

En Logroño, el 12 de mayo de 2022, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido, en su sede, con asistencia de su Presidente, D. José Ignacio Pérez Sáenz, y de los Consejeros, D. José María Cid Monreal, D. Enrique de la Iglesia Palacios, D^a Amelia Pascual Medrano y D^a Ana Reboiro Martínez-Zaporta, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Serrano Blanco, y siendo ponente D^a Ana Reboiro Martínez-Zaporta, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

20/22

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm. Sra. Consejera de Salud, en relación con el procedimiento administrativo de *responsabilidad patrimonial promovido por D. A.I.R. y sus tres hijos Doña M.L., Don M.A. y Doña M.I.B., en solicitud de una indemnización total de 186.902,87 €, por el fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, Doña M.L.B.N., que entienden se produjo como consecuencia de la deficiente asistencia que, a la misma, se le prestó en el Hospital San Pedro.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

Primero.- Mediante escrito de fecha 24 de junio de 2021 dirigido al Servicio Riojano de Salud, con entrada en el Registro General del Gobierno de La Rioja el día siguiente, D. A.I.R. y sus tres hijos -D^a M.L., D. M.A. y D^a M.I.B.- formularon reclamación administrativa por responsabilidad patrimonial de la Administración Pública frente al Servicio de Salud.

En dicho escrito se relatan los hechos en que los reclamantes sustentan su reclamación. En síntesis, son los siguientes:

1º.- Doña M.L.B.N. (esposa de Don A.I.R. y madre de los tres hijos fruto del matrimonio con éste -D^a M.L., Don M.A. y Doña M^a M.I.B.-) presentó en los primeros meses de 2020 episodios de dolor abdominal y colestasis disociada que dieron lugar al oportuno seguimiento por parte del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital San Pedro.

La Sra. Bueno (en adelante, la paciente), tenía entonces 66 años y contaba en su historia clínica con antecedentes de Cardiopatía Isquémica Crónica estable, Hipotiroidismo primario, Fibromialgia, Glaucoma, Artropatía degenerativa, Cefalea Tensional y Reflujo Gastroesofágico. Había sido intervenida quirúrgicamente (en fecha que los reclamantes no señalan, aunque la documentación del

expediente confirma tuvo lugar en 2019), siéndole practicada una colecistectomía (extirpación de la vesícula biliar).

2º).- Tras la realización de diversos estudios endoscópicos que confirmaban que la paciente presentaba una tumoración en la vía biliar extrahepática proximal, se programó su ingreso en el Hospital San Pedro, a cargo del Servicio de Cirugía General, siendo intervenida quirúrgicamente el día 16 de junio de 2020, previo informe de Preanestesia que le clasificó como ASA II, con una analítica y hemostasia normales y, en concreto, con un valor de plaquetas de 257.000, es decir, dentro del rango de normalidad (150.000-450.000).

En la intervención se realizó una resección de la vía biliar extrahepática y anastomosis a nivel de la placa hiliar en Y de Roux.

El informe de Anatomía Patológica de la pieza de tumoración obtenida en la intervención la identificó como colangiocarcinoma de la vía biliar extrahepática, estadio pT2.

3º).- La evolución postoperatoria fue favorable y la paciente obtuvo el alta hospitalaria el día 23 de junio de 2020, siete días después de la intervención.

La medicación a su alta consistió en su tratamiento habitual de base, unido a analgésicos y profilaxis antitrombótica con Bemiparina, esto es, Heparina de bajo peso molecular de administración subcutánea que se emplea como profilaxis de la trombosis.

La dosis pautada fue de 5.000 UI cada 24 horas durante 30 días.

La paciente ya había sido tratada con Bemiparina durante su estancia en el Hospital, con una dosis diaria de 3.500 UI-5.000 U.

4º).- El día 30 de junio de 2020, a las 18:51 h, Doña M.L.B.N. acudió al Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro por sufrir cefalea opresiva fronto-parietal bilateral de 2 días de evolución que no cedía con analgésicos.

En la exploración realizada se confirmó que sus constantes vitales estaban en rango de normalidad y no se apreciaron signos de focalidad. Se le atribuyó una puntuación en la escala de Glasgow de 15. Y la analítica confirmó, como dato más llamativo, que la cifra de plaquetas -92.000- estaba fuera de rango de normalidad.

Se solicitó un TAC cerebral en cuyo informe se señalaban, como hallazgos: “dudosa colección laminar hiperdensa a nivel subdural, interhemisférica, justo adyacente al esplenio del cuerpo calloso. Se continúa en sentido posterior con seno transversal derecho que se muestra hiperdenso. No hay imágenes hipodensas compatibles con eventos isquémicos. Y, como conclusión: Dudoso hematoma subdural agudo laminar”.

Realizada la oportuna interconsulta al Servicio de Neurología, por éste se descartó la existencia de una patología neurológica aguda, se emitió juicio clínico de “Cefalea tensional de más de 24 horas de duración”, y se recomendó administrar tratamiento analgésico vía intravenosa y avisar si no remitía el dolor.

Siguiendo tal recomendación, en el Servicio de Urgencias se administró a la paciente Droal (analgésico antiinflamatorio no esteroideo) y, una vez se confirmó que ésta mejoraba significativamente, se le dio el Alta, prescribiéndole Enandus cada 12 hora durante 5 días, con

refuerzo de Metamizol cada 6 horas, si persistía el dolor.

La paciente abandonó el Servicio de Urgencias a las 21:26 h.

5°).- Una hora después, la paciente se personó nuevamente en el Servicio de Urgencias.

En esta ocasión, sin realizar prueba complementaria alguna se decidió el ingreso de la paciente en la Unidad de Corta Estancia (UCE), señalando como impresión clínica “Dudoso hematoma subdural agudo laminar”.

6°).- La paciente ingresó en la UCE el día 1 de julio de 2020 a las 00:16 h.

En la tarde del mismo día 1 de julio se realizó a la paciente una RMN cerebral con contraste y una AngioRMN,

Informadas ambas, se confirmó que la paciente presentaba sangrado laminar subdural interhemisférico posterior. Además, se observó trombosis del seno recto y seno transversal derecho.

Ante estos hallazgos, se suministró a la paciente anticoagulación terapéutica con Enoxaparina, en dosis de 60 mg cada 12 horas (1mg/kg peso) y se decidió su ingreso en el Servicio de Neurología del Hospital San Pedro.

7°).- En la madrugada del 1 al 2 de julio, la paciente sufrió un deterioro en su estado clínico neurológico, “presentando cefalea intensa, náuseas y vómitos. Glasgow 14. en coaguckeck 1.1”.

Se solicitó un TAC cerebral urgente que concluyó la aparición de un “hematoma parenquimatoso agudo en hemisferio cerebeloso izquierdo, de nueva aparición, no presente en el TAC previo del 30 de junio de 2020, que condiciona significativo efecto de masa sobre cuarto ventrículo y cisternas perimesencefálicas con tenue hipodensidad de tronco encéfalo (podría traducir incipiente edema de tronco). Pequeños focos de hemorragia subaracnoidea infratentorial”. Asimismo se objetiva en dicho TAC “discreta hidrocefalia triventricular”.

8°).- Ante dicho estado, el Hospital de San Pedro comentó la situación clínica de la paciente con el Servicio de Neurología del Hospital Santiago Apóstol de Vitoria, que aceptó su traslado.

La paciente llegó al citado Hospital de Vitoria el día 2 de julio, con un deterioro de nivel de conciencia Glasgow 3, siendo ingresada en la UCI, donde le realizaron un drenaje ventricular externo con salida de líquido cefalorraquídeo a presión, realizándose posteriormente intervención quirúrgica consistente en una craniectomía suboccipital y drenaje del hematoma. Se le realizó posteriormente un TAC de control que objetivó daño neurológico catastrófico, falleciendo el día 3 de julio como consecuencia de una hemorragia cerebral que causó un cuadro de hipertensión intracraneal que no pudo ser controlado ni mediante tratamiento.

Tras dicha exposición fáctica, los reclamantes afirman que su esposa y madre, respectivamente, falleció por trombosis de los senos venosos y hemorragia cerebral motivada por Trombocitopenia inducida por la Heparina (en adelante TIH) que le había sido pautaada por el Servicio de Cirugía General y de Digestivo durante su estancia en el Hospital San Pedro tras la intervención realizada el día 16 de junio de 2020 y también como tratamiento al Alta el día 23 de junio de igual año.

Y reprochan:

-A los facultativos del Servicio de Cirugía General que informaron el Alta de la Sra. B.: Haber contravenido la *Lex Artis ad hoc* al prescribirle un tratamiento anticoagulante profiláctico antitrombótico con una Heparina de bajo peso molecular (Bemiparina dosis 5000 U/día), omitiendo contemplar la necesidad de monitorizar las cifras de plaquetas, tras su alta, como recomiendan las Guías de Práctica Clínicas, durante los primeros 14 días del tratamiento.

Señalan, en relación con tal infracción, que, de haberse realizado tal monitorización, se habría advertido la disminución brusca de las plaquetas, permitiendo así establecer un diagnóstico correcto y tomar las medidas terapéuticas apropiadas.

-A los facultativos que intervinieron en la atención de la paciente desde su ingreso en el Servicio de Urgencias hasta su traslado al Hospital San Juan Apóstol: Haber errado en su diagnóstico y, con ello, en el tratamiento dispensado a la paciente, también con infracción de la *Lex Artis ad hoc*. Alegan en apoyo de su tesis en tal sentido que el cuadro clínico que ésta presentaba a su ingreso en el Servicio de Urgencias y durante su estancia, tanto en la UCE como en el propio Servicio de Neurología, se correspondía, en un grado de probabilidad muy alta, con el propio de la Trombocitopenia inducida por Heparina, ante el cual ha de suspenderse ésta, en lugar de lo cual y precisamente como consecuencia de la irreflexiva valoración de tales facultativos, se prescribió a la paciente una dosis superior que, en definitiva, incrementó el riesgo de episodios trombóticos y hemorrágicos que, en este caso, motivaron su fallecimiento.

Responsabilizan al Servicio de Salud por todo ello de la muerte de su esposa y madre e interesan una indemnización, que refieren haber calculado conforme al Baremo establecido para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación de 124.253,87 € en el caso de Don A.I.R. y de 20.883 € en el caso de cada uno de los tres hijos comunes.

Al escrito de reclamación se acompaña copia del Libro de Familia acreditativo de su condición de cónyuge e hijos, respectivamente, de Doña M.L.B.N.; concretos informes emitidos por diferentes servicios del Hospital San Pedro, de entre los que cabe destacar, por su relevancia a los efectos del presente dictamen: i).- el informe emitido por el Servicio de Anestesia y Reanimación el día 3 de junio de 2020; ii).- las notas de enfermería relativas al tratamiento de la paciente durante su estancia hospitalaria; iii).-el informe provisional de Alta emitido por el Servicio de Cirugía General el día 23 de junio de 2020; iv).- el Informe de Alta emitido por igual Servicio el mismo día; v).- los informes de las dos atenciones prestadas en el Servicio de Urgencias el día 30 de junio de 2020, así como los informes de Radiología y de Servicios Clínicos de igual fecha; vi).- el Informe

de la UCE emitido el día 1 de julio de 2020 y el informe radiológico de igual fecha; vii).- el informe del Servicio de Neurología de 2 de julio de 2020 y el informe radiológico de igual fecha.

Igualmente se acompaña a la reclamación informe pericial emitido por el Dr. S.J., en el que, en síntesis, concluye que existió una mala praxis en el manejo de la paciente desde que fue dada de alta por el Servicio de Cirugía General y Digestivo del Hospital San Pedro de La Rioja en primer lugar, al serle prescrito un tratamiento anticoagulante profiláctico antitrombótico con una heparina de bajo peso molecular (Bemiparina: dosis 5.000 u/día) sin monitorizar las cifra de plaquetas según recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica en este tipo de pacientes, ya que la posibilidad de presentar una Trombopenia inducida por la heparina era mayor del 1% en este caso y por tanto existía obligación de conocer las variaciones en el recuento de plaquetas durante los primeros 14 días del tratamiento; y, por otra parte, en el diagnóstico y tratamiento de la paciente al ser ingresada a los 7 días del alta hospitalaria con un cuadro clínico de trombosis de los senos venosos cerebrales y una disminución de las cifras de plaquetas superior al 50%, compatible con el diagnóstico de “Trombopenia Inducida por Heparina” que obligaba a suspender de inmediato la administración de heparina, sustituyéndola por un anticoagulante alternativo, en lugar de lo cual y de forma contraria a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica se aumentó la dosis de heparina a nivel terapéutico.

Segundo

Mediante Resolución de 30 de junio de 2021 de la SGT de la Consejería de Salud y Portavocía del Gobierno se tuvo por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, con efectos del día 29 de junio de igual año, y se nombró instructor del procedimiento.

Tal Resolución fue notificada el día 1 de julio de 2021 a los interesados, a quien igualmente se informó por escrito del plazo máximo para resolver el procedimiento y los efectos del silencio, en los términos previstos en artículos 24.1.2º y 91.3º de la Ley 39/2015.

Tercero

Con igual fecha a la del dictado de la Resolución iniciadora del procedimiento, el Instructor solicitó, mediante las oportunas comunicaciones dirigidas a la Dirección del Área de Salud de La Rioja Hospital San Pedro y al Hospital Santiago Apóstol de Vitoria, la remisión de:

- *Cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estime de interés relacionados con la asistencia prestada a Doña L.B.N.*

- *Aquellos datos e informes relacionados con la asistencia sanitaria prestada a ésta.*
- *Copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada, exclusivamente.*
- *Informe de los facultativos intervinientes sobre la asistencia prestada.*

Cuarto

El Hospital Santiago Apóstol remitió la documentación clínica solicitada, acompañada de escrito de 20 de julio de 2021 (con entrada en el Registro de la Secretaría General Técnica de Salud y Portavocía del Gobierno de La Rioja el día 3 de agosto de igual año).

Y la Dirección de Área de Salud de La Rioja remitió copia de la documentación solicitada, con inclusión de los informes aportados por la Dra. E.M.S.; la Dra. M.L.B.R.; el Dr. P.C.A.J.; y los Dres. E.N. y G.A.

Quinto

Acompañada de escrito de 11 de agosto de 2021, el Instructor remitió copia del expediente de responsabilidad patrimonial a la Dirección General de Humanización, Prestaciones y Farmacia, solicitando el oportuno informe, a emitir por el Médico Inspector correspondiente, en torno a los aspectos esenciales de la reclamación, con el fin de facilitar la elaboración de la propuesta de resolución sobre la reclamación planteada.

Sexto

El Informe de Inspección, de 11 de noviembre de 2021, en base a los hechos reflejados y a la bibliografía consultada, establece las siguientes conclusiones:

1ª.- La paciente fue intervenida quirúrgicamente mediante la resección de una tumoración neoplásica maligna abdominal, tratamiento indicado para la lesión que presentaba y que fue realizado de manera satisfactoria sin apreciar datos de incorrección quirúrgica ni incidencias durante el postoperatorio inmediato.

2ª.- No presentando ningún tipo de contraindicación para el uso de HBPM (heparinas bajo peso molecular) el tratamiento profiláctico antitrombótico que le fue administrado con “bemiparina” tras dicha intervención es acorde a los criterios científicos actuales y se pautó conforme al protocolo establecido en el Hospital San Pedro sobre la “Profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa profunda perioperatoria”.

3ª.- Revisada la literatura científica, las guías de práctica clínica no recomienda de forma habitual la monitorización de las dosis de heparina de bajo peso molecular (HBPM), pudiendo estar indicada realizarla en pacientes con insuficiencia renal y, con menos grado de acuerdo, en gestantes

y en pacientes con peso corporal extremos, por lo que no se puede considerar que en este caso hubiera procedido realizar dicha monitorización tal y como se alega en el escrito de reclamación.

4ª.- A los 15 días de la intervención presentó un cuadro de trombosis de senos venosos y hemorragia cerebral. En este momento presentaba factores de riesgo de presentar procesos tromboembólicos (neoplasia maligna y cirugía previa) por lo que se puede considerar razonable que se actuara siguiendo el protocolo de diagnóstico y manejo de trombosis venosa central en Unidad ictus del Hospital San Pedro mediante la pauta de tratamiento anticoagulante con HBPM ajustada al peso, tal y como se indica en el mismo.

5ª.- 24 horas después sufrió un brusco empeoramiento neurológico presentando una hemorragia cerebral severa que fue diagnosticada y tratada de manera urgente y con los tratamientos acordes a la misma sin conseguir evitar que finalmente ocasionara su fallecimiento.

6ª.- No se puede llegar a afirmar, tal y como se señala en la reclamación, que la causa del fallecimiento fuera por una trombocitopenia inducida por heparina (TIH). Aunque en el momento de ser ingresada por trombosis y hemorragia cerebral presentara criterios clínicos de alta probabilidad de presentarla, este diagnóstico no ha quedado confirmado con las pruebas de laboratorio específicas.

7ª.- Tampoco se puede considerar que aun en el caso de haberse sospechado de TIH al detectarse la trombosis venosa y haberse suspendido en ese momento el tratamiento con HBPM, que sí se suspendió 24 horas después, hubiera condicionado un pronóstico diferente, ya que:

-La tórpida evolución que presentó fue por progresión de las hemorragias cerebrales y no por la aparición de nuevos fenómenos trombóticos, estando descrito en la literatura científica que el proceso de TIH sólo se asocia a fenómenos de trombosis.

-Dada la propia naturaleza del proceso de TIH mediado por anticuerpos, aún tras la interrupción de la heparina estos pacientes siguen teniendo riesgo de trombosis posterior hasta varios días después, por lo que en este caso la suspensión 24 horas antes tampoco hubiera evitado dicho riesgo.

-Queda descrito en protocolos aplicados que cuanto aparece una hemorragia cerebral al diagnóstico de una trombosis venosa cerebral se asocia a una alta mortalidad pero no con el sangrado del tratamiento con anticoagulante, por lo que no se puede afirmar que la progresión de las hemorragias fuera causada por las dosis de HBPM que se le administraron durante sólo 24 horas tras el diagnóstico de la trombosis.

Por lo expuesto, y pese a la fatal evolución que presentó la paciente, no se puede considerar que la asistencia sanitaria que se le prestó en cada momento no fuera ajustada a la lex artis”.

Por otra parte, en el cuerpo del informe se afirma que “Consta la realización de estudio analítico los días 16/06/2020, 17/06/2020 y 18/06/2020 con parámetros del recuento plaquetario dentro de la normalidad (193.000, 185.000 y 186.000 plaquetas respectivamente”.

Séptimo

Obra igualmente en el expediente el informe médico pericial emitido a instancia de P. por el Dr. M.P., Especialista Hematología y Hemoterapia, de fecha 13 de octubre de

2021, que establece las siguientes:

“V.- CONCLUSIONES GENERALES:

Doña M.L.B.N. fue diagnosticada de una enfermedad, colangiocarcinoma, que carácter oncológico y de mal pronóstico por su naturaleza y evolución más frecuente, incluso en sus formas subsidiarias de cirugía.

Al presentar la enfermedad localizada, se optó por tratamiento quirúrgico. Como profilaxis de enfermedad tromboembólica, al presentar alto riesgo (enfermedad oncológica y cirugía reciente) se empleó heparina de bajo peso molecular a dosis profilácticas. Dicha medicación ya se había empleado con anterioridad en la paciente en otros procedimientos.

Tras la cirugía que se realizó con evolución favorable, la paciente tuvo que acudir a urgencias, por cefalea en relación con un cuadro de trombosis de senos venosos. En la reclamación interpuesta, se afirma que el proceso estaba en relación exclusivamente con una complicación, trombocitopenia inducida por heparina.

Aunque en este caso, se presentaban características que no descartaban esta posibilidad, consideramos que la paciente presentaba otros factores de riesgo que podía explicar el riesgo de esta complicación: enfermedad oncológica, cirugía reciente. Además, la paciente había empleado heparina de bajo peso molecular en otros procedimientos sin eventos significativos y la dosis empleada de heparina era a dosis bajas, lo cual hacía menor probable el evento.

Consideramos que la actitud adoptada por sus médicos responsables fue adecuada con los datos disponibles en aquel momento y sé que se trató de un caso desafortunado por las complicaciones padecidas a pesar de todo el esfuerzo terapéutico empleado.

VI.- CONCLUSIÓN FINAL

Consideramos que en este caso el manejo de la paciente se adecuó a la lex artis”.

Octavo

Mediante escrito de 11 de noviembre de 2021 se dio traslado a los reclamantes de la apertura del preceptivo trámite de audiencia.

Dentro del plazo conferido para formular alegaciones y presentar documentación complementaria, mediante escrito de 1 de diciembre de 2021, con entrada al mismo día en el Registro del Gobierno de La Rioja, los reclamantes solicitaron que se completara el expediente, en el sentido de adicionar a éste los informes del Servicio de Análisis Clínicos del Hospital San Pedro y las órdenes de tratamiento médico, con suspensión del plazo hasta que se les diera traslado de tal documentación.

A pesar de no haber obtenido respuesta a tal solicitud, el día 7 de diciembre de 2021 los interesados presentaron escrito de alegaciones, de igual fecha, por el que mostraron su disconformidad con las conclusiones de la Inspección Médica y del Perito autor del

informe de P., exponiendo los motivos concretos de su crítica y ratificando, en definitiva, la exposición realizada en su escrito de reclamación y las pretensiones deducidas a su través.

A tal escrito se acompañó un anexo al informe pericial presentado con su reclamación, igualmente suscrito por el Dr. S, en que éste consigna su propia valoración y crítica de los informes de Neurología, Cirugía General e Inspección Médica obrantes en el expediente, así como del informe de P.

Noveno

Con fecha 20 de diciembre de 2021, el Instructor del procedimiento remitió comunicación por correo electrónico a los interesados, adjuntando la documentación complementaria cuya adición se había interesado por éstos y concediendo nuevo plazo para formular alegaciones a contar desde la fecha de su recepción.

Dentro de este último plazo, los reclamantes presentaron un segundo escrito de alegaciones de 10 de enero de 2022, con igual fecha de registro de entrada, en el que reiteran los argumentos en que sustentan su reclamación y, además, introducen un nuevo motivo de reproche a la asistencia prestada a la paciente por el Servicio de Neurología, aduciendo que la dosis de anticoagulante tras una trombosis cerebral debe estar en el límite inferior de la dosis terapéutica (anti Xa cercano al 0,5) y que, sin embargo, en este se administró a la paciente una dosis terapéutica sin ajustes con Xa, lo que alteró la función de las plaquetas, potenciando la tendencia hemorrágica y ocasionando la complicación hemorrágica.

Con este segundo escrito de alegaciones, los reclamantes aportaron un segundo dictamen médico pericial, en este caso emitido por la Dra. E.V.B., Especialista en Hematología y Hemoterapia, en el que se consignan las siguientes conclusiones: i).- Se deberían haber monitorizado las cifras de plaquetas de la paciente tras su alta hospitalaria, según las recomendaciones de la ASH; ii).- Ante la sospecha, con alta probabilidad, de Trombocitopenia Inducida por la Heparina que se desprendía del nivel de plaquetas que presentaba la paciente a su llegada al Servicio de Urgencias, se debería haber suspendido la heparina, sustituyéndola por una terapia anticoagulante alternativa sin riesgo de trombosis y, a continuación, determinar los anticuerpos por heparina para confirmar o descartar su existencia; iii).- La dosis de anticoagulante después de una trombosis cerebral debe estar en el límite inferior de la dosis terapéutica para evitar las hemorragias cerebrales (Anti Xa cercano al 0,5) y, sin embargo, en este caso la dosis que se administró era terapéutica pero sin ajustes con Xa, que por estar asociada a la trombopenia y al antiagregante plaquetario, alteró la función de las plaquetas, potenciando la tendencia hemorrágica y ocasionando la complicación hemorrágica.

La Dra. V. finaliza su informe señalando que *“No seguir tales indicaciones contribuyó al fallecimiento de la paciente”*.

Décimo

Tras un cambio de instructor debidamente notificado a los reclamantes (Resolución SGT de 9/02/2022), con fecha 10 de febrero de 2022, el Instructor del expediente emite propuesta de Resolución en la que propone *“que se desestime la reclamación que por responsabilidad patrimonial de esta Administración formulan A.I.R. y M.L., M.A. y M.I.B., por no ser imputable el perjuicio alegado, cuya reparación se solicita, al funcionamiento de los Servicios Públicos Sanitarios”*.

Undécimo

La Secretaría General Técnica, el día 10 de febrero de 2022, remite a la Dirección General de los Servicios Jurídicos, para su preceptivo informe, el expediente íntegro. El informe es emitido en sentido favorable a la propuesta de resolución el día 2 de marzo de 2022.

Duodécimo

El transcurso de seis meses, desde el inicio del procedimiento (29/06/2021) sin que haya recaído resolución expresa puede entenderse como contraria a la indemnización solicitada (artículo 91.3º de la LPAC'15).

En el presente caso, ya había transcurrido ese plazo cuando se formula la petición de dictamen. No obstante, no hay ninguna vinculación con el sentido desestimatorio por silencio, de suerte que la resolución final del procedimiento puede ser estimatoria, total o parcial, o desestimatoria (art. 24.3 LPAC'15).

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 3 de marzo de 2022, y registrado de entrada en este Consejo el 9 de marzo, la Excm. Consejera 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 9 de marzo de 2022, procedió, en nombre de dicho Consejo, a acusar recibo de la consulta, a declarar provisionalmente la misma bien efectuada, así como a apreciar la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asignada la ponencia a la Consejera señalada 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 y ámbito del Dictamen del Consejo Consultivo

En el presente caso, se reclama una indemnización superior a 50.000 € (en concreto, 186.902,87 €), 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 €.

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'15), 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 ejerce 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 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”*.

Como señala la STS de la STS, Sala 3ª, de 10 de mayo de 2005, recurso de casación 6595/2001, en su FJ 4º, que: *“...como este Tribunal Supremo tiene dicho en jurisprudencia consolidada -y que, por lo reiterada, excusa la cita- el hecho de que la responsabilidad extracontractual de las Administraciones públicas esté configurada como una responsabilidad objetiva no quiere decir, ni dice, que baste con haber ingresado en un centro hospitalario público y ser sometido en el mismo al tratamiento terapéutico que el equipo médico correspondiente haya considerado pertinente, para que haya que indemnizar al paciente si resultare algún daño para él. Antes, al contrario: para que haya obligación de indemnizar es preciso que haya una relación de nexo causal entre la actuación médica y el daño recibido, y que éste sea antijurídico, es decir: que se trate de un daño que el paciente no tenga el deber de soportar”,* debiendo entenderse por daño antijurídico, el producido (cuando) no se actuó con la diligencia debida o no se respetó la *lex artis ad hoc*.

Igualmente ha de traerse a colación en el presente caso la doctrina mantenida en numerosos dictámenes de este Consejo Consultivo (como los D.38/12, D.3/14 y D.13/15), que recuerdan la jurisprudencia establecida, entre otras, en la sentencia del Tribunal Supremo de 2 de enero de 2012 y 20 de marzo de 2018, la que determina que la pérdida de oportunidad terapéutica se configura: *“Como una figura alternativa a la quiebra de la lex artis, que permite una respuesta indemnizatoria en los casos en que tal quiebra no se ha producido y, no obstante, concurre un daño antijurídico, consecuencia del funcionamiento del servicio. Sin embargo, en estos casos, el daño no es el material correspondiente al hecho acaecido, sino la incertidumbre en torno a la secuencia que hubieran tomado los hechos de haberse seguido en el funcionamiento del servicio otros parámetros de actuación, en suma, la posibilidad de que las circunstancias concurrentes hubieran acaecido de otra manera. En la pérdida de oportunidad hay, así pues, una cierta pérdida de una alternativa de tratamiento, pérdida que se asemeja, en cierto modo, al daño moral y que es el concepto indemnizable. En definitiva, es posible afirmar que la actuación médica privó al paciente de determinadas expectativas de curación, que deben ser indemnizadas, pero reduciendo el montante de la indemnización en razón de la probabilidad de que el daño se hubiera producido, igualmente, de haberse actuado diligentemente”*.

En definitiva, como afirma la Sentencia de 21 de diciembre de 2012: “*la doctrina de la pérdida de oportunidad "existe en aquellos supuestos en los que es dudosa la existencia de nexos causal o concurre una evidente incertidumbre sobre la misma"*”.

En este sentido cumple señalar que se trata de una regla de imputación causal alternativa a la tradicional resultante de las cláusulas generales de **responsabilidad**.

Tercero

Sobre la existencia de responsabilidad patrimonial en el presente supuesto

Los promotores del expediente a que se refiere el presente dictamen sostienen en su escrito de reclamación inicial y en los escritos de alegaciones presentados en el trámite de audiencia que la paciente perdió la vida el día 3 de julio de 2020 en el Hospital San Juan Apóstol de Vitoria como consecuencia de una sucesión de actuaciones y omisiones contrarias a la *Lex Artis* de los facultativos del Servicio Riojano de Salud, que tuvieron lugar, según aducen, en el periodo comprendido entre su Alta hospitalaria, el día 23 de junio de 2020, y su traslado al citado centro hospitalario de Vitoria, el día 2 de julio de 2020.

En la propuesta de Resolución, por el contrario, se señala que la actuación de los diversos facultativos intervinientes en la atención de la Sra. Bueno en igual periodo se ajustó estrictamente a la *Lex Artis*; que no existe nexo causal entre dicha atención y el fallecimiento de la paciente; y que tal fallecimiento no constituyó, por lo tanto, un daño antijurídico.

Pues bien, a la vista del relato fáctico que sirve de base a la reclamación, y una vez valorados los diversos documentos e informes obrantes en el expediente, éstas son nuestras conclusiones en torno a los “errores” en que los reclamantes sustentan sus pretensiones y a la propuesta de resolución dictada en el expediente:

1ª.- Sobre la falta de adopción de medidas de control plaquetario tras el Alta hospitalaria de la paciente:

En el expediente aparece como un hecho no cuestionado que, coincidiendo con el Alta de Doña M.L.B.N. el día 23 de junio de 2020, tras ser intervenida días antes de un colangiocarcinoma en el Hospital San Pedro, se prescribió a la misma un tratamiento profiláctico antitrombótico con una Heparina de bajo peso molecular (Bemiparina), en dosis de 5000 U/día, durante 30 días.

Tampoco existe controversia alguna en cuanto al hecho de que, a su Alta, no se contempló la necesidad de monitorizar las cifras de plaquetas de la paciente a lo largo del citado tratamiento profiláctico con heparina.

La controversia entre los reclamantes y la Administración Sanitaria radica en si la omisión de la antedicha medida de control plaquetario contravino o no la *Lex Artis ad hoc*.

En relación a esta concreta cuestión, tanto los facultativos que omitieron adoptar tal medida de monitorización plaquetaria como la Inspección Médica afirman en sus respectivos informes que las Guías de Práctica Clínica más recientes no indican la necesidad de realizar, de forma rutinaria, un recuento plaquetario en pacientes con tratamiento profiláctico con heparinas de bajo peso molecular en postoperatorios, salvo que concurren factores como Trombocitopenia previa, obesidad mórbida y/o insuficiencia renal.

Unos y otra citan la bibliografía consultada. Y los primeros aportan con su informe el Protocolo de Profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa perioperatorio del Departamento de Cirugía General, Digestivo y Plástica del Hospital San Pedro, al que, según expresamente manifiestan, se atuvieron en su actuación.

El informe de la consultoría P. obrante en el expediente, del que es autor el Dr. Méndez, no contiene consideración alguna en relación con esta cuestión.

Y los reclamantes, por su parte, afirman que tal medida de control debió adoptarse en el caso de su esposa y madre, respectivamente, pues la misma tenía un riesgo de presentar Trombocitopenia inducida por la heparina superior al 1% y las Guías clínicas recomiendan la monitorización de plaquetas cuando el riesgo de THI sea superior a 0,1 % cada 2-3 días.

La tesis al respecto de los reclamantes aparece refrendada pericialmente en el expediente a través de los informes periciales emitidos por el Dr. S. y la Dra. V. -especialista en Medicina Interna y aparato digestivo, el primero; y en Hematología, la segunda-, quienes efectivamente sostienen que, ante el elevado riesgo de presentar ITH de la paciente (0,1 – 1%), resultaba aconsejable monitorizar las cifras de plaquetas cada 2-3 días y que, de hecho, así lo indican las Guías Médicas.

No obstante, la Dra. V. también afirma que: *“En general, la trombocitopenia es leve o moderada, con cifras de plaquetas superiores a 50 x 10⁹/l, y no se asocia a manifestaciones hemorrágicas sino a trombóticas”*.

Ambos Doctores citan asimismo bibliografía, refiriéndose concretamente a la Guía Chest y a las pautas de la Sociedad Americana de Hematología.

Pues bien, tras ponderar los argumentos de las partes, en esta cuestión consideramos que asiste la razón a los reclamantes.

De hecho, consideramos que, coincidiendo con el Alta hospitalaria de la paciente debió indicarse la necesidad de monitorizar la cifra de plaquetas, si no cada 2-3 días, sí, como mínimo, cada siete días.

Somos conscientes de que las Guías de Práctica Clínica pueden diferir en sus recomendaciones, lo que a su vez explica la divergencia que, sobre esta cuestión, existe entre los peritos autores de los informes aportados por los reclamantes, de una parte, y la Inspección Médica y los propios facultativos que omitieron tal medida de control, de la otra.

Y en tal contexto, a pesar de que ninguno de los miembros de este Consejo dispone de conocimientos médicos para resolver la controversia suscitada al respecto de tal cuestión con argumentos objetivos propios, finalmente hemos concluido que **la omisión de la medida de recuento de plaquetas coincidiendo con el Alta hospitalaria de la paciente constituyó una mala praxis**, fundamentalmente porque el propio Protocolo de profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa perioperatorio del Departamento de Cirugía General, Digestivo y Plástica del Hospital San Pedro, obrante en el expediente, contempla la trombocitopenia como una reacción adversa de la heparina de bajo peso molecular que aparece habitualmente entre 5 – 21 días después del comienzo del tratamiento; indica la necesidad de efectuar un recuento de plaquetas antes de iniciar tratamientos profilácticos con la misma y, posteriormente, una vez a la semana, hasta la finalización del tratamiento; y añade, a continuación, que el tratamiento habrá de suspenderse ante cualquier descenso del 30-50% del valor inicial.

Parece claro, en consecuencia, que en este caso no se actuó de acuerdo con el protocolo del propio Departamento de Cirugía General del Hospital San Pedro.

A pesar de ello, no apreciamos relación de causa efecto, directa y suficiente, entre la omisión de tal medida de control y el fallecimiento de la paciente, por cuanto: i).- A pesar de que los peritos de ambas partes coinciden al considerar que, en el momento en que se confirmó la trombosis que ésta padecía a través de la RM realizada el día 1 de julio, efectivamente concurrían los criterios necesarios para sospechar diagnósticamente, con una alta probabilidad de acierto, que la paciente padecía TIH, también coinciden al reconocer que la presencia de tal proceso sólo se confirma a través de concretas pruebas (inmunoensayo enzimático y otras) que, en el presente caso, no se realizaron, luego no puede reputarse acreditado que los episodios trombóticos que sufrió la paciente vinieran motivados por una previa TIH, pues no consta prueba objetiva de que la paciente realmente presentara esta reacción adversa; ii).- Incluso admitiendo, a efectos puramente

dialécticos, que la paciente efectivamente presentaba TIH a su llegada al Servicio de Urgencias, no existe ningún dato objetivo que permita fijar el momento en que tal proceso se inició ni, por tanto, puede asegurarse que la monitorización hubiera permitido controlarlo, mediante la suspensión de la heparina, y evitar el inicio de la trombosis y sangrado cerebral que finalmente se produjo y motivó la muerte de la paciente.

Por lo tanto, la Administración Sanitaria no ha de responder frente a los reclamantes cual si la muerte de la paciente se hubiere producido por efecto de tal mala praxis, pues en este caso la omisión de tal medida de control no consta fuera el origen o causa de la muerte de aquella.

Sin embargo, consideramos que si tal medida de control se hubiera adoptado, como indicaba el protocolo, habría existido cierta probabilidad de confirmar que el nivel de plaquetas de la paciente estaba registrando un descenso que obligaba a suspender la heparina antes de que ésta comenzara a sufrir los episodios trombóticos y hemorrágicos que finalmente ocasionaron su muerte; y, con ello, habría existido igualmente cierta probabilidad de evitar unos y otra, por lo que consideramos plenamente aplicable en el presente caso la doctrina de la pérdida de oportunidad terapéutica a que hemos hecho referencia, en los términos que a continuación exponremos.

2ª.- Sobre el pretendido error de diagnóstico cometido por los facultativos que intervinieron en la atención a la paciente, desde su llegada al Servicio de Urgencias (30 de junio de 2020) hasta su traslado al Hospital San Juan Apóstol de Vitoria (2 de julio de 2020), y la consecuente inadecuación del tratamiento aplicado a la misma durante su estancia en el Hospital San Pedro.

Tras analizar los argumentos de las partes al respecto de esta cuestión y valorar los dictámenes en que se sustentan, consideramos que la atención dispensada a la paciente desde su llegada al Servicio de Urgencias hasta su traslado interhospitalario, si bien no quebrantó la *Lex Artis*, sí privó a la misma de un tratamiento alternativo que, quizás, hubiera evitado su lamentable muerte dos días después.

Hemos llegado a tal conclusión tras efectuar las siguientes reflexiones:

A).- La analítica realizada a la paciente el día 30 de junio de 2020, durante su estancia en el Servicio de Urgencias, puso de manifiesto que ésta presentaba un nivel de plaquetas de 92.000 ul., esto es, una trombocitopenia moderada que, si bien no hubiera tenido especial relevancia en otro contexto, sí la tenía en este caso, fundamentalmente porque, en estricta aplicación del protocolo del Departamento de Cirugía general y Digestivo al que hemos hecho referencia en el anterior apartado, obligaba a suspender el tratamiento con heparina que le había sido prescrito 14 días antes, teniendo en cuenta que tal cifra de plaquetas suponía un descenso superior al 50% de la que la paciente presentaba

antes de iniciar el tratamiento (257.000 ul. antes de su intervención quirúrgica y 193.000 ul tras la misma, según consta en los informes de Preanestesia y de la UMI que obran en el expediente).

Ignoramos si los facultativos que intervinieron en la asistencia a la paciente durante su estancia en el Servicio de Urgencias y la UCE tuvieron en algún momento constancia de que ésta seguía un tratamiento profiláctico con heparina, pero hemos confirmado que en el informe emitido por ambos Servicios no se incluye tal anticoagulante como parte de su tratamiento farmacológico ni se señala que, durante su estancia en uno y otra, se le administrara dosis alguna de bemiparina.

Por ello, consideramos que la atención dispensada a la paciente en el Servicio de Urgencias y en la UCE, hasta que se dispuso de los resultados de la RM cerebral, no merece reproche alguno.

B).- La RM cerebral realizada a la paciente en la tarde del 1 de julio evidenció que ésta presentaba sangrado laminar subdural y, además, trombosis de senos venosos.

A la trombopenia moderada que resultaba de su analítica se unía ya la confirmación de trombosis.

Y, en este momento, parece claro que al Servicio de Neurología sí le constaba que la paciente estaba bajo tratamiento profiláctico antitrombótico con heparina, pues su informe de 2 de julio así lo reconoce, al mencionarlo como parte de su tratamiento farmacológico (Hibor 5.000 u/24h.).

Pues bien, en tal contexto, consideramos que la decisión de administrar a la paciente heparina a nivel terapéutico -Clexane 60 mg/12 h.-, aunque no quebrantó la *Lex Artis ad hoc*, pues de hecho tal actuación venía aconsejada por el protocolo de la unidad de Ictus del Hospital San Pedro, sí privo a ésta de un tratamiento alternativo, consistente en sustituir la heparina por otro anticoagulante, que podría haber modificado su evolución y evitado su fallecimiento.

En efecto, aun admitiendo que el cáncer maligno que la paciente padecía y la intervención quirúrgica realizada para su resección podían constituir el origen de la trombosis, pues así lo contempla el protocolo de ETV de la Unidad de Ictus del Hospital San Pedro, obrante en el expediente, y que tal protocolo, en concreto, aconseja tratar tales casos con heparina, parece claro que si, en lugar de descartar que la trombopenia que presentaba la paciente podía constituir una contraindicación a la administración de heparina en dosis terapéutica, se hubiera atribuido a dicha trombocitopenia la relevancia que posiblemente merecía, administrando a la misma otro anticoagulante no heparínico, la paciente habría tenido cierta probabilidad de sobrevivir.

3ª.- Sobre la pérdida de oportunidad.

Por lo anteriormente expuesto, consideramos en definitiva que las actuaciones médicas a que se refiere el procedimiento no permiten reputar a la Administración Sanitaria responsable, en términos patrimoniales, del fallecimiento de la paciente, no obstante lo cual, igualmente consideramos que, la omisión de la medida de recuento plaquetario, de una parte, y la administración de heparina en dosis terapéutica en las circunstancias de la paciente, de otra, privaron a ésta de la oportunidad de ser tratada con un anticoagulante no heparínico; bien, antes de que se desencadenara el proceso trombótico y hemorrágico que finalmente ocasionó su muerte, en su caso; bien, al inicio del mismo, lo que, con cierta probabilidad, podría haber evitado tal fatal desenlace, como señalan el Dr. S. y la Dra. V. en sus respectivos informes.

En aplicación de la doctrina de la pérdida de oportunidad terapéutica que, como hemos señalado en diversos dictámenes (por todos, en el D.119/19 y 36/12) permite imputar a los Servicios Sanitarios el daño moral derivado de la no realización de alguna concreta actuación médica, privando al paciente de determinadas expectativas de curación, procede en consecuencia reconocer el derecho de los reclamantes a percibir una indemnización que, en este caso, no ha de cubrir el daño moral que a éstos les ha producido la muerte de la paciente, sino el derivado de la incertidumbre en torno a si tal fatalidad pudo evitarse.

En la cuantificación de tal indemnización, la doctrina jurisprudencial tiene en cuenta las circunstancias concurrentes en cada caso concreto, y atiende a la edad, circunstancias de la asistencia recibida, evolución y/o probabilidades de supervivencia y demás circunstancias (sentencias del Tribunal Supremo de 21 de marzo de 2007, 1 de febrero de 2008, 30 de septiembre de 2009, 25 de mayo, 30 de septiembre y 2 de noviembre de 2011, y 26 de marzo de 2012, entre otras).

Pues bien, en el caso que nos ocupa, como circunstancias personales de la paciente cabe destacar que ésta padecía diversas patologías previas que evidenciaban una situación sanitaria complicada, con múltiples factores de riesgo, (cardiopatía isquémica crónica y estable, hipotiroidismo primario, fibromialgia, glaucoma, Artropatía degenerativa, cefalea tensional y reflujo gastroesofágico). Por otra parte, había sido intervenida quirúrgicamente por un colangiocarcinoma grado I. Y su edad era de 66 años (nacida el 24/01/1954 y fallecida el 3/07/2020).

Las circunstancias de la asistencia están sobradamente descritas en el dictamen y sólo permiten estimar una pérdida de oportunidad. Y, aunque nos movemos en el ámbito de las probabilidades, pues lamentablemente no puede saberse a ciencia cierta qué hubiera ocurrido de haberse adoptado la medida de recuento de plaquetas y/o de haberse

suspendido la heparina sustituyéndola por otro anticoagulante durante su estancia en el Hospital San Pedro, sí parece claro que las actuaciones omitidas no aseguraban la supervivencia de la paciente, en primer lugar, porque ni siquiera existe la certeza de que ésta realmente presentara una TIH, al no haberse practicado las concretas pruebas de laboratorio que, en su caso, habrían confirmado objetivamente su presencia, como exponen la Inspección Médica y la Dra. V. en sus respectivos informes; y, en segundo lugar, porque el accidente trombo-hemorrágico que motivó su muerte podía tener su origen en otros factores (neoplasia maligna e intervención quirúrgica) ajenos absolutamente a un proceso de TIH.

En la valoración del resto de circunstancias hay que señalar que la edad del marido e hijos permite considerarlos en su conjunto. No hay ningún hijo menor, ni a cargo. Tampoco hay constancia de que ninguno de los hijos conviviera con los padres, ni otras circunstancias particulares que aconsejen diferenciar la indemnización correspondiente a cada uno de los reclamantes.

Otro criterio para determinar la valoración de la pérdida de oportunidad atiende al grado de probabilidad de que la actuación omitida produzca algún beneficio; y el grado de alcance o entidad de dicho beneficio (STS nº 1177/2016 de 25 mayo. RJ 2016\2275).

En el presente caso no disponemos de dato objetivo alguno al respecto, si bien no puede olvidarse que la paciente presentaba dos factores de riesgo de trombosis venosa cerebral, como lo eran su reciente cirugía y el cáncer que padecía (informes de la Inspección Médica y de la Dra. M. de 27 de julio de 2021 y de la Inspección Médica de 11 de noviembre de igual año), no pudiendo descartarse que fueran tales factores los que originaron el accidente trombótico y hemorrágico que finalmente condujo a la paciente a la muerte.

En estas condiciones, por lo tanto, no puede determinarse ni el grado de probable beneficio de la actuación médica omitida (conteo de plaquetas y suspensión de la heparina), ni el grado de entidad de dicho beneficio.

Por todo ello, partiendo de la premisa de que la cuantificación de la indemnización en caso de pérdida de oportunidad terapéutica no ha de cubrir la totalidad del perjuicio sufrido, sino la incertidumbre en torno a si la actuación médica omitida podría haberlo evitado o minorado, y atendiendo las circunstancias que hemos expuesto, consideramos que procede reconocer a los reclamantes una indemnización conjunta de 20.000 €.

CONCLUSION

Única

Procede estimar parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial objeto de este procedimiento e indemnizar a los reclamantes, de forma conjunta, por el daño moral padecido a consecuencia de la pérdida de oportunidad terapéutica que sufrió Doña M.L.B.N., en la suma de 20.000 Euros.

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

José Ignacio Pérez Sáenz