

En Logroño, a 22 de octubre de 2018, 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 y D. Pedro María Prusén de Blas, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, habiéndose ausentado el Consejero D. José Luis Jiménez Losantos, por concurrir en el mismo causa legal de abstención, y siendo ponente D. Joaquín Espert-Pérez Caballero, emite, por unanimidad de los asistentes, el siguiente

## **DICTAMEN**

**97/18**

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>. T.M.I. y sus hijos D. C. y D. C.S.M., por los daños y perjuicios que entienden causados por el fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, D. C.S.C., tras habersele practicado una hemicolectomía, con resultado de fallecimiento por sepsis, y que valoran en 1.200.000 euros.*

## **ANTECEDENTES DE HECHO**

### **Antecedentes del Asunto**

#### **Primero**

Mediante escrito de 25 de octubre de 2017, registrado de entrada en la misma fecha, los expresados interesados plantean una reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración pública, que se fundamenta en los siguientes hechos:

*“PRIMERO.- Hacia los meses de abril 1 mayo 2016 (al paciente), en una revisión médica rutinaria de las que se venía haciendo por recomendación de su Médico de atención primaria (MAP), y a través de los pertinentes análisis, le fue observada sangre en las heces, por lo que se le recomendó una colonoscopia, durante la cual -según se le informó posteriormente a su realización- le fueron observados dos pólipos; uno de los cuales, le fue extraído; no así el otro, el cual, según el sanitario informante, "se le resistió", optando por no forzar la maniobra quirúrgica.*

*SEGUNDO.- Ante ello y siguiendo la recomendación de los Dres. que le atendieron, se le volvió a citar para llevar a cabo esa "disección" (palabra no empleada en términos técnicos sino coloquiales) para el mes de agosto del mismo año: 2016. No obstante, según se informó a paciente y familiares, esa intervención también resultó infructuosa, por lo que por el personal sanitario que le atendió se le indicó la necesidad de llevar a cabo esa extracción, si bien, dada la dificultad que presentaba a la*

*retirada del pólipo por medios “simples”, a través de cirugía, y, más concretamente, por medio de laparoscopia. Siguiendo los consejos médicos en cuanto a la conveniencia de la retirada del cuerpo extraño, el paciente aceptó la realización de tal técnica médica.*

*TERCERO.- Se llevaron a cabo las pruebas analíticas que se le prescribieron para esa actuación, volviendo a reunirse el paciente junto con su esposa con el Dr. que le venía atendiendo, quién, a la vista de las pruebas efectuadas, les informó de que la intervención se iba a llevar a cabo por laparoscopia, indicándoles que era el tratamiento más recomendado para actuación como la que se debía realizar.*

*CUARTO.- La intervención se llevó a cabo el día 26 octubre 2016, a cuya finalización los Facultativos informaron a los familiares que había “ido todo normal y sin complicaciones”, por lo que transcurrido un tiempo prudencial, se le pasaría a planta, como así sucedió. Una vez los familiares pudieron acudir a visitar en planta al paciente, ya en la habitación, transcurrido un tiempo, aquél comenzó a manifestar molestias que, además fueron acompañadas de calor cercano a fiebre. Ningún sanitario de los que pasaron por la habitación dio mayor transcendencia a ello, achacándolo al “postoperatorio”. No obstante, esa situación de calor la mantuvo el paciente durante el resto del día.*

*QUINTO.- El siguiente día 27, cuando la esposa compareciente acudió a la habitación en que había quedado ingresado hacia las 7,30. horas, el paciente le manifestó que había pasado mala noche, con dolores, presentando ya una temperatura alta con sudoración. En la visita de postoperatorio, el paciente le manifestó al Médico que la realizó que se le estaba hinchando la zona del estómago, presentaba dolores y persistía, con mayor intensidad el “calor” (fiebre) y la sudoración. A lo que parece, el Facultativo recomendó tan solo analgésicos para el dolor.*

*SEXTO.- En la tarde de asimismo día 27, al inicio de la tarde, entre las 16.30 y las 17 horas, la zona ventral presentaba ya una fuerte hinchazón, se le mantenían los dolores y persistía la situación febril por lo que los familiares reclamaron la presencia de un Facultativo, el cual acudió, y requirió una analítica que se llevó a cabo con carácter urgente. Tras la misma, se decidió intervención quirúrgica, finalizada la cual fue trasladado a la Unidad de Medicina Intensiva en la que quedó ingresado. No obstante todo ello, al presentar una sepsis grave, junto con shock séptico con disfunción multiorgánica, falleció en la madrugada del día 28, y, concretamente, a las 5,19 horas.*

*SÉPTIMO.- La peritonitis que presentaba el paciente y que provocó la sepsis grave y la posterior disfunción multiorgánica fue ocasionada por una perforación en intestino delgado, producida durante la intervención quirúrgica, así como por la demora en adoptar medidas para paliarla, pese a la sintomatología que el paciente presentó de manera inmediata al posoperatorio”.*

## **Segundo**

Mediante Resolución de 25 de octubre de 2017, se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del mismo día y se nombra instructor del procedimiento.

## **Tercero**

Por carta del siguiente día 26 de octubre, se comunica, a la primera de los interesados, la iniciación expediente, informándole de los extremos exigidos por los arts. 24.1, 2º párrafo y 91.3, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas (LPAC'15).

Mediante comunicación interna del día 30 de octubre, el Instructor se dirige a la Dirección del Área de Salud de La Rioja-Hospital *San Pedro*, solicitando la remisión, en un plazo de 10 días, de cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada en el Hospital *San Pedro* Al paciente, copia de la historia clínica, relativa a la asistencia reclamada, posterior al 1 de abril de 2016, exclusivamente y, en particular, informe de los Facultativos intervinientes acerca de la asistencia prestada.

La solicitud es atendida, el 7 de marzo de 2018, por escrito, al que se adjunta la historia clínica y los informes de los Dres. A.P.S., T.H.A., M.A.M., E.P.M., A.P.I y B.S.T. y de las ATS A.I.I.S., M.P.M.L. y E.B.A.

#### **Cuarto**

Con fecha 8 de marzo de 2018, el Instructor 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.

#### **Quinto**

Figura, a continuación, en el expediente, un dictamen médico de la Consultora médica *Promede*, emitido a instancia de la Aseguradora, de fecha 29 de marzo de 2018, que establece las siguientes conclusiones generales y final:

- 1. Hubo lesión intestinal inadvertida que puede ocurrir entre el 40-50% de los casos de lesiones intestinales durante la cirugía laparoscópica.*
- 2. La lesión intestinal inadvertida en el curso de la cirugía laparoscópica está descrita, es posible, casual, imprevisible e inherente a la técnica quirúrgica, que, en ocasiones, puede causar la muerte.*
- 3. Tuvo una peritonitis de contenido intestinal alto que, aunque se diagnosticó en el tiempo adecuado para haber tenido buen resultado, tuvo una evolución muy agresiva.*
- 4. La perforación se reparó correctamente empleando la vía abierta.*
- 5. Se emplearon correctamente los recursos de la UCI, así como las medidas de necesarias para haber superado la peritonitis.*

(6. Como conclusión final, el dictamen señala que:) *a la vista de los documentos contenidos en la historia clínica y en los informes aportados, no existen datos para concluir que se prestase una deficiente asistencia sanitaria ni que existiera negligencia ni mala praxis en el manejo del episodio asistencial del paciente; ajustándose a la lex artis ad hoc*”.

### **Sexto**

El Informe de la Inspección médica es de fecha 13 de abril de 2018 y, en base a los hechos reflejados y a la bibliografía consultada, establece las siguientes conclusiones generales y final:

*1ª. La intervención realizada de hemicolectomía derecha por vía laparoscópica estaba correctamente indicada por la patología que presentaba el paciente, pólipo en el ángulo hepático no resecable endocópicamente de características preneoplásicas. Esta fue realizada de manera adecuada y sin presentar incidencias durante la misma.*

*2ª. No habiendo quedado documentados errores técnicos durante la intervención y teniendo en cuenta que, tanto la infección abdominal, como la perforación de intestino, son posibles complicaciones de la cirugía laparoscópica de colon, conocidas y descritas en la literatura médica, estas no pueden atribuirse a una mala praxis del Servicio de Cirugía.*

*3ª. Además, dichas complicaciones quedan recogidas en el consentimiento informado de la intervención firmado por el paciente (infección intraabdominal y lesiones de órganos vecinos), haciéndose referencia en el mismo a que pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente, puede producirse la muerte, como desafortunadamente sucedió en este caso.*

*4ª. No puede considerarse inadecuada la actuación seguida por el Servicio de Cirugía tras hemicolectomía ya que:*

*-En las primeras 24 horas del postoperatorio, la situación del paciente era de estabilidad clínica, sin presentar síntomas que hicieran sospechar la existencia de ningún tipo de complicación abdominal, no procediendo a realizar actuaciones distintas a las realizadas. No consta que presentara sensación distérmica o fiebre, ni dolor abdominal fuera del correspondiente a la propia intervención, tal y como se indica en la reclamación.*

*-Posteriormente, presenta un rápido y progresivo empeoramiento, presentando una situación clínica con signos exploratorios sugestivos de patología abdominal de gravedad (hipotensión arterial, taquicardia, aumento del dolor abdominal, leucopenia...) que fueron oportunamente valorados por los Facultativos y que justifican la indicación que se hizo de cirugía exploradora de urgencia. Dicha intervención tuvo lugar a las pocas horas de la aparición de los síntomas, pudiendo considerar que se realizó con la oportuna celeridad sin apreciar una demora injustificada en su realización, tal y como se reclama.*

*-El tratamiento quirúrgico realizado fue el indicado ante la situación que presentaba y adecuado a la patología que se encontró, perforación intestinal y peritonitis, al proceder a suturar la perforación y realizar la correspondiente limpieza de la cavidad abdominal.*

(5ª. Como conclusión final, expresa el informe que:) *pese a los oportunos tratamientos administrados; posteriormente, la evolución fue desfavorable, no consiguiendo evitar que progresara a un cuadro de shock séptico con fracaso multiorgánico por el que falleció. Por lo expuesto, y pese a que la evolución del paciente no haya sido la esperada y haya fallecido como consecuencia de complicaciones surgidas tras una intervención de hemicolectomía laparoscópica, no se puede considerar que la asistencia sanitaria prestada en el servicio público de salud no haya sido adecuada y ajustada a la lex artis*".

### Séptimo

Por escrito de 13 de abril de 2018, se confiere trámite de audiencia a los reclamantes, a quienes, el siguiente día 27, se les facilita copia de las páginas 17 a 84 del expediente, después de lo cual, presentaron escritos de alegaciones, tras solicitud de documentación clínica adicional y ampliación del plazo, los días 15 de mayo y 12 de junio de 2018; y, con fecha 19 de junio, presentaron otro escrito, al que adjuntaron un informe pericial, del Dr. J.M.L.T., de fecha día 10 anterior, que establece las siguientes conclusiones:

*"1. Se trata de un paciente con una lesión benigna (adenoma ángulo hepático del colon), no extirpable por vía colonoscópica. La indicación quirúrgica, los estudios preoperatorios, el Consentimiento Informado y la técnica propuesta son correctos.*

*2. El protocolo operatorio no se ajusta a lo esperable. No se especifica la técnica de creación del neumoperitoneo ni consta si se adoptaron las medidas básicas para prevenir la punción accidental, o si se realizó la pertinente revisión de los puntos de punción. En un caso de punción inadvertida de un asa intestinal, no es ajustado a la lex artis no haber adoptado las medidas necesarias para evitarla y/o detectarla inmediatamente.*

*3. El paciente presentó un cuadro de dolor precoz, persistente, "controlado" con medicación, que, probablemente, no fue bien ponderado (ningún Médico evaluó al enfermo durante las primeras 24 horas).*

*4. En la medianoche del día 26 presentaba signos compatibles con el desarrollo de un SRIS (Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica) acompañados de oliguria, elevación progresiva de procalcitonina y resto de parámetros analíticos. Ello debió ser motivo de alarma desde el primer momento, dado que una evolución así no es habitual tras una resección intestinal laparoscópica.*

*5. A pesar de la evidencia de los signos y síntomas descritos, ya presentes en las primeras 24 horas del postoperatorio, ningún Facultativo ordenó la realización de prueba alguna que permitiera descartar la existencia de una complicación intraabdominal.*

*6. Resulta incomprensible que, existiendo certeza clínica y analítica de que había un problema postoperatoria grave a las 9:22h, se optara por esperar a ver la evolución y, posteriormente, repetir la analítica. Ello supuso una demora añadida de 8 horas (el diagnóstico precoz y el tiempo, en una sepsis, son cruciales).*

*7. Una vez establecido –obviamente, de forma tardía- el diagnóstico de peritonitis con grave repercusión sistémica, el tratamiento definitivo de la complicación consistió en una nueva intervención quirúrgica que, aunque correcta, se mostró ineficaz, dado el estado terminal del paciente.*

*8. Los registros aportados al expediente no cumplen el mínimo imprescindible en relación a una adecuada praxis en los cuidados y vigilancia postoperatorios. Ello, sin duda, contribuyó al retraso terapéutico y al desenlace final.*

*9. La causa del fallecimiento fue un shock séptico, de origen abdominal, secundario a una perforación intestinal, no sospechada ni detectada a tiempo”.*

### **Octavo**

Con fecha 9 de julio de 2018, 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.

### **Noveno**

La Secretaria General Técnica, el día 10 de julio, 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 día 7 de agosto de 2018.

## **Antecedentes de la consulta**

### **Primero**

Por escrito fechado el 9 de agosto de 2018, registrado de entrada en este Consejo el siguiente día 16, la Excm. Sra. Consejera de Salud del Gobierno de La Rioja, remite al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

### **Segundo**

Mediante escrito firmado, enviado y registrado electrónicamente de salida el 5 de septiembre de 2018, el Sr. Presidente del Consejo Consultivo, procedió en nombre del mismo 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 señalada.

## **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

### **Primero**

#### **Necesidad y ámbito del Dictamen del Consejo Consultivo**

A tenor del art. 81.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas (LPAC'15), cuando las indemnizaciones reclamadas sean de cuantía igual o superior a 50.000 euros o a la que se establezca en la correspondiente legislación autonómica, así como en aquellos casos que disponga la Ley Orgánica 3/1980, de 22 de abril, del Consejo de Estado, será preceptivo solicitar dictamen del Consejo de Estado o, en su caso, del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma.

A estos efectos, el órgano instructor, en el plazo de diez días a contar desde la finalización del trámite de audiencia, remitirá al órgano competente para solicitar el dictamen una Propuesta de resolución, que se ajustará a lo previsto en el artículo 91, o, en su caso, la propuesta de acuerdo por el que se podría terminar convencionalmente el procedimiento

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, como acabamos de exponer, el dictamen será preceptivo cuando la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros. Por tanto, reclamándose una cuantía de 1.200.000 euros, nuestro dictamen resulta ser preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, el párrafo final del citado art. 81 de la LPAC'15 dispone que aquél deberá 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 de acuerdo con los criterios establecidos en esta Ley.

### **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 32.1 y 2 y 34.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, del Régimen jurídico del Sector público, LSP'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.

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. En escrito presentado el 3 de mayo de 2018, a raíz de la apertura del trámite de audiencia, la primera reclamante solicitó ampliación del plazo para evacuarlo, por la dificultad de comprender y valorar los datos obrantes en el expediente, dado el carácter eminentemente técnico de los mismos y subsiguiente necesidad de acudir a asesoramiento especializado. Y, en escrito, presentado el siguiente día 10, denuncia la falta del documento de consentimiento informado para la segunda intervención, la de urgencia, realizada el día 27 de octubre de 2016, documento a que se refería un listado de notas de evolución médica, pero que no obraba en el expediente. Se denunciaba, asimismo, la falta de las analíticas referidas a ambas intervenciones quirúrgicas.

A raíz de estos escritos, y de un tercero presentado dentro del plazo de la audiencia conferida, el Servicio Riojano de Salud (SERIS) completó la documentación, aportando, entre otros, el documento de consentimiento informado para la práctica de la cirugía de urgencias, debidamente firmado por el interesado el mismo día de la intervención.

No puede decirse, por tanto, que falte el consentimiento informado, aunque, quedan evidenciadas, en el historial médico quirúrgico y en el expediente, deficiencias que pueden implicar, indudablemente, indefensión de los interesados.

2. Pero, no existiendo vulneración del derecho del paciente 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 de Derecho 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.

En este sentido, tanto los informes o dictámenes de los Facultativos y personal de enfermería intervinientes en la atención prestada al paciente, como los de la Inspección médica y de la Consultora médica *Promede*, este último emitido a instancias de la Aseguradora del SERIS, coinciden en rechazar la concurrencia de infracción alguna a *la lex artis ad hoc*.

A) Así, el dictamen de *Promede* concluye, con bastante concisión, que la lesión intestinal *inadvertida* en el curso de la cirugía laparoscópica está descrita, es posible, casual, imprevisible e inherente a la técnica quirúrgica; que la peritonitis, aunque se diagnosticó en tiempo adecuado, tuvo una evolución muy agresiva; que la perforación se reparó

correctamente empleando la vía abierta y que se emplearon correctamente los recursos de la UCI, así como las medidas necesarias para haber superado la peritonitis. Destaquemos que la primera de las conclusiones pone especial énfasis en afirmar que, en los casos de lesiones intestinales durante la cirugía laparoscópica, el que la lesión pase inadvertida puede ocurrir entre el 40-50 % de los casos. Sobre ser escuetas, las conclusiones nos parecen demasiado genéricas, sin concreción alguna.

**B)** Similar crítica nos merece el informe de la Inspección médica cuyas conclusiones, tras considerar correctamente indicada y practicada la primera intervención quirúrgica, afirma que, tanto la infección abdominal, como la perforación de intestino, son complicaciones de la cirugía laparoscópica de colon, conocidas y descritas en la literatura médica, sin que puedan atribuirse a una mala praxis; y, además, quedan recogidas en el consentimiento informado firmado por el paciente. Califica de adecuada la actuación seguida por el Servicio de Cirugía tras la hemicolectomía y considera que la situación del paciente en las primeras 24 horas después de la intervención era de estabilidad clínica, sin presentar síntomas que hicieran sospechar la existencia de ningún tipo de complicación abdominal; aunque, posteriormente, presentara un rápido y progresivo empeoramiento, con signos sugestivos de patología abdominal, que fueron oportunamente valorados y justifican la segunda intervención. Tratamiento quirúrgico que, en su opinión, fue el indicado y se realizó con la oportuna celeridad, sin apreciar una demora injustificada.

Echamos en falta, en ambos informes, la seguridad y contundencia en el rechazo de una mala praxis que suele apreciarse en otras ocasiones.

**C)** Por contra, el dictamen del Dr. L.T., encargado y aportado por los interesados, nos merece una valoración positiva. Además de ponderado, creemos que concreta y detalla los distintos pasos en la asistencia prestada, intervenciones realizadas y tratamiento postoperatorio, denunciando las deficiencias apreciadas:

-En efecto, comienza por considerar correctos la indicación quirúrgica, los estudios preoperatorios, el consentimiento informado y la técnica propuesta. Sin embargo, califica el protocolo operatorio de excesivamente escueto: no consta -afirma- ni el instrumental utilizado para la disección y hemostasia, ni los hallazgos intraoperatorios; por lo que, de su contenido, no puede afirmar ni negar el perito que la actuación quirúrgica fuera ajustada a la *lex artis*. A su juicio, la *lex artis* debe regir igualmente en la elaboración de los registros clínicos y, de modo muy especial, en el protocolo quirúrgico, dado que es fuente de información fundamental en el control postoperatorio.

-Es en el postoperatorio cuando se evidencian mayores deficiencias de información y anomalías, según el dictamen pericial. En los comentarios evolutivos, destaca la escasez de información: la T.A. (tensión arterial) que sólo se registró en una ocasión;

la F.C. (frecuencia cardíaca), en otra; no hay ningún registro de frecuencia respiratoria ni de temperatura y, sólo en dos ocasiones, se hace referencia genérica al término “afebril”, palabra que no excluye *hipotermia*. Es más, la baja temperatura puede ser un signo de gravedad extrema. Llama la atención que, pese a encontrarnos ante un paciente recién intervenido de una cirugía mayor grave (resección intestinal), entre las 13,30 h del día 26 y las 13,31 h del día 27 (24 horas!) no se consignó ninguna cifra de tensión arterial, frecuencia cardíaca y/o resto de constantes básicas (temperatura, balance hídrico, etc), si exceptuamos la diuresis.

-El perito manifiesta que hubo de complementar la escasez de datos que aparecen en las “*notas de enfermería*” con la información que se añadió en los “*informes de enfermería*”, emitidos un año después a solicitud de la Instructora del expediente. Cabe suponer -añade- que dicha información no viene de un mero ejercicio de memoria, sino que procede de algún sistema de registros que, por alguna razón, no han sido aportados al historial clínico.

-Destaca el perito que el paciente no fue valorado por ningún Facultativo hasta las 10,56 h. del día 27, casi 24 horas después de la cirugía. Y, según las notas, el Médico, en esa ocasión, tan sólo reseña que el enfermo está “afebril”, tiene “*sensación nauseosa*”, analítica ... procalcitonina 2,94, pcr 231, leucocitos 3000, y queda “*...pendiente de evolución*”.

-Sin embargo, tal y como consta en el resumen del curso clínico, a las 7 h. y a las 8 h. el paciente seguía taquicárdico, oligúrico y presentaba hipotermia en la dos mediciones realizadas. Antes del pase de visita por el Médico, “*sufre un episodio de mareo y sudoración bajando la TA 80/40 FC105x*”, episodio que puede calcularse ocurrió hacia las 9:30 h. y, sin embargo, el médico no lo reflejó en su nota de evolución.

-Estos síntomas y datos analíticos, así como la hipoglucemia, elevación de lactato (36,0 mg/dl) y neutrofilia (78,5%) son, en opinión del perito, reflejo incuestionable de que el paciente estaba desarrollando un SRIS (Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica), cuadro que estaba plenamente establecido, al menos, a las 9,22 h. de la mañana del día 27, momento en que se extrae la primera analítica (validada a las 10,55 h.) a la que el cirujano no parece haberle dado ningún valor.

-En definitiva, resulta incomprensible –concluye el perito- que, existiendo certeza clínica y analítica de que había un problema postoperatorio grave a las 9,22 h, se optara por esperar a ver la evolución y, posteriormente, repetir la analítica. Ello supuso una demora añadida de 8 horas (el diagnóstico precoz y el tiempo en una sepsis son cruciales).

-Una vez establecido –obviamente de forma tardía- el diagnóstico de peritonitis con grave repercusión sistémica, el tratamiento definitivo de la complicación consistió en una nueva intervención quirúrgica que, aunque correcta, se mostró ineficaz dado el estado terminal del paciente.

**D)** El dictamen que venimos comentando, además de detallado, en opinión de este Consejo, ha sido elaborado con un minucioso estudio de todos los antecedentes, informes, notas y datos obrantes en el expediente y nos parece convincente.

Es claro que, al ser emitido tras la apertura del trámite de audiencia, no ha sido conocido por los autores de los otros dictámenes o informes, quienes no han tenido ocasión de contradecirlo. Sin embargo, los principales argumentos de los mismos para excluir la infracción de la *lex artis*, el que la lesión sufrida esté descrita, sea posible y se contenga en el documento de consentimiento informado, no son suficientes para rechazar la concurrencia de una mala praxis, máxime cuando, según el dictamen de la Consultora médica *Promede*, el que la lesión intestinal durante la cirugía laparoscópica pase *inadvertida*, puede ocurrir entre el 40-50% de los casos. Lógicamente, ello obligaría a una mayor vigilancia y control del postoperatorio y es, precisamente, en esa fase, cuando se ha producido los fallos que entendemos suponen vulneración de la *lex artis ad hoc*, fundamento de la responsabilidad de la Administración pública sanitaria.

**3.** Por consiguiente, a la vista de la contundente prueba pericial aportada por los reclamantes y de las insuficientes justificaciones alegadas por los informes técnicos de la Administración sanitaria para justificar la observancia de la necesaria *lex artis ad hoc*, este Consejo, que es lego en Medicina, entiende, con el informe pericial aportado por los reclamantes, que, en el presente caso, no se ha observado la requerida *lex artis ad hoc* y quizá podría haberse paliado el sufrimiento del paciente o incluso haberse retrasado o evitado su fallecimiento, con una atención más temprana del Síndrome que dicho paciente presentó durante el período postoperatorio; por lo que esa incertidumbre y la zozobra que de la misma se deriva para los allegados del difunto paciente constituye un daño moral claramente indemnizable.

**4.** En cuanto a la valoración de dicho daño moral sufrido por los familiares del difunto reclamantes (a causa de la zozobra experimentada por los mismos y de la incertidumbre que se les ha producido sobre si una atención sanitaria más diligente hubiera podido paliar el sufrimiento y retrasar o evitar el fallecimiento del paciente), es de recordar la doctrina, mantenida por la jurisprudencia del Tribunal Supremo (ampliamente recogida en nuestros dictámenes D.25/06 y D.14/07, a los que nos remitimos) y por este mismo Consejo en otras ocasiones similares (cfr. dictámenes D.53/05, D.25/06, D.31/06, D.14/07, D.69/09, D.22/10, D.55/10, D.63/10, D.73/10, D.85/10, D.25/11, D.25/14 y D.34/14, entre otros muchos) en el sentido de que la valoración de los daños morales es necesariamente subjetiva y debe hacerse ponderando el conjunto de circunstancias concurrentes en el caso.

A este efecto, pueden servir de orientación los criterios de valoración señalados en el vigente baremo oficial para la evaluación de daños sufridos en accidentes de tráfico, según establece, para los casos de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, la DA 3ª de la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de Reforma del sistema de valoración de daños y perjuicios causados a personas en accidentes de circulación.

Esto dicho, es de tener en cuenta que el referido baremo legal señala, para los caso de muerte (que, obviamente, se dirigen a indemnizar el daño moral de los allegados al difunto) señala cantidades que dependen del grado de parentesco y la edad de los mismos, por lo que, en definitiva, en el presente caso y ponderando todas las circunstancias concurrentes en el mismo, por lo que no podemos asumir la cifra indemnizatoria que reclaman los interesados y, estimamos, visto el art. 61 (sobre valoración de indemnización por causa de muerte) de la precitada Ley 35/2015, el cual se remite a la Tabla 1 de su Anexo, que procede indemnizar: a la cónyuge viuda, con la cantidad de 90.000 euros; y, a cada uno de los dos hijos del fallecido, con la de 50.000 euros, que son las indemnizaciones básicas señaladas en la referida Tabla legal.

## **CONCLUSION**

### **Primera**

Procede estimar parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada, por ser imputables los mismos a la Administración sanitaria pública.

### **Segunda**

La cuantía de la indemnización se fija en 190.000 euros, a razón de 90.000 euros, en favor de la viuda del paciente; y 50.000 euros, en favor de cada uno de los hijos del mismo.

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