



En Logroño, a 28 de febrero de 2023, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. José Ignacio Pérez Sáenz, y de los Consejeros Sres. D. Enrique de la Iglesia Palacios, D^a Amelia Pascual Medrano y D^a M^a Belén Revilla Grande, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Serrano Blanco, habiéndose ausentado la Consejera D^a Ana Reboiro Martínez-Zaporta, por concurrir en la misma causa legal de abstención, y siendo ponente D^a M^a Belén Revilla Grande, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

10/23

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm. Sra. Consejera de Salud de La Rioja, sobre la *Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, formulada por J.H.T. y J.M.H. y A.M.H. por los daños y perjuicios que entienden causados por el fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, M.A.M.R. como consecuencia de una parada cardíaca prolongada que desencadenó una Anoxia Cerebral Severa con resultado de muerte y que valoran en la suma de 312.077,22 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

1. En fecha 17 de diciembre de 2021, tiene su entrada en la Secretaría General Técnica de la de la Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja, escrito de reclamación de daños y perjuicios por responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, presentado por las partes interesadas antes expresadas.

1. Contenido de la reclamación.

A) Hechos los que se funda la reclamación.

De acuerdo con lo relatado en su reclamación y en los documentos que aporta, podemos deducir el siguiente relato de hechos, (los destacados son nuestros):

-M.A.M.R., esposo y padre de los reclamantes, había sido sometido a un trasplante pulmonar realizado en el Hospital Universitario “Marqués de Valdecilla” de Santander, en julio de 2016 y seguía en tratamiento, por tal causa, desde entonces.



-El día 14/12/2020 pasó su última revisión, en el citado Hospital Marqués de Valdecilla que concluyó con un diagnóstico de *Estabilidad funcional y clínica*.

-El día 19/12/2020 *presentó dolor centrotorácico con irradiación a ambos hombros que se inició a las 17 horas, tras levantar peso, sensación nauseosa, diaforesis marcada. Dolor de características pleuríticas, afebril, no CVA (accidente cerebro vascular), según consta en el informe clínico de asistencia urgente emitido a las 21:04:57 de dicho día, que se cierra con un diagnóstico de enfermedad cardiaca-cardiovascular-dolor precordial 788,51.*

-A las 22:41 del mismo día 19/12/2020 fue atendido en el Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro, siendo dado de alta de este servicio a las 3:06, del día 20/12/2020.

-Consta informe en el que se constatan, según se van sucediendo, las actuaciones que la doctora de urgencias verificó para concluir con su diagnóstico y tratamiento:

-Enfermedad actual: Varón de 62 años, refiere que a las 17:00 horas aproximadamente, tras un esfuerzo físico intenso, comienza con dolor centrotorácico opresivo irradiado a ambas escápulas y a región cervical asociado a disnea, no palpitaciones, mareo autolimitado en el domicilio. No clínica digestiva, ni miccional, no fiebre. Al llegar al hospital presenta mareo con hipotensión, palidez y sudoración que cede tras sueroterapia.

-Exploración general: EEII (eco Dopler venosa extremidades inferiores): pulsos pedios presentes y simétricos, no edemas, no signos de TVP (trombosis venosa profunda).

- Pruebas complementarias: AS; D-Dimero 250; Rx de tórax sin signos de patología aguda; Tc arterias pulmonares. No se observan signo de TEP (tromboembolismo pulmonar), derrame pericárdico a valorar clínicamente. El 20/12/2020 a las 12 horas, avisa el radiólogo de guardia han revisado TAC de anoche y nos informa de que si presenta TEP a nivel de arteria subsegmentaria lóbulo medio dicho con cierta congestión de vena cava; Ecocardiograma: Diagnóstico; derrame pericárdico ligero-moderado(8 mm. Anterior, 6 mm. Posterior) con fibrina en su interior sin compromiso hemodinámico alguno en el momento actual; Eco-abdominal: Conclusión: estudio ecográfico sin alteraciones agudas reseñables en el momento actual; Bioquímica: 20/12/2020 4:37 Troponina T ultrasensible 26,7 ng/L.0.0-14.0 AÑTO; Itc cardiología derrame pericárdico ligero-moderado (8 mm. Anterior, 6 mm. Posterior) con fibrina en su interior sin compromiso hemodinámico alguno en el momento actual. Impresión clínica: TEP subsegmentario derecho. Derrame pericárdico sin compromiso hemodinámico. Tratamiento al alta: Ingreso en neumología

-Sobre el tratamiento aplicado, la Dra. de urgencias anota: inicio anticoagulación y solicito ingreso en neumología.

-Consta alta el 20/12/2020 a las 3:06

-Ingresó en Neumología el 20/12/2020 a las 21:45 horas y fue visto por neumólogo a las 21:52.

-El día 21/12/2021 a las 2 h, se despertó por dolor intenso en hombro que irradiaba hasta la cabeza; a las 5:28 h. entró en parada cardiaca secundaria a taponamiento cardiaco. *RCP Derrame pericárdico grave. Pericardiocentesis evacuadora. Se inició RCP básica, masaje cardiaco y ventilación con ambú. Acude intensivos, se procede a intubación, se continua con masaje cardiaco. Se detecta derrame pericárdico grave por ecografía realizando pericardiocentesis evacuadora, tras lo cual aparece ritmo*



en derivaciones externas y pulso femoral/carotideo (folio 60 e.a.). Se lleva a UMI. Diagnóstico; parada cardíaca secundaria a taponamiento cardíaco. RCP. Derrame pericárdico grave, Pericardeiocentesis evacuadora. Traslado a UMI.

-A las 13:20 horas del mismo día, visto el estado que presenta, tras consultar con Cirugía Cardíaca, se decide trasladarlo a Clínica Los Manzanos para intervención quirúrgica.

-El Juicio clínico en ese momento es: *parada cardíaca reanimada; taponamiento cardíaco por masa extracardiaca intrapericárdica sin filiar (hematoma vs masa sólida); TEP subsegmentario derecho.*

-Sufrió un fallo multiorgánico secundario y finalmente falleció a las 15:04 del 28/12/2020 en el Hospital San Pedro, al cual había sido derivado de nuevo.

-En sus conclusiones, los reclamantes afirman que *“ha existido una mala praxis en el manejo del paciente a su ingreso en el Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro y en la planta de hospitalización de neumología”*.

Se diagnosticó de Tromboembolismo Pulmonar sobre la base de una sola prueba desconcertante: Angio Tac de Arterias Pulmonares que en el primer informe descartaba dicho diagnóstico y que a posteriori y sin mediar informe Radiológico correctivo, solo telefónico, se modifica el diagnóstico por un TEP periférico subsegmentario, que en modo alguno justificaba toda la clínica y los exámenes complementarios del enfermo, que eran muy sugestivos de una pericarditis aguda.

-Consideran que hay un error de diagnóstico, ya que el diagnóstico del tromboembolismo pulmonar (TEP) era *improbable* y califican de *imprudente* mantener ese diagnóstico *sin consultar con los especialistas del propio Hospital, tales como internistas y Neumólogos en lo que llamamos intercambio de pareceres ante un paciente con un diagnóstico dudoso de tener un TEP antes de su ingreso en planta de hospitalización.*

Además, ha existido un error de tratamiento al emplear un fármaco, que es favorable para el TEP, pero potencialmente peligroso para el paciente que tiene una Miocarditis con derrame pericárdico.

-A su juicio, existe *relación de causalidad entre el error en la predicción del diagnóstico y el tratamiento anticoagulante con el taponamiento cardíaco y la parada cardíaca prolongada que desencadenó una Anoxia Cerebral Severa con resultado de Muerte Cerebral.*

B) Cuantificación de la reclamación.

Los reclamantes son la esposa del finado, J.H.T., nacida el 4 de septiembre de 1963, quedando acreditado que contrajeron matrimonio el día 28 de septiembre de 1987, de cuya unión nacieron dos hijos, J.M.H. y A.M.H., el día 16 de abril de 1991 y 9 de febrero de 1995, respectivamente, para los que se reclama, de conformidad con el “*baremo de tráfico*” publicado en el año 2020 por la Dirección General de Seguros, una indemnización a favor del cónyuge de 112.768,22 euros por el fallecimiento del esposo con el que convivía, más 417,66 euros por daño emergente y 51.797 euros por lucro cesante; para el hijo J.M.H., la suma de 52.207,51 euros por el fallecimiento de su padre, 417,66 euros por daño emergente y 15.883 euros por lucro cesante; y para el hijo A.M.H.. la suma de 52.207,51 euros por el



fallecimiento de su padre, 417,66 euros por daño emergente y 25.961,00 euros por lucro cesante.

La suma de todas las indemnizaciones reclamadas por todos los conceptos, importa la cantidad de 312.077,22 euros.

2. Documentación adjunta a la reclamación.

A) A su reclamación, acompañan diversos documentos, de entre los que se destacan los siguientes: **i)** Libro de familia; **ii)** declaración del IRPF del ejercicio 2020; y, **iii)** documentación sobre la asistencia médica recibida.

B) Aportan prueba pericial por informe elaborado por el Dr. A.I.S.J., especialista en Medicina Interna, quien realiza un análisis de la *lex artis ad hoc* y concluye que ha existido mala praxis por varias razones, a saber, por solicitar el AngioTac, prueba no indicada con un Dímero < 500 ng/nl; por asumir el cambio de diagnóstico a través de una llamada telefónica, considerando que el médico debió aclarar la dicotomía sobre la existencia o no de un tromboembolismo pulmonar con una nueva exploración: angio-resonancia magnética de las arterias pulmonares, asegurando o descartando definitivamente el diagnóstico ya que los datos del paciente eran compatibles con un diagnóstico alternativo: miopericarditis aguda; y, además, porque el médico de guardia no advirtió en neumología que la sintomatología que presentaba era un preludio de un taponamiento cardiaco.

Segundo

La instrucción del procedimiento administrativo

El día 22 de diciembre de 2021, la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud dictó Resolución por la que tuvo por iniciado procedimiento general de responsabilidad patrimonial y nombró Instructor del mismo.

La Resolución fue comunicada a los interesados mediante oficio del Instructor de 23 de diciembre de 2021, en el que se les informó de los extremos exigidos por el artículo 21.4, segundo párrafo, de la Ley 39/2015, de Procedimiento administrativo común (LPAC'15).

El mismo día, el Instructor, mediante comunicación interna, se dirigió a la Dirección del Área de Salud de La Rioja-Hospital San Pedro, solicitando “*cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada en el HSP*” a M.A.M.R.



Igualmente, en dicha fecha, el Instructor, se dirigió a Clínica “Los Manzanos” y al Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, solicitando copia de la historia clínica del finado.

En fecha que no consta, se comunicó la reclamación formulada por el interesado a la Aseguradora del Servicio Riojano de Salud, *Segurcaixa Adeslas S.A.* que acusó recibo de la comunicación el 20 de diciembre de 2021.

Por otro lado, el 15 de febrero de 2022 se recabó de la Inspección médica “*informe sobre todos los aspectos esenciales de la reclamación con el fin de facilitar la elaboración de la propuesta de resolución sobre la reclamación planteada*”.

Consta incorporado al procedimiento informe médico pericial emitido con fecha 31 de marzo de 2022 para *Promede*, por los Dres. D. M.S.M.M. y D. J.M.A.M., ambos especialistas en Medicina Interna, sin que conste la causa de su aportación, ni que parte interesada promueve esta prueba.

Concluso el expediente, con fecha 8 de septiembre de 2022 se otorgó trámite de audiencia a las partes reclamantes para alegaciones por plazo de 15 días hábiles, trámite que resultó evacuado el día 19 de octubre de 2022.

Tercero

La documentación remitida por Clínica los Manzanos

El 3 de enero de 2022, la Clínica “Los Manzanos” aportó la documentación requerida, de entre la que destaca el informe de Alta por traslado a otro centro de fecha 28/12/2020 a las 19:53, de paciente ingresado el día 21/12/2020.

-En dicho informe se hace constar que el “*paciente ingresó en la UMI del HSP por parada cardiaca intrahospitalaria reanimada en el contexto de taponamiento cardiaco por derrame pericárdico severo*”.

“*El día anterior había ingresado en la planta de neumología por TEP subsegmentario derecho, por lo que se inició anticoagulación. En el ecocardiograma transtorácico realizado por la mañana se observó derrame pericárdico moderado con fibrina que no comprometía a nivel hemodinámico. Por la tarde comenzó con dolor de características pleuríticas e intranquilidad, además de hipotensión de forma progresiva. A las 4:49 avisan UMI por alarma de parada cardiaca, Se inició RCP avanzada con masaje cardiaco, IOT, 3 adrenalinas y drenaje pericárdico con salida en total de 600ml de líquido hemático (no se coagulaba). Control radiológico y ecográfico de la ubicación de catéter de pericardiocentesis. Disociación electromecánica en la monitorización inicial. Tiempo de parada 20 minutos aproximadamente. Posteriormente ingresó en UMI con disfunción hemodinámica por lo que se inició perfusión de noradrenalina. Durante la mañana de hoy se repite ETT y se observa de nuevo derrame periférico severo*”.



-El diagnóstico, en ese momento es Taponamiento cardíaco. Se realiza intervención quirúrgica, sin éxito, siendo trasladado de nuevo al Hospital San Pedro, donde falleció.

Cuarto

La documentación remitida por Hospital Universitario “Marqués de Valdecilla”.

El 3 de febrero de 2022 el Hospital Universitario. Marqués de Valdecilla aportó la documentación requerida, de entre la que destaca, el informe del servicio de Neumología en la última revisión de 14/12/2020 a la que ya nos hemos referido, con un diagnóstico de “*estabilidad desde el punto de vista clínico y funcional a nivel respiratorio*”.

Quinto

La documentación remitida por el Servicio Riojano de Salud-SERIS-

El 14 de febrero de 2022, el Sr. Gerente del SERIS, remitió la documentación solicitada y los siguientes informes:

i) Cardiología, Dra. D^a B.M.D., que emite informe de ecocardiograma con diagnóstico ya reseñado en los informes unidos a la demanda de “*derrame pericárdico ligero-moderado (8 mm. anterior, 6 mm. posterior), con fibrina en su interior, sin compromiso hemodinámico alguno en el momento actual*”;

ii) Neumología, Dr. D. C.R.M., del que destacamos lo siguiente, “*Se realizó un TAC torácico con angio TC pulmonar a este paciente para realizar un diagnóstico diferencial correcto del dolor torácico que descartó otra patología torácica ./... lo que puso de manifiesto un derrame pericárdico, que conllevó orientar el diagnóstico con la realización de un ecocardiograma por parte del cardiólogo de guardia y detectar un derrame pericárdico ligero moderado (8 mm. Anterior, 6 mm. Posterior) y tras la posterior revisión del Angio TAC pulmonar detectar un episodio de tromboembolismo pulmonar agudo./... el tratamiento del TEP agudo es la anticoagulación con heparina de bajo peso molecular*”

iii) Radiología, Dr. D. J.L.A.V., “*se le solicitó un TAC Torácico Urgente con la siguiente petición: Varón de 62 años, AP de trasplante bipulmonar en 2016, dolor torácico con elevación de dímero D, descartar TEP. Se realizó estudio de TC con contraste que se informó sin signos de TEP por parte del radiólogo encargado de los TC urgentes nocturnos, según práctica habitual se revisó por parte de los radiólogos subespecializados en radiología torácica por la mañana, detectando defecto de repleción compatible con trombo embolismo pulmonar en arteria segmentaria de segmento anterior de lóbulo medio. Dados los hallazgos se avisa al médico responsable de la planta*”;

iv) Cardiología, Dra. D^a B.M.D., quien informa que “*Durante la realización de la prueba diagnóstica (ecocardiograma) avisan por el resultado de TC torácico donde informan de la presencia de TEP agudo, por lo que se recomienda, al tratarse un paciente trasplantado, valoración por neumología. No se considera presencia de derrame pericárdico ligero como contraindicación absoluta para la valoración de anticoagulación en paciente con patología aguda que precise anticoagulación (como en pacientes portadores de prótesis o en TEP), comentándose en las guías de práctica clínica de cardiología la modificación del tratamiento (no la retirada) en caso de paciente ya en tratamiento anticoagulante, por lo que se valora*”



conjuntamente el riesgo beneficio de presencia de TEP en paciente trasplantado bipulmonar decidiéndose iniciar ACO con HBPM a dosis ajustada según peso y función renal”.

Sexto

El informe de Inspección Médica

El 14 de marzo de 2022 el Sr. Inspector médico D. J.V.M., emitió el informe solicitado, formulando las siguientes conclusiones:

“1. Aunque en un primer momento se descartó la presencia de un tromboembolismo pulmonar, no debe sorprender que se cambiara posteriormente dicho diagnóstico tras una nueva valoración de dicha prueba. El hecho de que la corrección de dicha impresión fuera realizada por vía telefónica no es una falta o irregularidad: en el manejo de un paciente muy grave es necesario tomar decisiones con rapidez, evitando al máximo la lentitud que puede originar la nueva redacción de informes escritos. De hecho, creo que debe considerarse un marcador de calidad que una prueba diagnóstica ya informada el día anterior sea revisada al día siguiente, por si fuera necesario cambiar la impresión diagnóstica, como precisamente ocurrió en este caso.

2. La solicitud de un angio-TAC torácico parece totalmente razonable, no sólo para un posible diagnóstico de TEP, sino también para ayudar en el amplio diagnóstico diferencial que un paciente de estas características presentaba. Además, la clínica del paciente era compatible con la presencia de un tromboembolismo pulmonar, por lo que de forma lógica se inició el tratamiento para dicha entidad clínica: la anticoagulación. Hay varias escalas validadas para el diagnóstico del tromboembolismo pulmonar y el hecho de que la probabilidad preclínica arrojara un valor bajo, intermedio o alto, no descartaba de ningún modo la existencia de dicha enfermedad una vez que la prueba diagnóstica ya se había realizado para la evaluación clínica del paciente. La presencia de un derrame pericárdico ligero no es una contraindicación absoluta para la anticoagulación, sino una cuestión de valoración de riesgo-beneficio.

3. El hecho de que el paciente tuviera un TEP no excluye la presencia concomitante de un derrame pericárdico. De lo indicado anteriormente en la revisión bibliográfica realizada queda claro que el TEP puede presentarse a la vez que otras entidades, como precisamente parece que se dio en este paciente. Parecía obligado iniciar tratamiento para el TEP, sin excluir la necesidad de posteriores intervenciones sobre el derrame pericárdico (como ocurrió después).

4. Es indudable que el tratamiento anticoagulante, indicado para el tromboembolismo pulmonar, puede tener efectos secundarios o adversos para otras patologías del paciente (en este caso, el derrame pericárdico). En este caso hubo que iniciar tratamiento anticoagulante por una sospecha firme de tromboembolismo pulmonar. A mi juicio es totalmente hipotético, aventurado e indemostrable que de haber tomado otra decisión el paciente no hubiera fallecido. También me parece indemostrable tratar de explicar qué parte, si alguna, del taponamiento cardíaco tuvo relación con el inicio de la anticoagulación por TEP. Dicho de otra forma, si no se hubiera iniciado el tratamiento anticoagulante por el temor al derrame pericárdico, quizá estaríamos hablando ahora de que falleció precisamente por no haberse iniciado dicho tratamiento.

5. No debe sorprender que un paciente con una situación clínica complicada (trasplante bipulmonar, inmunosupresión) y que presenta un síndrome coronario agudo, experimente sucesivas complicaciones, incluyendo la parada cardíaca, y acabe falleciendo, incluso habiendo adoptado



medidas lógicas desde el punto de vista médico. Además, durante la realización de un procedimiento urgente en cuidados intensivos (pericardiocentesis), a un paciente que ha sufrido una parada cardíaca, pueden surgir complicaciones como la laceración miocárdica: nunca pueden interpretarse tales complicaciones como infracciones a la lex artis, sino más bien como complicaciones perfectamente esperables en un paciente crítico. Tras una parada cardíaca el pronóstico clínico es malo y más aún en un paciente con la patología previa que presentaba.

6. En la atención del paciente intervinieron médicos del servicio de urgencias, radiólogos, neumólogos, intensivistas. De ninguna forma puede aducirse desidia, desinterés, imprevisión o imprudencia en su actuación, sino más bien todo lo contrario. En resumen, no se aprecia mala praxis en el manejo del paciente por parte de los profesionales del Servicio Riojano de Salud. No se aprecia relación de causalidad entre la atención recibida y su fallecimiento.

Séptimo

El informe médico pericial de *Promede*

Consta incorporado informe médico pericial emitido por los Dres. D. M.S.M.M. y D. J.M.A.M., ambos especialistas en Medicina Interna.

El informe considera que:

- i)** la clínica relatada con el paciente es coherente con la sospecha diagnóstica de tromboembolismo pulmonar;
- ii)** que el paciente presentaba factores de riesgo para presentar una patología como la sospechada ya que *“el embolismo pulmonar puede ocurrir en cualquier momento tras el trasplante”*;
- iii)** dado el cuadro clínico del paciente y considerando una patología de base muy relevante, el realizar nuevas exploraciones es correcto y extremadamente prudente. *“La angio TC pulmonar no solo permite valorar la vascularización pulmonar sino el resto de estructuras incluidas en el tórax”* sin que resulte invalidada la decisión por *“el hecho de que el d-dimero no supere la cifra de los 500 mcg/L”*, actuación validada por *“estudios en curso respecto a lo que se llama la estrategia de la exclusión triple (enfermedad coronaria, TEP y disección aortica) mediante la realización de angioTC en pacientes con dolor torácico no traumático como el caso que nos ocupa”*;
- iv)** *“con los datos disponibles el 20 de diciembre de 2019(sic) podía establecerse un diagnóstico de patología pericárdica como se hizo pues “el diagnóstico al alta de Urgencias, incluía el derrame pericárdico objetivado tanto en la TC como en el ecocardiograma realizado”*;
- v)** *“...existe posibilidad de que coincidan en el tiempo un derrame pericárdico y un tromboembolismo pulmonar”*;
- vi)** el hecho de que en este caso, ante un diagnóstico de un TEP subsegmentario no se realizaran otras pruebas para confirmar el diagnóstico, no se podría considerar como una actuación contraria a la *lex artis*, porque esta segunda prueba de confirmación figura como recomendable por lo que la decisión de anticoagular la paciente en base al diagnóstico de tromboembolismo pulmonar subsegmentario en la revisión de la TC torácica realizada no se podría considerar contrario al estado actual de la ciencia;



vii) tampoco puede afirmarse que en el caso de un diagnóstico de pericarditis/derrame pericárdico el tratamiento anticoagulante se encontraba contraindicado;

viii) tampoco se puede afirmar con certeza que el taponamiento pericárdico presentado por el paciente tuvo como causa el tratamiento anticoagulante prescrito, ya que, además, no existieron datos objetivos de dicho taponamiento en el momento de realizar el diagnóstico, y además no es posible establecer la causa de dicho derrame pericárdico en el paciente.

Octavo

Las alegaciones finales de los reclamantes

A) Alegaciones

Con fecha 19 de octubre de 2022, tienen entrada las alegaciones formuladas por los reclamantes, en trámite de audiencia, en las que se afirma:

i) que todos los informes médicos unidos al expediente están enfocados a defender que la actuación médica de los doctores del HSP fue adecuada a la *lex artis* y su finalidad es defenderse de lo que se dice en el informe médico pericial aportado con la reclamación;

ii) respecto a los informes periciales de la Inspección médica y de *Promede* consideran que omiten “*los datos de hecho que pueden interferir en sus conclusiones*”, y que “*no consta que el paciente presentara disnea*”;

iii) en fin, considera que existe “*relación de causalidad entre el error en la precisión del diagnóstico y del tratamiento anticoagulante, con el taponamiento cardíaco y la parada cardíaca prolongada que desencadenó una Anoxia Cerebral Severa con resultado de Muerte Cerebral*”.

B) Documentos aportados

Unen a estas alegaciones finales, Anexo al Dictamen médico pericial realizado con fecha 14 de julio de 2021 en relación a los informes de peritos y profesionales del Hospital San Pedro de Logroño, ante el fallecimiento de D. M.A.M.R., y considera que:

i) la sintomatología y el electro eran sugestivas de otra patología: pericarditis aguda;

ii) que, aunque el riesgo de tromboembolismo pulmonar era bajo, se solicitó la Angio-Tac de arterias Pulmonares, decisión cuestionable y cuyo resultado inicial fue negativo y además el radiólogo ya detectó la existencia de un derrame pericárdico de moderada cuantía, por lo que en ese momento existían tres de los cuatro criterios para diagnóstico de pericarditis aguda;

iii) que, tras el cambio de diagnóstico, comunicando un tromboembolismo pulmonar positivo, la cardióloga realiza un electrocardiograma que detecta un derrame pericárdico ligero moderado, lo que debió inducir a un diagnóstico de Miopericarditis que consideran más probable;



iv) la ausencia de una exploración física en planta de neumología impidió detectar los síntomas, que consideran debían existir tachando de inverosímil el relato de hechos de la doctora de neumología que afirmó que, explorado físicamente el paciente la exploración física era normal, sin alteraciones, puntualizando que este informe data de febrero de 2022 en contestación a la reclamación presentada.

Noveno

Con fecha 30 de noviembre de 2022, el Instructor del expediente emitió la Propuesta de resolución en el sentido de que se desestimara la reclamación, por no ser imputable el perjuicio alegado al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios.

Decimo

La Secretaría General Técnica de la Consejería actuante, el 30 de noviembre de 2022, remitió a la Dirección General de los Servicios Jurídicos, el expediente de responsabilidad patrimonial para su preceptivo informe, que fue emitido, en sentido favorable a la Propuesta de resolución, el 26 de enero de 2023.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 27 de enero de 2023, y registrado de entrada en este Consejo el día 30 de enero de 2023, 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

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el día 1 de febrero de 2023, 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 misma quedó incluida en la convocatoria señalada, asimismo, en el encabezamiento.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad del dictamen del Consejo Consultivo

1. A tenor de lo dispuesto en el 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 mismo sentido, el artículo 81.2 LPAC'15 prescribe que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma, cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una propuesta de resolución.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, 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. En este caso, el reclamante cuantifica el importe de su indemnización en 312.077,22 euros, por lo que nuestro dictamen tiene carácter preceptivo.



2. En cuanto al contenido del dictamen, el párrafo final del citado art. 81 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 dicha Ley.

Segundo

Sobre la responsabilidad patrimonial de la Comunidad Autónoma de La Rioja

1. Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución y 32.1 y 32.2 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.

2. 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 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.

3. Lo anterior es también predicable para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien en estos casos la obligación del profesional médico y la Administración sanitaria es una obligación *de medios y no de resultado*, de manera que, en principio, cuando se actúe de acuerdo con la *lex artis*, los daños no le pueden ser imputados a la Administración o, lo que es lo mismo, no tendrán la condición de antijurídicos, so pena de incurrir en el despropósito que supondría el exigir a la Administración que garantice siempre la curación de los pacientes.



4. Como venimos indicando con reiteración al dictaminar sobre responsabilidad patrimonial de la Administración, cualquiera que sea el ámbito de su actividad en que se manifieste ésta, lo primero que inexcusablemente debe analizarse en estos expedientes es lo que hemos llamado la relación de causalidad en sentido estricto, esto es, la determinación, libre de conceptos jurídicos, de cuáles son las causas que objetivamente explican que un concreto resultado dañoso haya tenido lugar.

Para detectar tales causas, el criterio por el que hay que guiarse no puede ser otro que el de la *conditio sine qua non*, conforme al cual, un determinado hecho o conducta ha de ser considerado causa de un resultado dañoso cuando, suprimido mentalmente tal hecho o conducta, se alcance la conclusión de que dicho resultado, en su configuración concreta, no habría tenido lugar.

5. Sólo una vez determinada la existencia de relación de causalidad en este estricto sentido y aisladas, por tanto, la causa o causas de un concreto resultado dañoso, resulta posible entrar en la apreciación de si concurre o no el criterio positivo de imputación del que se sirva la Ley para hacer responder del daño a la Administración, que no es otro que el del funcionamiento normal o anormal de un servicio público a su cargo, y de si concurren o no criterios negativos de esa imputación, esto es, de alguno de los que, expresa o tácitamente, se sirva la Ley para negar esa responsabilidad en los casos concretos.

6. En relación con el criterio de imputación objetiva aplicable en materia de responsabilidad sanitaria, debe recordarse que, frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente, y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora de cualquier resultado negativo, el Tribunal Supremo (STS -Sala de lo Contencioso-Administrativo- de 13 noviembre 2012) tiene sentado el criterio de que:

“La responsabilidad de la Administración sanitaria constituye la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, mas, en ningún caso, como garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento en que se produce el hecho acaecido pone razonablemente a disposición de la Medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; ya que la responsabilidad de la Administración en el servicio sanitario, no se deriva tanto del resultado como de la prestación de los medios razonablemente exigibles.

En otros términos, que la Constitución determine (en su) artículo 106.2 que «los particulares, en los términos establecidos por la Ley, tendrán derecho a ser indemnizados por 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 de los servicios públicos», lo que es reiterado en la Ley 40/2015 de 1 de octubre, reguladora del Régimen Jurídico de las Administraciones públicas, en su artículo 32.2, con la indicación que «en todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas», no significa que la responsabilidad objetiva de las Administraciones públicas esté basada en la simple producción del daño, pues además éste debe ser antijurídico, en el sentido de que quien lo padece no tenga obligación de soportarlo por



haber podido ser evitado con la aplicación de las técnicas conocidas por el estado de la ciencia y razonablemente disponibles en dicho momento”.

7. Pues bien, cabe recordar que *lex artis ad hoc* es el criterio de imputación objetiva de responsabilidad a la Administración sanitaria, consistente en la exigencia de que ésta actúe conforme a los conocimientos, protocolos y técnicas adecuados al caso concreto, empleando los medios más apropiados, en sustancia, tiempo y forma, para diagnosticar, tratar y sanar a un determinado paciente según el estado actual de la ciencia al respecto y los vigentes protocolos profesionales de actuación. Como recuerda la Sentencia del Tribunal Supremo de 13 de julio de 2007:

“Cuando se trata de reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria, la jurisprudencia viene declarando que no resulta suficiente la existencia de una lesión (que llevaría la responsabilidad objetiva más allá de los límites de lo razonable), sino que es preciso acudir al criterio de la lex artis como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible a la Ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente..., aun aceptando que las secuelas padecidas tuvieran su causa en la intervención quirúrgica, si ésta se realizó correctamente y de acuerdo con el estado del saber, siendo también correctamente resuelta la incidencia posoperatoria, se está ante una lesión que no constituye un daño antijurídico conforme a la propia definición legal de éste”.

Advirtamos que la tesis contenida en el inciso final del párrafo transcrito coincide con la doctrina mantenida en nuestro dictamen D.99/04, tesis que, como se ha señalado antes, hemos matizado en dictámenes posteriores en el sentido de que no se trata de que el perjudicado tenga un específico deber jurídico de soportar el daño, sino que, simplemente, si se ha actuado conforme a la *lex artis ad hoc*, no cabe imputar dicho daño a ningún sujeto, por no concurrir el imprescindible criterio positivo de imputación que el ordenamiento siempre requiere para hacer nacer la responsabilidad y la consiguiente obligación de indemnizar aquél.

8. Como consideración adicional, ha de recordarse que, según un principio general, consignado, por ejemplo, en el art. 217.2 Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil), es carga del reclamante la acreditación de la concurrencia de los requisitos de los que nuestro ordenamiento jurídico hace nacer la responsabilidad patrimonial de la Administración (por todas, Sentencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo de 2 julio de 2010, R. casación 2985/2006).

Es a la luz de estas consideraciones como habrá de analizarse la reclamación formulada por el interesado.



Tercero

Sobre la inexistencia de responsabilidad de la Administración en el presente caso

1. Reclamación.

El reclamante, en síntesis, mantiene que la asistencia médica prestada a M.A.M.R. durante los días 19 a 28 de diciembre de 2020 incurrió en un supuesto de mala praxis en el manejo del paciente en el Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro y en la planta de hospitalización de Neumología, por error en el diagnóstico, concluyendo que el paciente no presentaba tromboembolismo pulmonar, tras el análisis de la AngioTAC realizada en servicio nocturno, y modificación de la conclusión, y, por ende del diagnóstico, como consecuencia de posterior revisión de las imágenes de dicha prueba, que, inicialmente fue negativo y posteriormente positivo en tromboembolismo pulmonar, y por error de tratamiento, ya que como consecuencia del diagnóstico de tromboembolismo pulmonar se administró un tratamiento anticoagulante, que es *favorable para el TEP pero potencialmente peligroso para el paciente que tiene una Miopericarditis con derrame pericárdico*, lo que le permite concluir que como el tratamiento anticoagulante con heparina incrementa el riesgo de producir un aumento del derrame pericárdico hemorrágico, se favoreció un taponamiento pericárdico con riesgo vital para el enfermo, como efectivamente sucedió, por lo que existe una relación de causalidad entre el error de precisión del diagnóstico y del tratamiento anticoagulante con el taponamiento cardiaco y parada cardiaca prolongada, que desencadenó una Anoxia Cerebral Severa con resultado de Muerte Cerebral, por cuyo deceso reclama, una indemnización de 312.077,22 euros.

2. Propuesta de resolución.

La Propuesta de Resolución del Instructor del expediente, de 30/11/ 2022, considera, por el contrario, que la pretensión contenida en el escrito de reclamación carece de los requisitos legales y jurisprudenciales para que pueda dar lugar a la obligación de indemnizar, basándose, sustancialmente, en seis motivos:

-El primero, respecto a la sintomatología del tromboembolismo pulmonar, que es inespecífica, además de que la clínica del paciente y los resultados de las radiografías de tórax, ecografías y analíticas, sugerían sospecha de un tromboembolismo pulmonar.

-El segundo, atinente a la pertinencia de la realización del AngioTAC, que, además de las pruebas anteriormente realizadas, se solicitó por la persistencia de dolor intenso que no remitía con analgésicos convencionales y en aras a descartar otras patologías cardíacas, teniendo en cuenta el antecedente de trasplante pulmonar doble del paciente.



-El tercero, respecto al Dímero-D y sus valores a efectos de un prediagnóstico de tromboembolismo pulmonar, se considera que una probabilidad de bajo-intermedio riesgo no implica que no fuera extremadamente prudente realizar una tomografía computarizada del tórax (TC torácico), sobre todo, en base a los antecedentes del paciente.

-El cuarto, respecto al derrame pericárdico y su diagnóstico, se objetiva por cardiología que, tras el análisis del ecocardiograma, no se objetivan signos de complicación más allá del derrame pericárdico ligero-moderado y que, una vez comunicado el diagnóstico positivo del tromboembolismo pulmonar a cardiología no se determinó ninguna patología cardíaca compatible con la clínica que presentaba el paciente, quedando, por tanto orientado el cuadro clínico de derrame pericárdico ligero como secundario a dicho tromboembolismo pulmonar.

-El quinto, respecto al tratamiento anticoagulante y su incidencia en la aparición del taponamiento cardíaco, se ha acreditado que el derrame pericárdico ligero no es contraindicación absoluta para valorar anticoagulación, realizándose una valoración riesgo-beneficio para establecer el tratamiento.

-El sexto, respecto a las interconsultas realizadas desde el servicio de urgencias a otros servicios para conseguir un diagnóstico correcto, en la historia clínica del paciente se recogen las interconsultas realizadas con cardiología, radiodiagnóstico y servicio de neumología.

Se concluye que los médicos que trataron al paciente pusieron a disposición de éste todos los medios disponibles para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad, cumplieron con su obligación de medios y actuaron en todo momento conforme a la *lex artis ad hoc*, por lo que el daño que se reclama no sería antijurídico.

3. Criterio del Consejo.

Este Consejo Consultivo comparte las conclusiones alcanzadas en la Propuesta de resolución, por cuanto, efectivamente, tal y como señalan, tanto los facultativos que intervinieron en la atención al paciente, como el informe pericial de la Consultora médica *Promede*, y la Inspección médica, concluyen que atendidas todas las circunstancias concurrentes, los profesionales sanitarios actuaron conforme a los protocolos, técnicas y conocimientos adecuados al caso concreto, es decir, cumplieron con la *lex artis ad hoc*.



3.1 Clínica previa del paciente.

En línea de principio, es relevante que los facultativos que atendieron al paciente, debían tener en consideración que había recibido un trasplante bipulmonar en Julio de 2016, por fibrosis pulmonar, con dos antecedentes previos de rechazo (Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, en Santander). Estaba diagnosticado, además, de hernia de hiato y reflujo gastroesofágico, glaucoma y cólicos nefríticos. Su tratamiento médico habitual, incluía entre otros, Tacrolimus, Microfenólico y Prednisona (inmunosupresores para prevenir el rechazo pulmonar), Azitromizina y Septrin (antibióticos para prevenir infecciones), Bisoprolol, Ácido Alendrónico, Calcio colecalciferol, Montelukast, Noctamid y Omeprazol, y que había pasado su última revisión médica en el citado Hospital el día 14/12/2020 que concluyó con un diagnóstico de Estabilidad funcional y clínica.

La enfermedad, de la que trae causa la presente reclamación, se inició el día 19/12/2020 y, se manifestó, *tras levantar peso o tras un esfuerzo físico intenso*, a las 17 horas, que provocó un intenso dolor centrotorácico opresivo irradiado a ambas escápulas y a región cervical asociado a disnea, no palpitations con irradiación a ambos hombros.

Estos antecedentes del paciente eran tan relevantes que, necesariamente, requerían descartar un posible tromboembolismo pulmonar, que se presentaba como diagnóstico muy probable.

3.2 Diagnóstico y Tratamiento.

A) En fase de diagnóstico, se realizaron las pruebas pertinentes, exploración general sin datos relevantes, pruebas complementarias RX de Tórax y Análisis de sangre, con resultado de Dímero-D 250, que requiere un AngioTC de arterias pulmonares para descartar posible tromboembolismo pulmonar, que, lógicamente, con el cuadro clínico presentado era el diagnóstico más probable.

El resultado del AngioTC es negativo al tromboembolismo pulmonar, y la decisión, correctamente tomada y no cuestionada, es derivar a Cardiología, para su diagnóstico, porque, descartado (inicialmente) el tromboembolismo pulmonar, el diagnóstico cardíaco debía ser concluyente. Se realizó un Ecocardiograma cuyo resultado reflejó un derrame pericárdico ligero-moderado, y, es en ese momento, cuando ya existe diagnóstico cardiológico, cuando el servicio de radiología modifica el resultado de la AngioTC tras su revisión, comunicando vía telefónica que se aprecia un tromboembolismo pulmonar a nivel de arteria subsegmentaria, información que se transmitió inmediatamente a cardiología.

B) Considerado dicho diagnóstico como concluyente, habiendo sido formulado por especialista en radiología, tras revisión de las pruebas, se inició el tratamiento con anticoagulante, indicado para el diagnóstico del tromboembolismo pulmonar



subsegmentario y no contraindicado de forma absoluta para un supuesto de derrame pericárdico ligero-moderado sin compromiso hemodinámico, tal y como consta en el informe de Urgencias.

Es, en este momento, en el que debe relacionarse la doctrina sobre la responsabilidad patrimonial sanitaria, que hemos reseñado en el fundamento de derecho segundo de este dictamen, con el caso concreto analizado, y en este sentido es prioritaria la determinación de la relación de causalidad en sentido estricto, esto es, la determinación, libre de conceptos jurídicos de cuáles son las causas que objetivamente explican un resultado dañoso que ha tenido lugar y se debe determinar si el diagnóstico, tras la revisión de la prueba de AngioTAC, que concluye que *“sí presenta TEP a nivel de arteria subsegmentaria lóbulo medio derecho con cierta congestión de vena cava, y a la vez de un derrame pericárdico ligero moderado (8 mm. anterior 6 mm. posterior) con fibrina en su interior, sin compromiso hemodinámico alguno en el momento actual”*, puede ser considerado como un *error de diagnóstico*, que se erija como *“conditio sine qua non*, es decir, como la verdadera causa del resultado dañoso, que nos permitiera alcanzar la conclusión de que el resultado producido no hubiera tenido lugar, sin la concurrencia de este diagnóstico.

Analizadas todas las circunstancias concurrentes, podemos concluir que no hubo tal error de diagnóstico, en primer lugar, porque no se ha demostrado, ni acreditado que no existiera el tromboembolismo pulmonar subsegmentario derecho en contra de lo que diagnosticaron los radiólogos que revisaron la AngioTAC, por tanto, dicho tromboembolismo pulmonar que se consideraba un diagnóstico muy probable en un paciente trasplantado pulmonar, fue efectivamente confirmado.

En segundo lugar, porque en cardiología, no habían diagnosticado, en ese momento, una miocardiopatía, sino un derrame pericárdico ligero, por lo que la heparina, anticoagulante administrado, era una prescripción correcta para el tromboembolismo pulmonar y no estaba contraindicado de forma absoluta en un derrame pericárdico ligero, las complicaciones surgieron posteriormente y no ha sido acreditado que la causa, de tales complicaciones, fuera el diagnóstico y el tratamiento administrado, que era indicado para ese diagnóstico.

Ha quedado, igualmente acreditado que se pusieron a disposición del paciente todos los medios precisos y disponibles y razonablemente exigibles y que se prestó un servicio adecuado a los estándares habituales, además, contrariamente a lo afirmado en la reclamación, se produjo el necesario intercambio de pareceres entre los distintos especialistas.

Se actuó conforme a los conocimientos, protocolos y técnicas adecuadas en el caso concreto, considerando los antecedentes del paciente y la exigencia de inmediatez de las decisiones en urgencia, puede concluirse que se actuó conforme a la *lex artis ad hoc*.



También se actuó de conformidad con la teoría de riesgo-beneficio ya que, ante un paciente con doble trasplante de pulmón, sufriendo un tromboembolismo pulmonar, el beneficio de aplicar el tratamiento indicado era mayor que el riesgo de no aplicarlo.

CONCLUSIÓN

Única

Procede desestimar la reclamación planteada, por no concurrir criterio positivo alguno de imputación de responsabilidad a los Servicios públicos sanitarios, al ajustarse su actuación a la *lex artis ad hoc*.

Este es el Dictamen emitido por el Consejo Consultivo de La Rioja que, para su remisión conforme a lo establecido en el artículo 53.1 de su Reglamento, aprobado por Decreto 8/2002, de 24 de enero, expido en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

José Ignacio Pérez Sáenz
PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO