

En Logroño, a 23 de julio de 2012, 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. Antonio Fanlo Loras, D. Pedro de Pablo Contreras, D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> del Carmen Ortiz Lallana y D. José María Cid Monreal, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Antonio Fanlo Loras, emite, por unanimidad, el siguiente

## **DICTAMEN**

**33/12**

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios Sociales en relación con la reclamación de responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria presentada por D<sup>a</sup> I. E. V. y D. A. M. A. por los daños y perjuicios, a su juicio, causados por el fallecimiento de su hija I. M. E., tras ser atendida en el SERIS de un proceso infeccioso que deriva a shock séptico; y que cuantifican en 151.000 euros.

## **ANTECEDENTES DE HECHO**

### **Antecedentes del asunto**

#### **Primero**

La expresada reclamación se presentó mediante escrito de 4 de agosto de 2011, registrado de entrada el 8 de agosto de 2011, en la Oficina Auxiliar de Registro de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja.

*La reclamación atribuye la muerte a una «omisión de la diligencia debida a la hora de atender a la fallecida, en primer lugar por falta de seguimiento, en Atención Primaria, de la infección padecida el 30 de diciembre de 2010; lo que, por omisión, significó una pérdida de oportunidad en aras a salvar la vida de la paciente; y, más tarde, en el Servicio de Urgencias del centro hospitalario San Pedro, dado que, pese a la gravedad, de la patología que sufría la niña, es clasificada como Nivel II, no es tratada con la celeridad debida; solamente se le suministran antibióticos de amplio espectro horas después de haber ingresado en el propio Servicio de Urgencias, donde muere por infección generaliza».*

La fundamentación jurídica de la reclamación considera que *«existe responsabilidad directa de la Administración sanitaria al no haber proporcionado, como debía, los medios necesarios e idóneos en orden a la resolución conveniente de la amigdalitis con la que llegó la paciente al Servicio de Atención Primaria el 30 de diciembre de 2010, incumpliendo con ello el deber de prestarle una asistencia sanitaria adecuada, encuadrable y protegida por el art. 43.2ª CE... De la misma forma, la deficiente intervención en el Servicio de Urgencias ocasionó la pérdida de oportunidad que se debía a la paciente a los efectos de haber salvado su vida».*

Refiere la reclamación que la fallecida fue tratada de amigdalitis estreptocócica (antibióticos para 7 días) en el Servicio de Atención Primaria, el 30 de diciembre de 2010; el 24 de enero de 2011, acude al Centro de Salud por tener fiebre elevada (39,5° C) y múltiples placas de pus en la garganta (amígdala derecha pultácea); el 25 de enero de 2011, acude de nuevo al Centro de Salud con fuerte dolor de espalda y de cuello, baja temperatura corporal (34° C) y cianosis en las uñas, siendo remitida al Servicio de Urgencias del Hospital *San Pedro*; que, hacia las 9,30 de ese mismo día, se presentan en ventanilla de Admisión de dicho Servicio de Urgencias y, en consulta de clasificación, se le otorga Nivel II y, transcurrido un tiempo, le atiende diferente personal de urgencias. Refiere diversas incidencias (varios intentos de extracción de sangre; no atención por Médico alguno en los primeros momentos; retraso en el tratamiento a la vista del progresivo avance de la cianosis atribuida a mala circulación diagnosticada con anterioridad; tratamiento de cetoacidosis diabética tras los análisis bioquímicos; ingreso en la UVI; colocación de una vía central previo consentimiento informado), que no impiden el fatal desenlace, producido a las 18,40 horas de ese 25 de enero de 2011.

En el escrito, se hacen continuas referencias a la inadecuación de la asistencia prestada: i) *«se prescriben antibióticos para 7 días contra la infección, sin señalarle que debía volver...a efectos de controlar la progresión de su patología. La falta de seguimiento de esta dolencia será la causa de que la infección prospere...»*, (folio 2); ii) *«se debiera haber solicitado hisopado de fauces o «strep-pak» y medicar con ATB»*, (folio 2); iii) *«en ningún momento fue atendida por médico alguno»*, (folio 3); iv) *«no planteándose dichos servicios, en ningún momento, la posibilidad de encontrarse ante un caso de sepsis»*, (folio 4); y v) *«ningún médico regresa para interesarse por el estado de la joven, ningún médico valora con acierto la gravedad de la situación...»* (folio 4).

El representante cuantifica la indemnización en 151.000 euros, aporta poder notarial para pleitos, varios documentos de la historia clínica de la asistencia prestada y solicita prueba testifical de los Facultativos que atendieron a la joven fallecida.

En el informe de la Unidad de Cuidados Intensivos, consta, en *«evolución y comentarios»*, lo siguiente:

*«A su ingreso, consciente y orientada, destacando en la exploración mala perfusión periférica con cianosis generalizada e hipotensión, que precisa dosis altas de NA. En analítica, destaca empeoramiento de tiempos de coagulación (TP 46%), de creatina (1.24), con persistencia de hiperlactacidemia (lactato 136) e hiperglucemia (263), con alteración de enzimas de necrosis miocárdica (Troponina T 1.18- CK 571- MB 83)*

*Al poco tiempo de su ingreso, se aprecia en monitor bradicardización rápida, pasando de 130 a 80 lpm con disminución del nivel de conciencia y midriasis bilateral, seguida de PCR, que no responde tras 48 mn de RCP avanzada (IOT- masaje- 3 atropinas- 15 adrenalinas- bicarbonato-gluconato cálcico- pericardiocentesis), presentando en varias ocasiones DEM y, finalmente, asistolia, siendo exitus a las 18:40 mn del 25-01-2011.*

*Se ha tomado muestras para antigenuria de neumococo y legionella (negativos), urocultivo, frotis nasofaríngeo para detectar virus gripe A, cultivo de líquido pericárdico. Se ha administrado en urgencias tratamiento AB con Ceftriaxona y Tazocel.*

*Dado que existen dudas sobre la etiología del cuadro que presentado la paciente se solicita autorización a los padres para realizar autopsia clínica, denegándola.*

***Juicio clínico;** descompensación diabética; shock séptico de etiología no filiada; disfunción multiorgánica; exitus; SAPS 3: 72»*

## **Segundo**

Mediante escrito del Jefe del Servicio de Asesoramiento y Normativa, de 9 de agosto de 2011, se requiere al reclamante para que acredite el parentesco de los representados con la fallecida, mediante copia del Libro de Familia, lo que se cumplimenta el 17 de agosto siguiente.

## **Tercero**

Mediante Resolución de 19 de agosto de 2011, el Secretario General Técnico tiene por iniciado el procedimiento correspondiente, nombra Instructora del mismo y ordena su comunicación al representante de los interesados, lo que se le notifica el 23 de agosto de 2011.

## **Cuarto**

El Jefe del Servicio de Asesoramiento y Normativa, mediante escrito de 22 de agosto de 2011, solicita de la Dirección Gerencia del Área de Salud de La Rioja, Hospital *San Pedro*, la información existente sobre la asistencia prestada, así como informe de los Facultativos intervinientes.

El mismo día, se comunica el inicio del procedimiento a la Compañía aseguradora del SERIS, que acusa recibo el 25 de agosto siguiente.

El 10 de octubre de 2011, se vuelve a reiterar el escrito de envío de documentación a la Dirección Gerencia del Área de Salud de La Rioja, petición que, finalmente, se cumplimenta el 17 de noviembre de 2011. Se remite diversa documentación médica (folios 43-75), entre la que figura los informes de los siguientes Facultativos: i) Dra. M<sup>a</sup> Jesús Gil Cendrero, cuyo informe coincide con el de asistencia en la UVI, parcialmente recogido en el Antecedente Primero; ii) Dr. I. U. O., del Servicio de Atención Primaria; iii) Dr. P. N. O., del Servicio de Atención Primaria; iv) Dr. G. S. B., del Servicio de Urgencias, que remite la declaración realizada ante la Inspección Médica sobre el asunto, el 10 de marzo de 2011, así como el Informe de Asistencia en el Servicio de Urgencias; y v) Dr. Á. C. M., del Servicio de Urgencias.

### Quinto

La Instructora del procedimiento, mediante escrito de 21 de noviembre de 2011, solicita el informe de la Inspección Médica, que emite el Dr. F. B. C., el 30 de noviembre siguiente. Tras un relato pormenorizado de los hechos y de las actuaciones asistenciales practicadas a la paciente, expone en once conclusiones la valoración de las mismas de acuerdo con los protocolos médicos aplicables a la vista de la sintomatología presentada y concluye:

- Que «*la atención prestada en el Centro de Salud fue adecuada*» (Conclusión Segunda).
- Que el nivel de triage II en el que fue clasificada de Urgencias es «*adecuado*» (Conclusión Tercera)
- Que no se aprecian demoras injustificadas en la atención del Servicio de Urgencias realizada por el Dr. S. B. (Conclusión Cuarta).
- Que la exploración fue «*completa*» y permitió un diagnóstico de presunción (faringe eritematosa, fibrina en amígdala derecha, adenopatías, contractura de ambos trapecios y leve cianosis en las manos), lo que orientó a un «*cuadro vírico*», sin que pasase desapercibida la leve cianosis; pero, en ausencia de otra clínica, se puso en relación con proceso anterior diagnosticado en noviembre de 2010 (Conclusión Quinta).
- Que las pruebas y el tratamiento fueron «*correctas*», ajustadas al estado clínico de la paciente (Conclusión Sexta).
- Que se describen las dificultades de la extracción de sangre y de apertura de vía periférica para administración de medicamentos y la razón de por qué no se realizó la

radiografía de tórax en tanto se le estaba administrando medicación por vía intravenosa (Conclusión Séptima).

-Que se le implanta una nueva vía y, ante la persistencia de dolores abdominales, se prescribe ecografía abdominal (Conclusión Octava).

-Que, a la vista de la analítica, se constatan niveles de azúcar en sangre muy por encima de lo normal, sugestivos de un debut diabético, por lo que se decide su ingreso e inicia tratamiento, y se vuelve a solicitar gasometría venosa, pues la primera muestra remitida parece que no llegó al laboratorio, cuyos resultados confirman una acidosis metabólica y consistente con el diagnóstico de presunción de debut diabético, de manera que *«el retraso en la obtención del resultado de la gasometría venosa no tuvo absolutamente ningún impacto en la evolución general del cuadro (Conclusión Novena).*

-Que, una vez en la zona de observación, *«su estado general se deteriora bruscamente»* siendo la evolución *«típica de un shock séptico»* y todo el tratamiento administrado en el Servicio de Urgencias, así como en la Unidad de Medicina Intensiva es adecuado a este cuadro, dado que el shock séptico es un cuadro muy grave y con una mortalidad del 50%. La elevada mortalidad es independiente de la administración de cualquier tipo de tratamiento y no existe ningún indicador capaz de predecir qué pacientes van a sufrir esta complicación, aunque los niños, los ancianos y los pacientes inmunodeprimidos tienen un riesgo mayor. Aparece tras una infección, aunque no siempre es posible encontrar, el foco infeccioso e identificar el microorganismo causante. La pared de los vasos sanguíneos (el endotelio) se daña y, aunque se administre tratamiento antibiótico o tratamiento para aumentar la tensión arterial, la situación de hipotensión no se corrige y se produce daño irreversible en distintos órganos que conduce al llamado *“fallo multiorgánico”*. El caso de la paciente es trágico, puesto que desarrolla una complicación imposible de predecir y que, una vez detectada, responde al tratamiento solamente en la mitad de los casos. La atención que se le presta es correcta. No hay demoras injustificadas en la atención, las medidas terapéuticas son adecuadas y se actúa de acuerdo al estado de la paciente en cada momento. El retraso en obtener una analítica y, una vez obtenida, el retraso en obtener una gasometría venosa, no han tenido ninguna influencia en este caso y, aunque se hubieran evitado canalizando una vía central, este procedimiento es tan agresivo y tiene tantos riesgos asociados que, en el caso de esta paciente y dado su estado, era claramente impropio» (Conclusión décima).

-Manifiesta, finalmente, que el tratamiento dado en el Centro de Salud fue el *«adecuado»* (Conclusión Undécima).

-Y termina el informe afirmando que: *«considero, en conclusión, que los Facultativos que atendieron a la paciente actuaron de acuerdo a la lex artis y respondiendo en cada momento con los medios adecuados al estado clínico del paciente».*

Adjunta a su informe, las comparecencias realizadas, entre los días 9 a 16 de marzo, ante el referido Inspector Médico, de los Facultativos y Enfermeras de los distintos Servicios que atendieron a la fallecida, así como el informe de la Jefe de Área de Diagnóstico Biomédico, del Laboratorio del Hospital *San Pedro*, solicitado a petición del Inspector Médico (folios 78 a 104).

### **Sexto**

La Aseguradora del SERIS acusa recibo de la remisión de la documentación complementaria de la reclamación de responsabilidad, el 1 de febrero de 2012.

### **Séptimo**

La Instructora del procedimiento, mediante escrito de 2 de febrero de 2012, admite la prueba documental propuesta e inadmite la testifical de los Facultativos intervinientes, por innecesaria, al considerar que, en la documentación unida al procedimiento, se encuentran recogidos, con total precisión y claridad, todos los antecedentes producidos en relación con estos hechos.

### **Octavo**

Se ha incorporado al expediente informe de Dictamed I&I SL, Asesoría Médica, elaborado, a petición de la Compañía Aseguradora del SERIS, por los Dres. D. J. F. P. M., D. T. I. M., D. R. V. R., D. M. S. M. M. y D. J. M. A. M., Especialistas en Medicina Interna.

Tras el *«Resumen de los hechos»*, se recogen unas *«Consideraciones médicas»* en las que se valoran, además de los antecedentes (apendicitis y al parecer enfermedad de Raynaud, relativo a trastorno de los vasos sanguíneos periféricos), la asistencia sanitaria prestada a la paciente fallecida, se considera correcta y ajustada a la *lex artis*, dando respuesta a cada uno los juicios de inadecuada atención que se contienen en el escrito de reclamación de responsabilidad.

En particular, se explica la naturaleza y efectos del shock séptico, advirtiendo que *«los síntomas de la sepsis que antecede al desarrollo del shock séptico son totalmente inespecíficos, siendo muy difícil prevenir lo que va a ocurrir. En este caso, la paciente se quejó de fiebre, dolor de garganta, malestar general y dolores abdominales, que son datos*

*inespecíficos. La progresión desde la sepsis a shock séptico puede ser tan rápida que no de tiempo a diagnosticar la infección origen de la misma como ocurrió en este caso...».*

En el apartado «Conclusiones», concretamente en el núm. 18, se expresa que *«todos los profesionales que intervinieron en la atención a la paciente lo hicieron con arreglo a la lex artis ad hoc».*

### **Noveno**

La Instructora del procedimiento, mediante escrito de 8 de marzo de 2012, da trámite de audiencia al reclamante, que, tras obtener copia de la documentación existente en el expediente, presenta escrito de alegaciones, el 26 de marzo de 2012, en el que:

*-Manifiesta que entiende «acreditados todos y cada uno de los motivos por los cuales se instó el presente procedimiento de responsabilidad patrimonial».*

*-Se tacha de «sesgado y de parte» el informe de Dictamed I&I y reitera que, en la atención de la niña fallecida, «hubo una evidente pérdida de oportunidad por el retraso que sufrió a la hora de atacar la enfermedad que presentaba y cuyo diagnóstico fue repetidamente equivocado».*

*-Refiere una «actitud negligente de los profesionales...al no valorar adecuadamente los síntomas y minimizando y/o ignorando datos claves como la existencia de una hipotermia y una saturación de oxígeno inexistente, así como el hallazgo exploratorio de una cianosis periférica, causaron un injustificado retraso en cursar la petición de la analítica como preferente/urgente, ayudándose de personal experimentado en caso necesario para la extracción de sangre en los casos considerados como difíciles, como fue el caso de (la paciente), retraso que consideramos grave en el diagnóstico del cuadro clínico de la paciente: sépsis grave/shock séptico. Este retraso en la obtención del diagnóstico le privó de beneficiarse de los medios técnicos, humanos y terapéuticos propios de la UMI, al no ser trasladada, de forma urgente, y precoz, para intentar modificar el curso de su grave enfermedad...se produce una pérdida de oportunidad para que (la paciente fallecida) se hubiese beneficiado de un tratamiento precoz y en situación clínica más favorable de su sepsis grave/shock séptico».*

*-Considera, por ello que existe relación de causalidad entre el daño sufrido y el mal funcionamiento de los servicios públicos.*

### **Décimo**

La Instructora del procedimiento, el 30 de mayo de 2012, formula Propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación de responsabilidad, por no ser imputable el perjuicio alegado, cuya reparación se solicita, al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios.

La Propuesta, tras una exposición cronológica, pormenoriza de la asistencia prestada, considera que la reclamación carece de los requisitos exigidos para obligar a la Administración a indemnizar, pues no existe el exigido nexo causal entre el daño reclamado y la actuación sanitaria. A tal fin, analiza la alegada existencia de falta de seguimiento por Atención Primaria de la infección (amigdalitis), así como la ausencia de una rápida respuesta en el Servicio de Urgencias del Hospital *San Pedro*, circunstancias que niega con fundamento en los informes de la Inspección Médica y del informe pericial (folios 133 vuelto y 134). Descartada la relación de causalidad, tampoco concurre el requisito de la antijuridicidad del daño pues, en materia de responsabilidad sanitaria, el parámetro de referencia es la adecuación de los Facultativos a la *lex artis* y, en el presente caso, su actuación ha sido —a juicio de la Inspección Médica y del informe pericial— correcta y adecuada (folios 135 a 137).

### **Duodécimo**

El Secretario General Técnico, el 7 de junio de 2012, remite la Propuesta de resolución a informe de la Dirección General de los Servicios Jurídicos, que lo emite en sentido favorable a la misma, el 20 de junio de 2012.

### **Antecedentes de la consulta**

#### **Primero**

Por escrito de 27 de junio de 2012, registrado de entrada en este Consejo el 3 de julio de 2012, el Excmo. Sr. Consejero de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja remite al Consejo Consultivo de La Rioja, a través de su Presidente y para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

#### **Segundo**

Mediante escrito de fecha 4 de julio de 2012, registrado de salida el mismo día, 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 la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

### **Tercero**

Asignada la ponencia al Consejero señalado en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

## **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

### **Primero**

#### **Necesidad del Dictamen del Consejo Consultivo**

El art. 12 del Reglamento de los Procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, dispone que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una propuesta de resolución.

Mientras no se fije una cuantía específica para el ámbito autonómico riojano, del art. 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja (en la redacción dada al mismo por el art. 44.1 de la Ley 7/2011, de 22 de diciembre, de Medidas fiscales y administrativas de la CAR para 2012), en relación con: i) el art. 65.4 de la Ley 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y régimen jurídico de la Administración de la CAR (en la redacción dada al mismo por el art. 45 de la precitada Ley 7/2011); y ii) con el art. 143.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen jurídico de las Administraciones públicas y del procedimiento administrativo común (en la redacción dada al mismo por la DF 40 de la Ley 2/2011, de 4 de marzo, de Economía sostenible), resulta preceptivo el dictamen del Consejo Consultivo de La Rioja cuando la reclamación de responsabilidad patrimonial sea de cuantía igual o superior a la de 50.000 euros, señalada en el ámbito estatal para el Consejo de Estado.

Esta exigencia legal está vigente desde 1 de enero de 2012 (fecha de entrada en vigor de la reiterada Ley 7/2011, según su DF Única) y, para su aplicación, según hemos declarado con ocasión de anteriores modificaciones legales de la cuantía exigible para elevarnos consulta en esta materia (cfr. D.73/05, D.106/05 y D.124/05, entre otros), ha de atenderse a la fecha del trámite de audiencia (en el presente caso, tiene lugar en marzo de 2012), ya que a ella se refiere el precitado art. 12 del RD 429/1993. Por tanto, en el presente caso, nuestro dictamen resulta ser preceptivo.

En cuanto al contenido del dictamen, éste, a tenor del art. 12.2 del citado Real Decreto 429/1993, ha de pronunciarse sobre la existencia o no de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y la lesión producida y, en su caso, sobre la valoración del daño causado y la cuantía y modo de la indemnización, considerando los criterios previstos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC).

## Segundo

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

De acuerdo con el marco jurídico de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública, enunciado en el artículo 106.2 de la Constitución Española y desarrollado en el Título X de la LPAC, con el pertinente desarrollo reglamentario en materia procedimental, a través del R.D. 429/1993 de 26 de marzo, los requisitos necesarios para que se reconozca la responsabilidad patrimonial, tal y como este Consejo viene recogiendo en sus dictámenes (cfr. Dictamen 23/98, F.J.2), pueden sintetizarse así:

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

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

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

4º.- Que no haya prescrito el derecho a reclamar, cuyo plazo legal es de un año, computado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad *directa* de la Administración (aunque el daño haya sido causado por personal dependiente de la Administración o sea atribuible genéricamente a los servicios administrativos), *objetiva* (aunque no haya mediado culpa individual o la actuación no haya sido “ilícita”) y *general* (aplicable a cualesquiera de las actividades y servicios de la Administración).

Ahora bien, que el sistema de responsabilidad patrimonial sea objetivo no permite deducir, como oportunamente ha señalado la jurisprudencia, que la Administración tenga un deber general de indemnizar cualquier daño que pueda atribuirse causalmente al

funcionamiento de sus servicios. No es ocioso recordar que la protección constitucional de la salud y el derecho de asistencia sanitaria reconocido en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, así como en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del sistema nacional de salud, desarrolladas por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del sistema nacional de salud y el procedimiento para su actualización, no son absolutos; pues, por ambiciosas y amplias que sean las prestaciones reconocidas por el sistema sanitario público y las aptitudes de los profesionales sanitarios, no podemos soslayar nuestra condición perecedera como seres vivos. Por esa razón, la acción de los poderes públicos en materia sanitaria es, sobre todo y por lo general, una *prestación de medios* (correlato al derecho individual de cada paciente a la protección a la salud y a la atención sanitaria) y no de *resultados*, dado que no es posible garantizar de manera absoluta la curación y sanidad de los pacientes, como lamentablemente pone en evidencia el presente caso.

De manera que –como hemos señalado en múltiples dictámenes– siempre que la Administración sanitaria haya puesto los medios necesarios de acuerdo con los protocolos de actuación y sus profesionales actuado de conformidad con la *lex artis ad hoc*, no será posible imputar a la Administración el daño generado o concomitante a la prestación sanitaria, en casos, como el presente, en el que los medios desplegados no consiguen evitar el fatal fallecimiento de la hija de los reclamantes, como consecuencia de un shock séptico de etiología no determinada.

### **Tercero**

#### **La inexistencia de responsabilidad de la Administración en el presente caso**

En el presente caso, el escrito de iniciación del procedimiento considera que ha existido una inadecuada asistencia por parte de los servicios sanitarios, por una falta de seguimiento de la infección en el Servicio de Atención Primaria; y por no haber sido tratada en el Servicio de Urgencias con la celeridad y los medios adecuados, lo que ha ocasionado una pérdida de oportunidad en la aplicación del tratamiento que hubiera permitido salvar la vida de la paciente, hija de los reclamantes.

En el trámite de alegaciones, se reafirma esta *«pérdida de oportunidad por el retraso que sufrió a la hora de atacar la enfermedad que presentaba y cuyo diagnóstico fue repetidamente equivocado; que atribuye a la «actitud negligente de los profesionales...al no valorar adecuadamente los síntomas y minimizando y/o ignorando datos claves como la existencia de una hipotermia y una saturación de oxígeno inexistente, así como el hallazgo exploratorio de una cianosis periférica, causaron un injustificado retraso...en el diagnóstico del cuadro clínico de (la paciente): sépsis grave/shock séptico...se produce una pérdida de oportunidad...»*, como hemos dejado constancia en el Antecedente Noveno.

La Propuesta de resolución considera, por el contrario, que no concurren los requisitos legales para imputar el daño alegado a la Administración sanitaria, dado que no existe nexo causal entre el daño reclamado y la actuación sanitaria, de acuerdo con la valoración pormenorizada realizada por el informe de la Inspección Médica y por el dictamen pericial aportado por la Compañía aseguradora del SERIS con base en los datos obrantes en la historia clínica de la paciente lamentablemente fallecida; y, además, por no concurrir el requisito de la antijuridicidad del daño, dado que la actuación de los Facultativos intervinientes se ha ajustado a la *lex artis*, que constituye el parámetro de referencia en materia de responsabilidad sanitaria, pues la obligación de la Administración con los pacientes es *de medios* y no *de resultados*.

Este Consejo Consultivo, a la vista de los datos e informes médicos obrantes en el expediente, en particular, de la completa actuación desarrollada por la Inspección Médica, para aclarar las alegaciones contenidas en el escrito de iniciación del procedimiento de responsabilidad patrimonial (cuyo alcance y contenido acabamos de resumir), comparte la Propuesta de resolución, en la que se da cumplida respuesta a las afirmaciones, sospechas y dudas que los padres de la fallecida han podido albergar respecto de la adecuación de la asistencia sanitaria recibida, apreciaciones humanamente comprensibles a la vista del fatal desenlace producido y, desde cuya fatal certeza posterior, se valoran los acontecimientos anteriores, que adquieren una verosimilitud imposible de establecer *a priori*.

Estas apreciaciones, sin embargo, no se corresponden con la realidad acreditada de los hechos que constan en el historial médico, en modo alguno desvirtuada por el representante de los reclamantes, que no ha aportado elemento probatorio alguno que confirme sus manifestaciones.

No podemos, pues, sino remitirnos a la correcta y detallada valoración jurídica de los hechos hecha por la Propuesta de resolución, articulada en torno a la inexistencia de nexo causal (folios 133 vuelto y 134), y al examen particular de la no concurrencia del requisito de la antijuridicidad del daño, dada la adecuación de la asistencia prestada por los Facultativos y personal del servicio público sanitario a la *lex artis*, parámetro de referencia en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria (folios 135 a 137).

Como ha quedado señalado, la completa actuación de la Inspección Médica, documentada en las comparencias de Facultativos y Enfermeras intervinientes, ha facilitado extraordinariamente la valoración recogida en la Propuesta de resolución.

Así, debe señalarse que, en modo alguno, cabe hablar de falta de seguimiento de la infección de amígdalas por el Centro de Salud tratada el 30 de enero de 2010 y la posterior asistencia dispensada los días 24 y 25 de enero de 2011, pues son procesos distintos, como acreditan los informes médicos incorporados al expediente.

La historia médica de la fallecida desmiente la afirmación de que «*en ningún momento fue atendida por Médico alguno*», como afirma el escrito inicial; pues, tras las actuaciones protocolarias de clasificación («*triage*»), realizadas por personal de enfermería, fue atendida y explorada por el Dr. S. B. (dentro del margen temporal correspondiente al Nivel II, sobre las 10:14 y 10:34 horas del día 25.01.2011); el cual, en atención a los síntomas de la paciente, ordenó la realización de diversas pruebas y tratamiento endovenoso (Perfalgan y suero salino fisiológico y posterior Enantyum).

No puede afirmarse con fundamento que fue erróneo el diagnóstico o que no se dio relevancia o no se apreció la cianosis periférica en manos; pues, como consta en el historial clínico, se dejó constancia de la misma y se preguntó expresamente a la madre, la cual refirió que era un problema ya diagnosticado con anterioridad (posible enfermedad de Raynaud, trastorno que produce el estrechamiento de los vasos sanguíneos de las manos y de los pies); y, dado lo inespecífico de los síntomas, fueron realizándose diversas pruebas para identificar el origen del malestar general y de la situación de deterioro de la paciente.

Es cierto que la prueba analítica de sangre se retrasó, al no lograrse de manera inmediata la extracción de sangre, pero ello fue debido a las dificultades objetivas de la paciente (complexión fuerte, estado nervioso, estrechamiento y debilidad de las venas periféricas), pero, finalmente pudo lograrse.

Del retraso en la realización de la prueba radiológica de torax, ha dado cumplida cuenta el Dr. S.; pues, en tanto el paciente está con tratamiento intravenoso, no se envía a otro Servicio, para poder actuar en caso de complicaciones.

Es cierto, como se constata en el informe de la Inspección Médica, que ha existido una disfunción en el envío de las muestras de la primera extracción para la prueba de gasometría venosa y que hubo de mandarse una segunda prueba (folio 87), la cual no hizo sino confirmar la presencia de acidosis metabólica, sospechada en los primeros resultados obtenidos y coincidente con el diagnóstico de debut diabético. Ahora bien, según la Inspección Médica, «*el retraso en la obtención del resultado de la gasometría venosa no tuvo absolutamente ningún impacto en la evolución general del cuadro*».

La decisión de no implantar una vía central en la paciente fue adoptada por el Dr. S. a la vista de las circunstancias concretas y por las complicaciones que llevaba aparejada la misma, por lo que sólo se adoptó a la vista de la desfavorable y rápida evolución de la paciente.

Finalmente, nada hemos de añadir, a lo recogido en la Propuesta de resolución en cuanto al desencadenamiento de shock séptico, cuya naturaleza y grado de mortalidad describen los informes de la Inspección Médica y el pericial de la Compañía aseguradora.

Hablar de pérdida de oportunidad en tan breve espacio temporal, cuando la sépsis está actuando de manera inespecífica (de ahí la dificultad de predicción y diagnóstico) y cuando estamos ante el desencadenamiento del shock séptico (que es el resultado de un proceso de infección vírico de origen no determinado), carece de consistencia en términos jurídicos, con independencia de que sea inverosímil en términos médicos.

Por lo demás, la posibilidad de determinar el origen infeccioso ha desaparecido al no haberse autorizado la autopsia de la fallecida.

En conclusión, el SERIS ha puesto los medios adecuados para la atención sanitaria de la paciente y, en modo alguno, cabe hablar de infracción de la *lex artis ad hoc* de los Facultativos y personal que la atendieron, por más que se hayan producido complicaciones en el asistencia prestada, connaturales a la condición perecedera como seres humanos mortales que somos y que, en el presente caso, los medios puestos no han podido evitar el fatal desenlace.

## CONCLUSIONES

### Única

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada, al no existir nexo causal entre el daño reclamado y la actuación sanitaria, ni ser imputable el mismo a la Administración sanitaria, pues la asistencia prestada se ha desarrollado conforme 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