

En Logroño, a 25 de noviembre de 2019, 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, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, habiendo excusado su asistencia el Consejero D. Pedro Prusén de Blas por motivo justificado y siendo ponente D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, emite, por unanimidad, el siguiente

## **DICTAMEN**

**114/19**

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm. Sra. Consejera de Salud, en relación con la *Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada por D<sup>a</sup> B.C.M. en representación de su hijo tutelado P.C.S. por los daños y perjuicios que entiende causados por retraso en el tratamiento de una crisis epiléptica y que valora en 200.000 euros.*

## **ANTECEDENTES DE HECHO**

### **Antecedentes del Asunto**

#### **Primero**

**1.** Mediante escrito de fecha 4 de septiembre de 2017, presentado en la Oficina General de Registro del Gobierno de La Rioja en la misma fecha, la expresada reclamante, en nombre y representación de su citado hijo, del que es tutora legal, formula una reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración pública sanitaria de la CAR, alegando los siguientes hechos:

*-“El día 19 de agosto da 2017, sobre las 2 de le madrugada, se avisó al 112, a través del Servicio de Atención Domiciliaria, por disponer del Servicio por la discapacidad del 75% de mi hijo tutelado (el paciente). La UVI móvil se desplazó a nuestro domicilio ya que las crisis epilépticas (del paciente) no cesaban, definitivamente incluso después de administrarle en casa, durante las horas anteriores, tres dosis (en diferentes horas) de Bucolam 5 mg (Midazolam) y no deber administrar más dosis (por prescripción de su Neurólogo).*

*-Manifestado este extremo a los Técnicos y Médico de la UVI y presentarles un informe de la Doctora P. -Neuróloga infantil (del paciente en su infancia) en el que, con toda claridad, se manifiesta que, en caso de status, responde muy bien al Fenobarbital, ya que los otros fármacos habituales no tienen tan buena respuesta.*

*-A pesar de ello, ingresado, a las 2:26 horas, en el Servicio de Urgencias (del Hospital San Pedro, HSP, del Servicio Riojano de Salud, SERIS), y habiendo insistido en todo esto manifestado, no le proporcionan el fármaco necesario, insistiendo en prescribirle más Midazolán, fármaco que aumentaba, en ese momento, los riesgos de mi hijo de más status y daños neurológicos.*

*-Y más aún, catorce horas más tarde, y cuando (el paciente) se encontraba muy grave, y tras disputar con los Médicos sobre la situación claramente grave (porque, además el Neurólogo de turno del mediodía tardó más de media hora en presentarse al box de observación, mientras -el paciente-convulsionaba ya sin parar ni un segundo, entre una y otra sacudida) ya se determinó administrarse el Fenobarbital (14 h más tarde y con más gravedad) y prepara el ingreso en la Unidad de Medicina Intensiva UMI.*

*-Una vez administrado, mi hijo paraba de convulsionar, como, ya desde las dos de la madrugada, lo había manifestado yo, dada la gran experiencia que tengo en la enfermedad de mi hijo, que está enfermo desde los cinco meses de edad (con epilepsia) y el 11 de septiembre cumplirá los 22 años de edad.*

*-Esta situación provocó en (el paciente) un riesgo altamente innecesario de edema cerebral, además de provocar, claramente, una pérdida neuronal, que se podía evitar y que ha provocado en (el paciente) menos estabilidad en el movimiento corporal, ya de por sí deteriorado, y daño moral por desprotección y miedo a morir sin ser atendido adecuadamente”.*

2. La reclamante acompaña diversos informes médicos, y solicita una indemnización de 200.000 euros.

## **Segundo**

Mediante Resolución de 31 de octubre de 2017, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del día inmediato anterior y se nombra Instructor del procedimiento.

## **Tercero**

Por carta del mismo día, se comunica, a la interesada, la iniciación del expediente, informándole de los extremos exigidos por los artículos 24.1.2º y 91.3 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento administrativo común (LPAC'15); y, por comunicación de ese mismo día, el Instructor se dirige a la Dirección del Área de Salud de La Rioja-HSP, solicitando que se le remitan cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estimen de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada, por los Servicios de Urgencias, Medicina intensiva y Neurología del HSP de Logroño, copia de la historia

clínica relativa a la asistencia reclamada, exclusivamente y, en particular, informe de los Facultativos intervinientes acerca de la existencia prestada y situación actual del expresado paciente.

#### **Cuarto**

Mediante escrito de 14 de junio de 2018, la Dirección del Área de Salud remite, al Servicio de Asesoramiento y Normativa, la historia clínica y los informes aportados por las Dras. N.B.M. y B.M.T.

#### **Quinto**

Por escrito de 15 de junio, el Instructor traslada a la Dirección General de Asistencia, Prestaciones y Farmacia, copia del expediente 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 sobre la reclamación planteada.

#### **Sexto**

Del informe, emitido el siguiente 25 de octubre de 2018, transcribimos su **discusión científico-técnica**:

1/ (La reclamante) *dice en su escrito* (lo transcribe y añade que)... *cabe deducir que la reclamante achaca una cierta negligencia o mala praxis, en la actuación profesional de los Médicos que intervienen en la atención de su hijo en (el Servicio de) Urgencias, el 19/08/2017...*(a este respecto el informante señala lo siguiente:)

*-El paciente acude (al Servicio de) Urgencias del HSP, enviado por el 061, a las 2:26 horas del 19/08/2017. Es atendido, en primer lugar, por el Médico de Urgencias que, una vez explorado y realizadas las pruebas complementarias, solicita la colaboración del Dr. F.C.A, Especialista en Neurología, y de guardia en esos momentos. El Dr. C. anota lo siguiente:*

*«Paciente en seguimiento en edad pediátrica en nuestro Hospital por Síndrome de Lennox-Gastaut, y con seguimiento en Barcelona. Presenta peor control de su epilepsia desde hace meses, que suelen manejar con Bucolan (Midazolán) de rescate. Hoy, tras varios días durmiendo mal, ha presentado cuadro de crisis de repetición, que ha requerido de administración de hasta tres rescates, motivo por el que acuden ahora (al Servicio de) Urgencias, donde ha presentado nueva crisis, que se ha controlado con Midazolán iv. Han llamado esta mañana a su Neurólogo de referencia (ubicado en Barcelona), que ha recomendado aumentar el Trileptal de 150, cada 8 horas, a 300, cada 8 horas. La exploración resulta imposible, por estar el paciente tratado con Midazolán. El plan es aumentar el Trileptal, a 300, cada 8 horas, y seguir igual con el resto de medicación. Observación en la noche. Si, por la mañana, se encuentra en situación basal, remitir a Consultas externas (del Servicio de Neurología. En caso de nuevos episodios como el que ha presentado hoy, volver acudir (al Servicio de) Urgencias».*

*-A las 9:47 reevaluó al paciente, por haber presentado nuevas crisis esta noche. Propongo a su madre aumentar un poco la dosis de Valproico a 1.500/12 horas desde 1.400, aportando ahora una dosis extra de 400 mg, vía intravenosa. A petición de la madre, comento el caso con su Neurólogo habitual en Barcelona, que está de acuerdo con la nueva pauta. La Enfermera de turno de mañana, en el Servicio de Urgencias, anota:*

*«El paciente, a las 8 de la mañana, está en la cama, adormilado. Su madre está con él. Se toma su medicación habitual con ella sobre las 10 am, que continua adormilado. Las constantes son estables. Viene (un Médico del Servicio de) Neurología, a valorarlo y se aplica el tratamiento pautado de Ácido Valproico sobre las 11:30 horas. Cuando estábamos en la habitación para realizar extracción sanguínea, se observa unas dos convulsiones de corta duración que ceden solas».*

*-Sobre las 13 horas, el paciente continúa teniendo convulsiones muy frecuentes, y la familia empieza a verbalizar su preocupación y que le gustaría que le viera el Neurólogo de guardia. El Médico (del Servicio) de Urgencias a cargo de él, va a la habitación y explica: que los Neurólogos vendrán en cuanto sea posible. La familia vuelve a llamar inmediatamente porque el paciente continúa convulsionando. Los Médicos (del Servicio) de Urgencias hablan con el Neurólogo que se encuentra en el Servicio, acude a verle y se decide trasladar al paciente a REA (...).*

*-Cuando (el paciente) acude (al Servicio de) Urgencias del HSP, presenta nueva crisis y le aplican, Midazolán intravenoso, que logra controlar la crisis, y avisan inmediatamente al Neurólogo de guardia, Dr. C. (de cuya actuación resalta lo siguiente):*

*«(Observa que), cuando acude a visitar al paciente de manera inmediata, el paciente está sin crisis y bajo los efectos del Midazolán suministrado, tanto en su domicilio como en (el Servicio de) Urgencias. Valora al paciente, observa el TAC cerebral que se le ha realizado y ve que es normal; la analítica de sangre, sin alteraciones significativas, con los niveles de Ácido Valproico en rango terapéutico; y recomienda aumentar el Trileptal a 300 mg, cada 8 horas, y observación en el Servicio de Urgencias, durante la noche.*

*Comenta que no le administró Fenobarbital porque, cuando acude, el paciente estaba controlado clínicamente y, por tanto, en ese momento, no se encontraba en status epiléptico y, además, ese control se había conseguido con un fármaco de primera línea, como es el Midazolán.*

*También comenta que, en adultos, solo se recomienda el uso de Fenobarbital como fármaco de rescate en el status epiléptico, y queda claro que esa no era la situación en aquéllos momentos. A mayor abundamiento, refiere que el tratamiento con Fenobarbital de manera asociada al de Midazolán, en un paciente sedado, como era el caso, puede potenciar la sedación e inducir a depresión respiratoria y así se lo comentó a la familia.*

*Afirma que no se le enseñó ningún informe de la Dra. P, Neuropediatra del Hospital, y reitera que, en cualquier caso, no era el uso de Fenobarbital en ese momento aconsejable sino, más bien, lo contrario.*

*Acaba el Dr. C. manifestando que, antes de abandonar el HSP y de comentar el caso con el compañero que entraba de guardia, visitó al paciente, que había pasado la noche sin crisis y propuso aumentar la dosis de Ácido Valproico.*

*(Añade) también que, a petición de la familia, comentó el caso con el Neurólogo de referencia de Barcelona, que lleva al paciente, y estuvo totalmente de acuerdo con el tratamiento que había propuesto».*

*-Por lo expuesto... la actuación profesional del personal que atendió, en ese intervalo de tiempo, en (el Servicio de) Urgencias del HSP al paciente, fue correcta y adecuada a la situación clínica exigible en ese momento. No encuentro dato o circunstancia que pueda ser síntoma de sospecha de negligencia mala praxis, como afirma la madre del paciente en su escrito de reclamación. Encuentro justificada, médicamente, la actuación de los Facultativos y la no utilización, en esos momentos, del Fenobarbital.*

2/ También en su escrito, (la reclamante) hace mención a que no es la primera vez que este le sucede y hace mención al año 2003, a un traslado en UVI móvil al Hospital de Cruces en Bilbao... (y a que) «en febrero de 1995, en (el Servicio de) Urgencias del Hospital San Millán le diagnosticaron gases y lo enviaron a casa, y al día siguiente hubo que enviarlo al Hospital Miguel Servet de Zaragoza... Basta de errores y negligencias que han provocado daños irreversibles en (el paciente) con una discapacidad del 75%» (a este respecto, el informante señala lo siguiente:)

*-De los datos clínicos del historial del paciente,... no se desprende la conclusión de la reclamante... lamentablemente, desde los 5 meses de vida, (el paciente) es diagnosticado de epilepsia parcial, secundariamente generalizada, y seguido en su evolución por los Servicios sanitarios, tanto de La Rioja, como de otras Comunidades Autónomas. Hace mención expresa del año 2003, cuando es enviado, en UVI móvil, al Hospital de Cruces de Bilbao y no le suministraron un medicamento hasta que no lo autorizó el Dr. P, Facultativo (del Hospital) de Cruces. Y, en el contexto de la reclamación, lo juzga como una negligencia o mala praxis. Sin embargo, el informe de alta del Hospital de Cruces, referido a este episodio, dice, entre otras cosas, lo siguiente:*

*«Ingresó (en el Servicio de) Urgencias, el 12/12/2003, debido a presentar en su ciudad de origen crisis de tipo parcial, cada vez con mayor frecuencia, llevando a la sospecha de un status subintrante, que no cedía a la Fenitoina iv. (intravenosa) ni al Fenobarbital iv. Debido al temor de descompensación irreversible, es enviado de urgencia con una unidad medicalizada. Una vez ingresado en la UCI, las crisis se controlaron, manteniendo el tratamiento inicial y no han recurrido el tiempo en que está hospitalizado».*

*-Es decir la actuación de los Especialistas del entonces Hospital San Millán, no sólo fue correcta y oportuna para la vida del paciente, sino que también contempló el uso de Fenobarbital. Ello no obsta a que, en el traslado, por el personal sanitario y dada la clínica del paciente, se consultara con un Especialista en epilepsias, del Hospital de Cruces, a donde se dirigían, para exponer la situación clínica que, en aquél momento, tenía (el paciente infantil), y se decidiera la aplicación, nuevamente, de Fenobarbital. A mi modo de ver, esa actuación, no sólo no es negligente, sino la más correcta posible dadas las circunstancias.*

*-Respecto al otro episodio que narra, referido al año 1996, en (el Servicio de) Urgencias, carezco de la información clínica, dado el tiempo transcurrido, pero no tiene nada de particular que en (dicho Servicio de) Urgencias, (que es un Servicio que, por su propia naturaleza, su objetivo básico es valorar el riesgo inmediato para la vida y/o órgano de las pacientes que, acuden, sentando un juicio diagnóstico provisional y estableciendo graduaciones en las necesidades de atención médica), detectaran problemas digestivos.*

*-Debemos tener en cuenta, que el tratamiento de las epilepsias es complejo y no se reduce a la simple administración de fármacos, sino que requiere tener siempre en cuenta la realidad global del paciente y, con relativa frecuencia, se exige un abordaje multidisciplinario, ya que, en algunos pacientes, se asocia, además, un componente psicológico o psiquiátrico...; y, además, es importante monitorizar los niveles plasmáticos, ya que tiene un componente individual y su eficacia y toxicidad también tienen un componente personal. Por ello, utilizar un determinado fármaco como el Fenobarbital, sobre todo a dosis altas, exige un control exhaustivo... que exige una monitorización continua (...).*

*-Creo que la atención al paciente, en todos los episodios descritos ... ha sido correcta y, por tanto, no observo ni errores, ni negligencia, ni mala praxis (...).*

-Los informes médicos, por ejemplo el de la CUN, en el 2015, incluyen, dentro del diagnóstico, el concepto de discapacidad intelectual y el Síndrome de Lennox-Gastaut, del que está diagnosticado el paciente. En la Guía para el diagnóstico y tratamiento de la epilepsia, realizada, en el 2008, por la Sociedad Española de Neurología, se dice textualmente:

«El Síndrome de Lennox-Gastaut es una encefalopatía epiléptica que se caracteriza por la siguiente triada: i) diversos tipos de crisis epilépticas: crisis tónicas axiales casi patognomónicas (en el 92% de los pacientes), crisis atónicas (26-56%), ausencias atípicas (20-65%), estado de mal no convulsivo (50-66%); crisis tónico-clónicas, crisis parciales, espasmos y crisis mioclónicas; ii) actividad intercrítica difusa, de punta-onda lenta (<3 Hz) con predominio frontal en el electroencefalograma (EEG) de vigilia y brotes de ritmos rápidos (10-25 Hz) durante el sueño; y iii) deterioro mental, en el 95 % de los pacientes».

-Resulta, pues, inaceptable, desde cualquier prisma científico-médico, el que pueda atribuir a una posible deficiencia en la atención (que, por otro lado y por las razones expuestas, no percibo), la causa del deterioro del paciente y su posterior grado de discapacidad”.

## Séptimo

1. Obra, seguidamente, en el expediente, el informe pericial de la Consultora médica P, de fecha 1 de febrero de 2019, emitido a instancia de la Aseguradora del SERIS, que establece las siguientes **conclusiones médico-periciales**:

1/ El manejo de las crisis epilépticas en el Servicio de Urgencias fue correcto.

2/ No existía ninguna justificación médica para iniciar tratamiento con Fenobarbital intravenoso, hasta que no se constate status epiléptico.

3/ El manejo inicial de las crisis autolimitadas con Midazolam y Valproico es acorde a todas las Guías de práctica clínica.

4/ Los episodios epilépticos sufridos por el paciente no le ocasionaron ningún daño neurológico.

5/ La discapacidad que presenta el paciente es previa a estos episodios y consecuencia de su enfermedad de base.

2. Dicho informe termina con la siguiente **conclusión final**:

“La praxis en relación al manejo del paciente en el HSP de Logroño se considera acorde a la lex artis ad hoc”.

## Octavo

Mediante escrito, dirigido a la interesada, de 4 de febrero de 2019, el Instructor dió trámite de audiencia, por término de 15 días hábiles. La interesada presentó un escrito de alegaciones el siguiente día 27 de dicho mes y año.

### **Noveno**

Con fecha 5 de septiembre de 2019, el Instructor del expediente emite la Propuesta de resolución en el sentido de que se desestime la reclamación por no ser imputable el perjuicio alegado al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios.

### **Décimo**

La Secretaria General Técnica, el día 5 de septiembre, remitió, 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 17.

## **Antecedentes de la consulta**

### **Primero**

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 20 de septiembre de 2019, y registrado de entrada en este Consejo el 30 de septiembre de 2019, 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 2 de octubre de 2019, 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**

1. En el presente caso, se reclama una indemnización superior a 50.000 euros (en concreto, 200.000 euros), por lo que nuestro dictamen es preceptivo, a tenor de lo establecido en el artículo 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la Ley 7/2011, de 22 de diciembre, en relación con: i) el art. 65.4 de la Ley riojana 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y régimen jurídico de la Administración de la CAR, redactado por la precitada Ley riojana 7/2011; y ii) el art. 81.2 de la Ley estatal 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas (LPAC'15); preceptos de los que resulta que procede recabar el dictamen del Consejo de Estado o del Órgano consultivo de la Comunidad Autónoma respectiva, en este caso el Consejo Consultivo de La Rioja, cuando el importe de la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros.

2. En cuanto al contenido del dictamen, a tenor del art. 81.2, párrafo 3, de la LPAC'15, el mismo 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 LPAC'15, así como en el art. 34.2 de la Ley estatal 40/2015, de Régimen jurídico del Sector Público (LSP'16), que se remite a los criterios de la legislación en materia fiscal, de expropiación forzosa y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado; y pudiendo, en los supuestos de muerte o lesiones corporales, tomar como referencia la valoración incluida en los baremos de la normativa vigente en materia de seguros obligatorios y de la Seguridad social.

### **Segundo**

#### **Sobre los requisitos exigidos para que surja la responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas.**

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución, 32.1 LSP'15 y 65, 67, 81, 91.2 LPAC'15) 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 (plazo que, en el caso de daños personales de carácter físico o psíquico, empezará a computarse desde la curación o determinación del alcance de las secuelas).

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 supuesto**

1. Este Consejo comprende la angustia y preocupación constante de la interesada que, en nombre de su hijo, plantea la presente reclamación, a raíz de la atención prestada a éste en el Servicio de Urgencias del HSP el 19 de agosto de 2017, tras padecer una crisis epiléptica.

La patología del paciente, que tiene hoy 24 años de edad, se inició a los cinco meses de vida, en que fue diagnosticado de epilepsia parcia, secundariamente generalizada, y continúa hasta la fecha, con reiteración de episodios y crisis, siendo atendido, además de por los Servicios sanitarios riojanos, en el Hospital *Miguel Servet* de Zaragoza, el Hospital *Cruces* de Bilbao, el Hospital *M.* de Barcelona, la CUN y en el Centro *C.C.S.* de Barcelona.

2. Los informes médicos de la CUN, en el año 2015, incluyen, dentro del diagnóstico el concepto de discapacidad intelectual y el *Síndrome de Lennox-Gastaut*. Este Síndrome es una encefalopatía epiléptica que se caracteriza por la siguiente triada: i) diversos tipos de crisis epilépticas: crisis tónicas axiales casi pantognomómicas (en el 92 % de los pacientes), crisis atónicas (26-56 %), estado de mal no convulsivo (50-66 %), crisis tónico-clónicas, crisis parciales, espasmos y crisis mioclónicas; ii) actividad intercrítica difusa de punta-honda lenta (<3Hz) con predominio frontal en el electroencefalograma de vigilia y brotes de ritmos rápidos (10-25 Hz) durante el sueño; y iii) deterioro mental en el 95 % de los pacientes.

3. Es evidente la gravedad de la patología que afecta al paciente, el sufrimiento del mismo y el sufrimiento, angustia y preocupación de su madre que, insistimos, este Consejo comprende. Ahora bien, nuestra comprensión no nos lleva a admitir la concurrencia de una mala praxis en la asistencia prestada al paciente que permita fundar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria riojana. Es más, estimamos incluso dudoso que se haya producido un daño indemnizable, afirmación que fundamos en el tercer apartado del suplico del escrito de alegaciones presentado, en trámite de audiencia, por la madre del paciente, cuyo último párrafo dice textualmente “*que, dado que se produjo una estabilidad emocional tras pasado un tiempo y parece que, como consecuencia de dicha actuación, no se han producido daños neurológicos irreversibles, reiteramos que se renunciaría a la indemnización solicitada en concepto de daños y perjuicios*”.

4. Por otra parte, en los dos primeros apartados de ese suplico, podemos encontrar argumentos que nos permiten rechazar la infracción de la *lex artis* en que, de adverso, se pretende fundar la responsabilidad de la Administración.

En efecto, la doble pretensión que se deduce en dichos párrafos es, en síntesis: i) por un lado que, cuando se acuda al Servicio Riojano de Salud, siempre que la madre manifieste que ha administrado domiciliariamente al paciente la primera línea de tratamiento, se pase directamente a la administración de *Fenobarbital*; y ii) por otra parte, que, durante el ingreso del paciente en el Hospital o en el Servicio de Urgencias se garantice su derecho a acompañamiento permanente de un familiar, dada su minusvalía por discapacidad severa del 75 %.

Porque esa es, precisamente, la mala praxis que la madre reclamante imputa a los Servicios sanitarios riojanos, en su escrito inicial de la reclamación: que no se le hiciera caso al pedir que, en la atención prestada en el Servicio de Urgencias el día 19 de agosto de 2017, se le administrara directamente *Fenobarbital*.

A) En primer lugar, no resulta admisible la pretensión de sustituir el criterio del profesional interviniente en cada atención por el de la madre del paciente. Ningún Facultativo se arriesgaría a asumir tal riesgo y responsabilidad. Por otra parte, no hay prueba alguna de que, tanto en el Servicio de Urgencias como en las demás asistencias prestadas, en general, en el HSP de Logroño, se haya conculcado la *lex artis ad hoc*.

Pese a dicha falta de prueba, hemos optado por transcribir casi íntegramente la discusión científico-técnica del informe de la Inspección médica, por el detalle y minuciosidad con que analiza los distintos aspectos de la reclamación y las diferentes asistencias prestadas, en ésta y en ocasiones anteriores, al paciente; y, a su contenido, nos remitimos pues, frente a los informes de profesionales y valoraciones técnicas en ellos contenidos, no puede prevalecer la profana, y parcial, opinión y valoración de la madre del paciente.

B) Por lo que se refiere a la no administración de *Fenobarbital* al tiempo del ingreso en el Servicio de Urgencias, como pretendía ésta, se dice en aquel informe de la Inspección médica (como antes hemos transcrito) que: “*cuando (el paciente) acude (al Servicio de) Urgencias del HSP, presenta nueva crisis y le aplican, Midazolán intravenoso, que logra controlar la crisis, y avisan inmediatamente al Neurólogo de guardia, Dr. C. (de cuya actuación resalta lo siguiente:)*

«(Observa que), *cuando acude a visitar al paciente de manera inmediata, el paciente está sin crisis y bajo los efectos del Midazolán suministrado, tanto en su domicilio como en (el Servicio de) Urgencias. Valora al paciente, observa el TAC cerebral que se le ha realizado y ve que es normal; la analítica de sangre, sin alteraciones significativas, con los niveles de Ácido Valproico en rango terapéutico; y recomienda aumentar el Trileptal a 300 mg, cada 8 horas, y observación en el Servicio de Urgencias, durante la noche.*

*Comenta que no le administró Fenobarbital porque, cuando acude, el paciente estaba controlado clínicamente y, por tanto, en ese momento, no se encontraba en status epiléptico y, además, ese control se había conseguido con un fármaco de primera línea, como es el Midazolán.*

*También comenta que, en adultos, solo se recomienda el uso de Fenobarbital como fármaco de rescate en el status epiléptico, y queda claro que esa no era la situación en aquellos momentos. A mayor abundamiento, refiere que el tratamiento con Fenobarbital de manera asociada al de Midazolán, en un paciente sedado, como era el caso, puede potenciar la sedación e inducir a depresión respiratoria y así se lo comentó a la familia.*

*Afirma que no se le enseñó ningún informe de la Dra. P., Neuropediatra del Hospital, y reitera que, en cualquier caso, no era el uso de Fenobarbital en ese momento aconsejable sino, más bien, lo contrario.*

*Acaba el Dr. C. manifestando que, antes de abandonar el HSP y de comentar el caso con el compañero que entraba de guardia, visitó al paciente, que había pasado la noche sin crisis y propuso aumentar la dosis de Ácido Valpróico.*

*(Añade) también que, a petición de la familia, comentó el caso con el Neurólogo de referencia de Barcelona, que lleva al paciente, y estuvo totalmente de acuerdo con el tratamiento que había propuesto».*

C) Queda, pues, descartada la existencia de mala praxis alguna en la atención prestada en el Servicio de Urgencias del HSP que motiva la reclamación. El informe de la Inspección médica rechaza, asimismo, que concurriera en los otros episodios que relata el escrito planteando la reclamación como el del traslado en UVI móvil al Hospital de Cruces de Bilbao en el año 2003 o el, aún muy anterior, de febrero de 1995, en el que, en el Servicio de Urgencias del HSP, le diagnosticaron gases y enviaron a su domicilio y, al día siguiente, hubo que enviarlo al Hospital *Miguel Servet* de Zaragoza. Nada añadimos a lo argumentado en el repetido informe, máxime cuando, dado el tiempo transcurrido, cualquier reclamación sobre tales actuaciones resultaría extemporánea.

## CONCLUSIONES

### Única

Procede desestimar la reclamación planteada, al no haberse acreditado la concurrencia de criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a la Administración sanitaria y haberse ajustado la actuación de los profesionales 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