

En Logroño, a 4 de octubre de 2017, 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 María Prusén de Blas, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Joaquín Espert y Pérez-Caballero, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

53/17

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm. Sra. Consejera de Salud, en relación con la *Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración de Salud, formulada por D^a R.G.S. y D^a N.B.G., por los daños y perjuicios que entienden causados por el fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, D. M.B.F, por sepsis tras una intervención quirúrgica de colecistectomía, gastrectomía total; y que valoran en 105.458,93 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

Mediante escrito de 7 de noviembre de 2016, que tuvo entrada en el registro de la Consejería el siguiente día 11, el Abogado de los precitados reclamantes formula la expresada reclamación que, resumidamente, se fundamenta en lo siguiente:

-En fecha 2 de noviembre de 2015, es diagnosticado el paciente de neoplastia gástrica, realizándosele biopsia, que puso de manifiesto la existencia de un adenocarcinoma difuso, informando la conveniencia de ser intervenido.

-Ingresado el 18 de noviembre de 2015, fue intervenido, el día siguiente, en el Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo del Complejo Hospitalario *San Millán-San Pedro* de La Rioja. En el informe de alta de hospitalización, de 2 de diciembre, se refiere, literalmente, lo siguiente: *“Hallazgos: intensas adherencias bisceroparietales, estómago engrosado a nivel de anastomosis previa, colelitiasis; técnica quirúrgica: colecistectomía, gastrectomía total y de Roux”.*

-La evolución postquirúrgica en planta, cuando lo aconsejable hubiera sido una atención monitorizada en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), fue tórpida y, presentando signos preocupantes, se

decidió una nueva intervención quirúrgica urgente en la mañana del día 20 de noviembre. El motivo de la reintervención fue la sospecha de una fístula en el muñón duodenal. Al finalizar esta segunda intervención, se informó a los familiares presentes, por el Cirujano interviniente, la existencia de una peritonitis aguda y “*la falta de un punto*”.

-Tras la segunda intervención, el paciente queda ingresado en la UMI, evoluciona desfavorablemente y fallece a las 2:10 horas de la noche del día 23 de noviembre, tras fallarle el corazón de forma irremediable.

Se acompaña al escrito documento privado de apoderamiento, copia del Libro de Familia y documentación médica y, tras exponer los Fundamentos de Derecho que considera aplicables, termina solicitando una indemnización de 94.904,04 euros para la esposa y 10.554,89 euros para la hija.

Segundo

Mediante Resolución de 17 de noviembre de 2016, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del anterior día 11 y se nombra instructora del procedimiento.

Tercero

Por carta de 18 de noviembre, se comunica a la viuda interesada, en el despacho de su Letrado, la iniciación expediente, advirtiéndole que la representación otorgada a favor de éste solo será válida a efectos de notificaciones, ya que, para que actúe como representante a todos los efectos, deberá acreditarse la representación en la forma establecida en el art. 5.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre (LPAC´15). Se le informa, así mismo, de los extremos exigidos por los artículos 24.1-2º párrafo y 91.3 de la misma LPAC´15.

Y, mediante comunicación interna del día 22 de noviembre, la Instructora se dirige a la Dirección del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro* solicitando la remisión de cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada en ese Hospital al paciente, copia de la historia clínica, relativa a la asistencia reclamada y, en particular, informe de los Facultativos intervinientes acerca de la asistencia prestada y situación actual del reclamante (*sic*). La solicitud es reiterada el 13 de febrero de 2017.

Seguidamente, obra poder de las interesadas otorgado por comparecencia personal, de fecha 28 de noviembre, y escrito de W.R.B.E, de 22 de diciembre, acusando recibo de la comunicación de la reclamación planteada.

Cuarto

Mediante escrito de 13 de febrero de 2017, la Dirección del Área de Salud remite, al Servicio de Asesoramiento y Normativa la historia clínica, así como los informes aportados por los Dres. M.A.C.H, V.D.A.S. e I.A.G.R.

Quinto

Con fecha 17 de febrero, 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 el pertinente informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación, con el fin de facilitar la elaboración de la Propuesta de resolución. El informe es emitido el siguiente 21 de abril, estableciendo las siguientes conclusiones:

1ª.- La técnica quirúrgica inicial es la adecuada a un adenocarcinoma difuso, y no se ha podido demostrar errores en su ejecución ni complicaciones intraoperatorias, a pesar de tratarse de cirugía sobre un estómago previamente intervenido, neoplásico y con intensas adherencias visceroparietales.

2ª.- El paciente es previamente informado del tratamiento que se va a llevar a cabo y de las posibles complicaciones. En su historia clínica consta consentimiento informado de cirugía abierta del estómago por enfermedad neoplásica, firmado por el paciente el 02/11/15, y en el que se recoge, como riesgo, fístula o estenosis por fallo en la cicatrización de la sutura intestinal y se indica (que) “estas complicaciones, habitualmente, se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y, en algunos casos, puede producirse la muerte”.

3ª.- Consultado el Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo sobre el traslado a la UMI de pacientes sometidos a intervenciones digestivas, incluidos gastrectomías totales, no existe protocolo de actuación ni obligatoriedad del mismo. Una vez que el paciente se encuentra en la Unidad de Reanimación, dicho traslado es criterio del Anestesiista y Cirujano, en función de la situación clínica del paciente. Cuando (este paciente) llega a planta se encuentra estable y sin indicios de complicaciones.

4ª.- Ante la aparición de complicaciones, es atendido y supervisado por Cirujano de guardia y se solicitan exploraciones complementarias, contemplando el diagnóstico de fístula digestiva. Pero tanto analíticamente, como la exploración abdominal (sin defensa, ni signos de irritación peritoneal), ni el débito en los drenajes, así como la ecografía abdominal, que informa de no evidencia de líquido libre en cantidad significativa, son concluyentes. En esas condiciones, tal y como queda recogido en la bibliografía consultada, es recomendable mantener actitud expectante ante los importantes riesgos de una segunda intervención.

5ª.- Cuando la sintomatología se intensifica y/o modifica, con la aparición de dolor abdominal importante, y salvo mejoría inicial, no se mantiene la respuesta al tratamiento instaurado, se decide intervención quirúrgica y el paciente firma nuevamente consentimiento informado para laparotomía exploradora, que contempla, entre otros, riesgo de sangrado o infección intraabdominal y excepcionalmente la muerte.

6ª.- En el escrito de Reclamación por responsabilidad patrimonial, parece hacerse referencia como causa del fatal desenlace, a la existencia, en la noche del 19/11/15 al 20/11/15, de una sepsis de origen abdominal. Entre las pruebas solicitadas en ese tiempo, se encuentra, hemocultivo **negativo** a los 5 días de incubación, que descarta la existencia de sepsis bacteriana en ese momento.

7ª.- En cuanto a las quejas por falta de información, (es de) recordar que los (documentos de los) consentimientos informados firmados ya dan una idea de la gravedad del procedimiento que se va a llevar a cabo. Tras la primera intervención no se trasladó a los demandantes que el resultado de la operación fuera preocupante o anormal porque no se producen complicaciones durante el proceso quirúrgico y la situación del paciente es estable. Y, durante el resto del proceso, existen varias anotaciones en la historia clínica del paciente, recogiendo la información facilitada a los familiares.

8ª.- Concluyendo, la evolución del paciente, tras las intervenciones, no es la deseada; pero está contemplada como una posibilidad y recogida en los (documentos de los) consentimientos informados que el paciente firmó, sin relación causa-efecto con el tratamiento y atenciones recibidas”.

Quinto

Figura a continuación, en el expediente, un dictamen médico de la Consultoría médica P, emitido a instancia de la Aseguradora del SERIS, W.R.B, de fecha 21 de marzo de 2017, que establece las siguientes conclusiones:

1. La fístula del muñón duodenal tiene una incidencia próxima al 5%, con una mortalidad próxima al 80%, si el paciente precisa ser reintervenido. Su presencia no legitima una reclamación por mala práctica. La cirugía conlleva riesgos que están recogidos en el CI. Éste es uno de ellos. No hay datos de la historia clínica que relacionen la fístula con un error técnico.

2. La toma de decisiones del Residente la noche de la cirugía fue correcta, ya que actuó en función de los hallazgos que, en ese momento, estaban presentes: hipotensión con drenajes hemáticos; analítica y eco normales; repunte inicial tras el primer ringer. Entender que es un sangrado autolimitado que no requiere cirugía de inmediato es lógico, si contextualizamos la toma de decisiones en el momento en que estas han sido tomadas, y no de forma retrospectiva, sabiendo lo que ocurriría horas después

3. Horas después, cuando el paciente continuaba con su tensión baja y los drenajes ya eran biliosos, se actuó también conforme a los acontecimientos del momento: relaparotomía. Desgraciadamente, la situación ya no pudo revertirse.

4. Criticar una Unidad de Seguimiento al paciente operado por su denominación (Planta, UVI, URPA, UMI), no es apropiado. La asistencia médica del paciente operado debe ser evaluada por el conjunto de actuaciones prestadas. En todo momento, hay constancia de cuatro anotaciones, por parte de (el Servicio de) Enfermería y dos, por parte de un Facultativo. No cree el perito que la situación fuera muy distinta en otra Unidad de Hospitalización con otras siglas. La UVI es necesaria si el paciente está inestable o precisa soporte avanzado; en caso contrario, una planta de hospitalización ordinaria bien equipada puede ser suficiente.

5. *Las actuaciones médicas deben ser valoradas teniendo en cuenta el discurso de pensamiento que dirige la toma de decisiones, a partir de los datos reales presentes en ese momento; aunque luego ese discurso de pensamiento sea distinto horas después, también con datos reales, pero claramente diferentes. El primer discurso de pensamiento fue pensar que la hipotensión era debida a un sangrado autolimitado (lógico, con los datos reales: penrose hemático, eco con poco líquido, analítica sin anemia aguda, repunte en la tensión tras el primer ringer). El segundo discurso de pensamiento fue claramente diferente (hipotensión vasopléjica por sepsis), porque también lo fueron los datos reales en ese momento (drenaje bilioso, hipotensión mantenida).*

(6.) **Conclusión final:** *No hay dato alguno en la documentación consultada para entender mala práctica médica”.*

Sexto

Conferido trámite de audiencia, comparece el Letrado, el 10 de mayo de 2017, en la Secretaría General Técnica, en la que se le facilita copia de todos los documentos obrantes en el expediente. Y, el siguiente día 22, presenta un escrito reiterando la petición de documentación médica, que entiende no aportada.

Obra, seguidamente, en el expediente un disco informático conteniendo el resultado de la prueba de eco abdomen completo (incluye renal) y otra documentación médica, copia de todo lo cual se proporciona al Letrado en nueva comparecencia de fecha 24 de mayo.

El Letrado se limita, en su escrito de alegaciones, de 6 de junio de 2017, a ratificarse en las expuestas en el escrito iniciador del procedimiento.

Séptimo

Con fecha 7 de junio de 2017, 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.

Octavo

La Secretaria General Técnica, el día 15 de junio, remite, a la Dirección General de los Servicios Jurídicos en la Consejería de Salud, para su preceptivo informe, el expediente íntegro. El informe es emitido, en sentido favorable a la Propuesta de resolución, el siguiente día 18 de julio.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 19 de julio de 2017, y registrado de entrada en este Consejo el 20 de julio de 2017, 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 21 de julio de 2017, 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 [a día de hoy, sin vigencia, en virtud de lo preceptuado en la Disposición derogatoria única, 2.d) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre del procedimiento administrativo común de las Administraciones Públicas (LPAC'15), pero aplicable al presente procedimiento, a tenor de lo establecido en la Disposición Transitoria Tercera, a) de la indicada Ley] prescribe 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 (CAR, el art. 11, g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la Ley 7/2011, de 22 de diciembre, remite a la normativa reguladora de los procedimientos de responsabilidad patrimonial, legislación estatal, para la determinación del carácter preceptivo de los dictámenes. Por aplicación de dicha normativa, el dictamen será preceptivo cuando la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros, a partir de la entrada en vigor de la citada ley 7/2011. Por tanto, y reclamándose una cuantía de 850.000 euros, nuestro dictamen resulta ser preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, a tenor del art. 12.2 del citado Real Decreto 429/1993, ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio 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 -, la cual resulta aplicable al presente supuesto [Disposición derogatoria única, 2. a), en relación con la Disposición transitoria tercera, a), de la Ley 39/2015 (LPAC'15), sirviendo lo señalado anteriormente, y por los mismos motivos, respecto a la vigencia del Real Decreto 429/1993].

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, 139.2 y 141.1 LPAC'92) 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 la existencia de responsabilidad patrimonial en el presente caso

1. Aun cuando expresamente no se denuncia haberse vulnerado el derecho de información del paciente, se evidencia una queja sobre la ausencia o insuficiencia de la información de los resultados de las intervenciones que se le realizaron, de su tratamiento o de su evolución.

Así, cuando se afirma que no se trasladó a los reclamantes que el resultado de la primera intervención jurídica fuera preocupante o anormal o cuando se denuncia la ausencia de información acerca de qué o cómo o por qué se produjo la fístula de muñón.

Hemos de dejar claro que, a juicio de este Consejo, el derecho de información del paciente o, en su caso, de sus familiares, en el caso sometido a dictamen, está sobradamente cumplido.

En efecto, en los folios 62 y 64 del expediente, obran documentos de consentimiento informado firmados por el paciente relativos a las intervenciones de colecistectomía y cirugía abierta del estómago por enfermedad neoplásica, que recoge el riesgo de fístula por fallo en la cicatrización de la sutura intestinal, y, en el folio 74, obra también firmado, el documento de consentimiento informado para la laparotomía exploradora.

Pero, independientemente de que los anteriores documentos ya dan una idea de la gravedad de las intervenciones que se van a llevar a cabo, existen anotaciones, en la historia clínica del paciente, que ponen de relieve que, frecuentemente, se mantenía a los familiares informados de la evolución del paciente.

En concreto: i) en el informe de Consulta Externa, de 2 de noviembre de 2015, tras el diagnóstico de neoplasia gástrica, al dorso (folio 21), se hace constar: *“se le ha informado del diagnóstico, de la conveniencia de ser intervenido, de las alternativas terapéuticas, del tipo de intervención, de las posibles complicaciones de procedimiento quirúrgico”*; añadiendo que, en caso de duda, solicite nueva cita de consulta; ii) en la nota de evolución médica de 22/11/2015, a las 17:34 horas, se indica: *“pendientes de ver la evolución, se informa a la familia, hijas y hermanos, de la gravedad, de a posibilidad de mala evolución hasta llegar al fallecimiento”*; iii) a las 23:39 horas, se hace constar: *“aviso a los familiares de la mala evolución y del posible fallecimiento inminente”*; iv) por último, en el informe de alta de hospitalización por fallecimiento del 23/11/2015, se insiste en ello afirmando: *“informada la familia de forma continua de la mala situación que presenta y de las altas posibilidades que tiene de fallecimiento”*.

En definitiva, no sólo se ha cumplido formalmente con la firma de los documentos de consentimiento informado para las intervenciones quirúrgicas que lo precisaban, sino que, además, se mantenía, al paciente y a sus familiares, regularmente informados de su evolución, desgraciadamente tórpida.

2. No habiéndose vulnerado, por tanto, el derecho del paciente o sus familiares a una información adecuada, la actuación de los Servicios sanitarios ha de ser enjuiciada bajo el segundo de los parámetros que señalábamos al final del Fundamento precedente, es decir, el de si existe o no infracción de la *lex artis ad hoc*, que es el criterio positivo de imputación de responsabilidad, por el daño producido, a la Administración sanitaria; vulneración de la *lex artis* que ha de vincularse, en relación de causa-efecto, con el daño cuya reparación se reclama, correspondiendo al reclamante la prueba tanto de la concurrencia de una mala praxis, como de la relación de causalidad.

A) El escrito de la reclamación cuenta con asistencia técnica, no sólo la jurídica del letrado que la suscribe, sino también científico-médica, como evidencian los términos empleados y las valoraciones y análisis que efectúa de la sintomatología y evolución del paciente; pero carece del respaldo de una pericia que ponga en valor éstos, pericia que,

pese a ser anunciada en el suplico final de dicho escrito, no se ha presentado, limitándose los reclamantes, al evacuar el trámite de audiencia, a ratificarse y dar por reproducido el escrito inicial.

Nos encontramos, por tanto, frente a los distintos informes médicos y periciales que niegan la existencia de una mala praxis, ante una serie de manifestaciones de parte que, al no estar refrendadas o apoyadas por prueba pericial alguna, carecen de eficacia invalidante de aquéllos.

B) Con la mayor concreción posible, relacionemos las supuestas infracciones de la *lex artis* que permiten, en opinión de los reclamantes, imputar el óbito del paciente al funcionamiento anormal y la falta de diligencia del Servicio público de salud:

i) Tras la primera intervención quirúrgica, el paciente permaneció en la Unidad de Reanimación hasta su traslado a planta, cuando lo aconsejable hubiera sido una atención monitorizada en la Unidad de Cuidados Intensivos. La misma tarde de la operación, ya se observaron síntomas preocupantes, tales como la hipotensión y un aspecto sudoroso y pálido, por lo que debió pasar inmediatamente a observación médica intensiva. Durante la noche, se la practica una ecografía abdominal urgente y, pese al resultado inócuo de la prueba, se hace patente la preocupación por su estado, al hacerse constar, en las notas de evolución médica, “*mantenemos actitud expectante*”. La evolución posterior resulta preocupante: la tensión permanece baja e inestable, baja la frecuencia cardíaca y aparecen otros síntomas como la pérdida de sensibilidad en las piernas y dolor; y, al apreciar las bolsas de drenaje con color hemático oscuro, se decide una nueva intervención quirúrgica en la misma mañana del día siguiente a la primera.

ii) Los síntomas expuestos y la evolución posterior acreditan la existencia de una sepsis de origen abdominal que no se supo identificar durante toda la noche y que conllevó el fatal desenlace. Una correcta praxis en los momentos iniciales de la instalación de una sepsis hubiera sido determinante para el éxito de la actuación.

iii) Se insiste en que, ya en un momento inicial, varios son los síntomas que se apreciaron en el paciente, indicativos de la existencia de sepsis: hipotensión severa en paciente con tendencia a la hipertensión arterial, síntomas neurológicos (disminución de conciencia) y síntomas renales, con escasa diuresis.

iv) Es de presuponer -añaden- que no se realizaron en el paciente los controles necesarios, tras la operación llevada a cabo, que hubieran permitido identificar la sepsis en el tiempo preciso para que no deviniera mortal.

C) Frente a las anteriores afirmaciones, en lenguaje técnico pero, insistimos, sin respaldo de pericia alguna, oponemos las siguientes contenidas en informes de los

Facultativos intervinientes en la atención prestada al paciente, en el de la Inspección médica y en la pericia aportada por la Aseguradora del SERIS.

i) Según el informe del Cirujano, Dr. C.H:

-La cirugía programada transcurrió sin complicaciones intraoperatorias, a pesar de ser una cirugía sobre un estómago ya intervenido con un proceso neoplásico e intensas adherencias. Se extremaron las medidas para evitar posible complicaciones: colangiografía intraoperatoria, cierre duodenal instrumental y refuerzo manual, yeyunostomía de alimentación. En ningún momento, se objetivó sangrado anormal y en la información dada a los familiares se les dijo que la intervención transcurrido sin complicaciones, pero que había que esperar la evolución.

-El postoperatorio habitual de este tipo de cirugía abdominal habitualmente se realiza inicialmente en la Unidad de Reanimación, pasando posteriormente a planta de Cirugía, salvo criterio distinto hecho por el Servicio de Anestesia.

-Durante su estancia en la planta de Cirugía, el paciente fue atendido en varias ocasiones por los cirujanos de guardia.

-Ante la aparición de drenaje biliar, se optó por una reintervención de urgencia, objetivando la fístula de muñón y la peritonitis consecuente, sin objetivar ningún signo de sangrado y realizando el cierre de la fístula tras refrescar bordes, sellado del cierre y drenajes múltiples tras lavados repetidos.

ii) El Cirujano de guardia, Dr. G.R, que atendió al paciente en la noche del día de la primera intervención informó que:

-A la exploración abdominal, presentaba molestias difusas, perfectamente compatibles con un postoperatorio inmediato sin defensa ni signos de irritación peritoneal. Cabe destacar que el coliperitoneo es una entidad que produce intenso dolor abdominal por peritonitis química. Valoró al paciente en varias ocasiones durante al noche y, en ningún momento, presentó dolor abdominal intenso ni irritación peritoneal que hicieran sospechar la presencia de fístula del muñón duodenal. Asimismo, el débito por los drenajes durante la noche nunca tuvo coloración biliar.

-Ante el débito hemático cuantioso por drenajes, solicitó una analítica urgente, cuyos resultados no hacen sospecha inicialmente que el cuadro de hipotensión que presentaba el paciente se debiera ni a proceso hemorrágico ni a un proceso séptico, requiriéndose control evolutivo para su confirmación y, por lo tanto, la realización de nuevas determinaciones analíticas en las horas siguientes (de ahí la frase “*mantenemos actitud expectante*”).

-Pese a referir el paciente mejoría sintomática, solicitó el informante ecografía abdominal urgente para confirmar/descartar la presencia de líquido libre intrabdominal, hallazgo que iría a favor de sangrado/fístula. En el informe de la prueba realizada, se describe una mínima lámina de líquido periesplénico y subhepático. No se objetiva líquido libre en Douglas ni flancos. Tales hallazgos no justifican la existencia de un sangrado intraabdominal, pues, en estos casos, el volumen de líquido abdominal es realmente cuantioso y, por gravedad, tiende a alojarse en el fondo de saco de Douglas.

iii) El informe de la Inspección médica, en sus conclusiones, recoge sintéticamente el contenido de los informes de los Facultativos intervinientes y hace hincapié en los documentos de consentimiento informado, firmados por el paciente para una y otra intervención, que recogen, como riesgos de las mismas, los que, por desgracia, se materializaron: fístula intestinal o estenosis por fallo en la cicatrización de la sutura intestinal, en la primera cirugía; y sangrado o infección intraabdominal, en la segunda.

iv) Por último, de las conclusiones del dictamen pericial de P, hemos de destacar:

-En primer lugar, que el riesgo de fístula del muñón duodenal recogido en el documento de consentimiento informado, riesgo que se materializó en el paciente, tiene una incidencia próxima al 5%, con una mortalidad próxima al 80% si el paciente precisa ser reintervenido.

-En segundo lugar, la acertada argumentación de que las afirmaciones contenidas en el escrito de reclamación están hechas *a posteriori*, cuando el daño ya se ha producido; las actuaciones médicas –se dice en el dictamen– deben de ser valoradas teniendo en cuenta el discurso de pensamiento que dirige la toma de decisiones, a partir de los datos reales presentes en ese momento, aunque luego ese discurso de pensamiento sea distinto horas después, también con datos reales, pero claramente diferentes.

-El primer discurso de pensamiento fue pensar que la hipotensión era debida a un sangrado autolimitado, lógico con los datos reales: penrose hemático, eco con poco líquido, analítica sin anemia aguda, repunte en la tensión tras el primer ringer.

-El segundo discurso de pensamiento fue claramente diferente, hipotensión vasopléjica por sepsis, porque también lo fueron los datos reales en ese momento, drenaje bilioso e hipotensión mantenida. La toma de decisiones han de ser contextualizadas en el momento en que han sido tomadas y no de forma retrospectiva sabiendo lo que ha ocurrido.

-En suma, concluye este dictamen negando la existencia de dato alguno que apoye la existencia de una mala praxis médica.

D) No existiendo, insistimos, prueba alguna en contrario, hemos de aceptar el criterio de los repetidos informes y dictamen y concluir, al igual que ellos, que no existe mala praxis alguna que permita fundar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria en el presente caso.

CONCLUSION

Única

Procede desestimar la reclamación presentada, por no concurrir criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a los Servicios públicos sanitarios, al ajustarse su actuación a 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