni en este momento, ni a lo largo del expediente, conste razonamiento alguno sobre la determinación de tal cuantía.

Al escrito, acompañó un informe médico, en el que no consta fecha de emisión, suscrito por la Dra. S.O, del Departamento de Cirugía General de la CUN. En el mismo, tras indicarse que ha acudido para *“valorar tratamiento farmacológico tras herniorrafia por dolor cicatricial neuropático”*, y consignar que, tras habersele realizado una laparatomía de urgencia, *“desde entonces, la paciente refiere un dolor de la pared abdominal, en todo el área cicatricial, de características neuropáticas, de intensidad de 9/10”*, se diagnóstica como dolor tras eventroplastia subcostal.

Tercero

La Instructora del procedimiento, tras remitir al reclamante un escrito de 19 de enero de 2016 –recibido por éste el siguiente 28- notificándole la iniciación del procedimiento, así como los plazos y demás datos necesarios, dirigió otro escrito (de 21 de enero de 2016), a la

Dirección del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro*, solicitando la remisión de los antecedentes que existiesen y datos e informes de interés en relación con la asistencia sanitaria prestada a la esposa del reclamante, en los Servicios de Urgencia y de Cirugía; copia de la historia clínica de la asistencia reclamada exclusivamente; e informe de los Facultativos intervinientes sobre la asistencia prestada.

Igualmente, notificó la existencia de la reclamación a la Aseguradora del SERIS, adjuntándole la documentación obrante en el expediente, acusando, la destinataria, recibo de la misma, mediante escrito de 28 de enero de 2016, que obra en el expediente.

Cuarto

La Dirección del Área de Salud, por escrito de 12 de febrero de 2016, cumplimentó la solicitud formulada por la Instructora, remitiendo la historia clínica de la esposa del reclamante, así como informes de los Médicos que habían intervenido en los distintos tratamientos practicados a la paciente.

En atención a la natural parquedad e imprecisión de la narración de hechos que el escrito de reclamación efectúa, y para una mejor comprensión del desarrollo del dictamen, nos hemos de extender, siquiera de manera concisa, en lo que, en cuanto a ellos, se deduce de esta documentación:

-La paciente (de 79 años de edad en el momento en que se produjeron los hechos que han dado lugar a la reclamación patrimonial examinada), presentaba, como antecedentes médicos, hipertensión arterial y fibrilación auricular, y había sido objeto de diversas intervenciones quirúrgicas: en el año 2005, de hernia umbilical y, en otra ocasión, de colecistectomía por coleditiasis; en el 2008, por suboclusión intestinal; en el 2009, de eventroplastia por eventración abdominal incarcerada; y, en marzo de 2015, para la implantación de una prótesis de rodilla derecha por gonartrosis.

-El 19 de marzo de 2015, acude al Servicio de Urgencias del Hospital *San Pedro*, refiriendo dolor abdominal de días de evolución, siendo este hecho el iniciador de lo que en la reclamación constituye el fundamento de la consideración de daño patrimonial. Tras diversas pruebas, que indicaban la existencia de "*hernia de epiplón en pared abdominal anterior derecha, con defecto de pared muscular de 12 mm.*", por lo que, efectuada interconsulta con el Servicio de Cirugía, se consideró que no presentaba patología quirúrgica abdominal urgente, pues se trataba de un dolor multifactorial.

-Parece ser que, tras esa visita, volvió, por la misma causa, al Servicio de Urgencias, por persistirle el dolor abdominal, y, al menos en tres ocasiones, no pudiéndose determinar ni el diagnóstico que se le pudo haber efectuado, ni el tratamiento prescrito, pues, a pesar de que todos los informes y datos –médicos, de Inspección Médica, e incluso periciales, así como el escrito iniciador de la reclamación- hacen referencia ello, no existe ni informes del Servicio de Urgencias ni ningún otro dato en el expediente del que poder deducirlo.

-El 6 de abril de 2015, volvió al Servicio de Urgencias con la misma sintomatología, y, dadas esas continuas presencias, con carácter preventivo, se acordó el ingreso hospitalario a cargo del Servicio de Cirugía.

-Tras las pruebas previas y dado que presentaba antecedentes cardiacos y tomaba anticoagulantes, fue intervenida quirúrgicamente, mediante herniorrafia, el 8 de abril de 2015, apreciándosele hernia de 1 cm., aproximadamente, con contenido de epiplón, que se resecó previa ligadura; se cerró el defecto muscular y se le colocó malla de Prolene.

-En el postoperatorio inmediato, se detectaron signos de sangrado activo, por lo que, al siguiente día 9, se le realizó laparotomía subcostal derecha, encontrando hemoperitoneo (2.700 c.c.), sin punto concreto de sangrado, sospechando sangrado de la ligadura del epiplón, que se revisa y liga nuevamente, y realizándose, además, drenaje de la cavidad abdominal.

-Siendo la evolución favorable, es dada de alta hospitalaria el 17 de abril de 2015, con pauta de reintroducción de su medicación habitual, del anticoagulante que venía tomando con antelación a las intervenciones quirúrgicas.

-En revisiones efectuadas en Consulta externa del Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo, pautadas en el propio postoperatorio, los días 30 de abril de 2015 y 28 de mayo de 2015, refiere dolor abdominal, del cual, en el primero de los días citados, manifiesta mejora con los analgésicos pautados (Paracetamol) y se le prescribe duphalac, dado el estreñimiento habitual que presenta. En la segunda de las revisiones, el dolor se manifiesta nivel de la cicatriz, no apreciándosele patología, por lo que se le pauta tratamiento con Paracetamol.

-A partir de la última de las fechas citadas, ni acude ni vuelve a ser examinada por el Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo.

-El día 18 de septiembre de 2015, acude nuevamente al Servicio de Urgencias, por presentar aumento del perímetro abdominal y edemas en ambas piernas desde hacía unos 15 días, y haber sufrido una caída unos 5 días anteriores, con traumatismo en la cara y en el costado izquierdo. Diagnosticada (como impresión clínica) de "*anemia normocítica normocrómica, insuficiencia cardiaca descompensada*", se acuerda su ingreso en el Hospital *San Pedro*, en esta ocasión a cargo del Servicio de Medicina Interna.

-Permanece ingresada, desde el 18 hasta el 25 de septiembre de 2015, siendo valorada por ese Servicio como afectada por insuficiencia cardiaca descompensada, junto con traumatismo facial derivado de la caída traumática reciente. Durante el ingreso, presenta episodios de desorientación e ideas delirantes, que se encuadran en síndrome confusional en contexto de patología orgánica.

-Continuó con alteraciones (hiperactividad, episodios de agresividad, dependencia para actividades de la vida diaria, etc.), siendo diagnosticada de probabilidad como "*demencia de inicio vs. síndrome confusional a valorar en evolución clínica*". Dado que esos episodios van en aumento, se decide su ingreso en la Clínica V.

-Al parecer, permaneció en dicha Clínica a partir del indicado 25 de septiembre, sufriendo, el 20 de noviembre de 2015, un ictus isquémico con infarto, permaneciendo postcrítica, y en situación irreversible, hasta que, desgraciadamente, falleció el 24 de noviembre de 2015.

Quinto

Cumplimentado el expediente, la Instructora, por escrito de 17 de febrero de 2016, sellado electrónicamente en igual fecha, solicitó, a la Dirección General de Asistencia, Prestaciones y Farmacia, un informe, a elaborar por el Médico-inspector que correspondiese, el cual, emitido y firmado electrónicamente el 6 de junio de 2016, fue remitido en esa fecha.

En dicho informe, se efectúa una exposición de los hechos, acorde con lo que se ha señalado como resumen deducido de los documentos e informes facilitados por la Dirección del Área de Salud.

A continuación, contiene una explicación del significado de los términos médicos que se han utilizado en los informes y documentos, tales como hernia, epiplón, clasificación de las hernias, dolor neuropático, insuficiencia cardiaca, e ictus.

Termina concluyendo que no existe mala praxis en las intervenciones quirúrgicas practicadas a la esposa del reclamante, considerando, además, que:

“3º. El dolor Neuropático tiene múltiples causas únicas o combinadas, puede presentarse tras cualquier tipo de cirugía y no puede considerarse consecuencia de negligencia, puesto que no existe forma consciente de evitarlo.

4º. Las enfermedades graves sufridas con posterioridad, insuficiencia cardiaca e ictus, en principio no tienen relación con las patologías abdominales de la paciente, y, desde luego, en este caso, no hay indicio alguno de asociación. La causa de la muerte queda perfectamente explicada por el ictus padecido, sin que se pueda responsabilizar a nadie por ello”.

Sexto

Finalizada la instrucción del expediente con los datos, informes y escritos precedentemente descritos, la Instructora puso tal circunstancia en conocimiento del reclamante, por escrito, firmado electrónicamente, de 13 de junio de 2016, notificado a este el siguiente día 23 del mismo mes y año. En dicho escrito, se le concedía el trámite de vista del expediente y plazo de alegaciones, el cual fue declinado por su destinatario, no haciendo uso de tal derecho.

Asimismo, se aportó al expediente, por la Aseguradora del SERIS, in informe médico,

emitido por Dr. B.Y, quien, entre otros títulos, ostenta el de Dr. en Medicina y Cirugía, Especialista en Cirugía de Aparato Digestivo, y Jefe Asociado de Cirugía General y Aparato Digestivo de la F.J.D, de fecha 7 de marzo de 2016. En él se efectúa un resumen de la historia clínica, y, posteriormente, una “*descripción de los conceptos médicos*” empleados en ella – para una mejor comprensión del informe-, y, al igual que efectúa el informe de la Inspección médica, explica términos como colecistectomía laparoscópica, eventración, eventración complicada, incarceration, estrangulación y obstrucción intestinal, eventración de un trocar de laparoscopia, corrección de las eventraciones de los trocares, dolor neuropático, tipos de dolor neuropático, factores de riesgo para padecer dolor neuropático postherniorrafia, enfoque práctico del tratamiento del dolor neuropático, fibrilación auricular o anticoagulación.

Tras todo ello, considera las actuaciones efectuadas a la esposa del reclamante, en todos los actos médicos que se le practicaron, como ajustados a la praxis exigida, considerando la inexistencia de actos médicos inadecuados a la situación que, en cada momento, presentaba la paciente, estableciendo, como **conclusiones** más relevantes a los efectos del presente dictamen las siguientes:

“3º. Todo paciente anticoagulado tiene aumentado el riesgo de sangrado postoperatorio. Se prefiere este riesgo a la posibilidad de émbolos. Este riesgo viene especificado en el consentimiento informado.

4º. La necesidad de reintervenir a la paciente no tiene relación con la aparición del dolor neuropático.

5º. El dolor neuropático es posible en cualquier tipo de cirugía. Es imprevisible e inevitable. No se puede considerar defecto técnico ni negligencia, pues no está en la mano del Cirujano el prevenirlo”.

Séptimo

Completados los trámites referidos, con fecha 16 de octubre de 2016, la Instructora elaboró la Propuesta de resolución, en el sentido de desestimar la reclamación por no ser imputable el perjuicio alegado al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios.

Recibida la Propuesta de resolución antedicha por la Secretaria General Técnica de la Consejería de Salud, ésta solicitó, al Letrado de la Dirección General de los Servicios Jurídicos en la Consejería de Salud, el preceptivo informe, el cual se llevó a cabo con fecha 21 de noviembre de 2016, considerando ajustada a Derecho la Propuesta de resolución.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente en fecha 22 de noviembre de 2016, y registrado de entrada en este Consejo el siguiente 23, 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 23 de noviembre 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

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 de dictamen del Consejo Consultivo

El art. 12 del Reglamento de los Procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas, aprobado por RD 429/1993, de 26 de marzo (derogado por la DD.Única.2, d) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre de Procedimiento administrativo común -LPAC'15- aplicable a este caso *ex. DT 3ª, a) LPAC'15*) 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, fija la preceptividad del dictamen cuando la cuantía reclamada sea igual o superior a 50.000 euros. Habiéndose fijado la reparación patrimonial solicitada en la suma de 150.000 euros, nuestro dictamen es preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, éste, a tenor del artículo 12.2 del citado RD 429/1993, ha de pronunciarse sobre la existencia o no de la 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'92), aplicable al caso *ex. DT 3ª, a) LPAC'15*, a cuyo tenor: *“a los procedimientos ya iniciados antes de la entrada en vigor de la Ley, no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior”*.

Segundo

Sobre los requisitos exigidos para el reconocimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública

De acuerdo con el marco jurídico de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública, enunciado en el artículo 106.2 de la Constitución Española y desarrollado en el Título X de la LPAC'92, con el pertinente desarrollo reglamentario en materia procedimental, a través del precitado RD 429/1993, de 26 de marzo, los requisitos necesarios para que se reconozca la responsabilidad patrimonial, tal y como este Consejo viene recogiendo en sus dictámenes (por todos, D.20/13), pueden sintetizarse así:

1º.- Existencia de un daño que el particular no tenga el deber jurídico de soportar (lesión antijurídica). El daño ha de ser efectivo (no hipotético, potencial o de futuro, sino real), evaluable económicamente (bien se trate de daños materiales, personales o morales) e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

2º.- Que el daño sufrido sea consecuencia del funcionamiento, normal o anormal, de un servicio público, sin intervención del propio perjudicado o de un tercero que pueda influir en el nexo causal.

3°.- Que el daño no se haya producido por fuerza mayor.

4°.- Que no haya prescrito el derecho a reclamar, cuyo plazo legal es de un año, computado 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 dijera este Consejo Consultivo, entre otros, en su 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 demanda: 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...*”.

Tercero

La existencia o inexistencia de un título de imputación del daño a la Administración en el presente caso

El examen de los hechos acaecidos conforme al relato que se efectúa en el Antecedente del Asunto Cuarto de este dictamen, a la vista de los criterios expuestos en el ordinal anterior, nos pone de relieve que, en ninguna de las dos intervenciones practicadas a la paciente los días 8 y 9 de abril de 2015, se produjo una infracción de la *lex artis*, ya que la aparición de sangrados tras una intervención de herniorrafia constituye un riesgo típico inherente a la propia intervención, tan habitual que los protocolos médicos recogen su posible producción a efecto de ser contralado en las revisiones que se han de practicar en el postoperatorio, e incluso los informes médico-periciales obrantes en el expediente ponen de relieve que la laparatomía

subcostal derecha que se le practica para su corrección, es considerada como un remedio habitual y muy aconsejable ante problemas postoperatorios como el que se viene refiriendo.

A mayor abundamiento, en esa laparotomía subcostal, pese a que con ella se encontró abundante sangre (hemoperitoneo con 2700 cc), no se observó punto concreto de sangrado, y, por sospecharse que este proviniese de la ligadura de epiplón afectada en la intervención quirúrgica del día anterior, se revisa, religándolo nuevamente y realizando drenaje de la cavidad abdominal.

Que estas actuaciones quirúrgicas fueron acordes con la *lex artis* nos lo ponen de relieve los informes médico-periciales obrantes en el expediente, y la circunstancia de que, tras las intervenciones quirúrgicas, las quejas y molestias padecidas por la esposa del reclamante tan solo estuvieron referidas a dolores abdominales que, todos los exámenes médicos que se le efectuaron, a lo sumo relacionan con consecuencias inherentes a haber sido “tocados” –sin que se precise si en mayor o menor medida-, en alguna de las dos intervenciones quirúrgicas practicadas, los nervios existentes en el abdomen.

Además, cuando, con posterioridad, vuelve a ser ingresada la paciente en el Servicio de Medica Interna del Hospital *San Pedro* (a consecuencia de una insuficiencia cardiaca y tras haber sufrido una caída por escalera con traumatismo facial y en costado izquierdo, permaneciendo ingresada del 18 al 25 de septiembre de 2015), entre los antecedentes personales que el Dr. D.P. recoge en el informe de alta de hospitalización, que emite el 25 de septiembre 2015, indica que la paciente le manifestó que el dolor abdominal que tuvo tras las intervenciones quirúrgicas, tras un periodo temporal, le “*ha desaparecido del todo y ya no toma toda esta medicación* [relatada en el párrafo anterior del informe y referida como alivio del dolor abdominal], *salvo Versatis*”.

Y, si no existe razón alguna para entender que en ambas o en alguna de las dos intervenciones quirúrgicas practicadas a la paciente se produjo infracción a la *lex artis*, con más fundamento se ha de entender como un riesgo típico inherente a las mismas el que, en alguna de ellas, se haya producido alguna ligera lesión de los nervios que se encontraban en las cercanías de la zona abdominal en la que se efectuaron las manipulaciones inherentes a la técnica quirúrgica utilizada.

El propio informe de la CUN (correspondiente a la revisión médica que se le efectuó a la paciente, por propia iniciativa y en el mes de agosto de 2015, y aportado por el reclamante junto con su escrito iniciador de la reclamación) establece, como diagnóstico, tan sólo “*dolor tras eventroplastia subcostal*”, consignando, como tratamiento, el compuesto por los

fármacos lidocaina tópica, gabapentina, tapentadol, y triptizol, tras lo cual indica que, “*en caso de no resultar eficaz, plantearemos radiofrecuencia de nervio periférico*”, de lo que se pueden obtener las siguientes conclusiones: **i)** que no se estimó la necesidad de examinar el nervio periférico, bien porque se estimara que era una dolencia inherente a la intervención quirúrgica, manifestada en un periodo de tiempo posterior a ella y superior a lo que puede ser habitual en las intervenciones quirúrgicas, o bien porque los síntomas que presentaba la paciente no revelaban lesión alguna en el nervio periférico; y, **ii)** que, pese a ello, y dado el carácter no infalible de la ciencia médica, recomendaba practicar, como tratamiento *a posteriori*, si, tras el tratamiento dispuesto, no desaparecía el dolor, la radiofrecuencia de nervio, lo que nos revela la facilidad de proceder, si ese fuese el caso, a practicar las maniobras médicas oportunas para llevar a cabo la *cura* de esa dolencia más tarde.

En cualquier caso, continúa sin existir la más mínima infracción a la *lex artis*, en este aspecto concreto, por lesión de algún nervio abdominal periférico a la zona manipulada.

Y, por último, en cuanto a la producción de un ictus en el mes de septiembre de 2015 (sin que, entre el final de las intervenciones quirúrgicas practicadas en marzo de ese mismo año y sin que, en el intervalo temporal que media entre ambas dolencias, se haya producido otras dolencias o asistencias médicas relevantes), es de señalar que el mismo produjo en la paciente un deterioro de su estado físico que culminó con su desafortunado fallecimiento, pero no se le alcanza a este Consejo ninguna relación de causalidad entre dicho ictus y la cirugía practicada en el mes de marzo 2015, sino más bien que ambos procesos han operado de manera absolutamente independiente, rompiendo el nexo causal que constituye requisito necesario para hacer nacer la responsabilidad patrimonial de la Administración a que se refiere el expediente dictaminado, sin que existan en este caso pruebas médicas que evidencien ese necesario nexo de unión.

CONCLUSIONES

Única

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial interpuesta, por no existir título alguno de imputación de responsabilidad a la Administración sanitaria, al haberse observado en el caso las exigencias de la *lex artis ad hoc*.

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