

En Logroño, a 27 de mayo de 2016, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros, D. José María Cid Monreal, D. Enrique de la Iglesia Palacios, D. José Luis Jiménez Losantos y D. Pedro Prusén de Blas, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. José María Cid Monreal, emite, por unanimidad, el siguiente

## **DICTAMEN**

**16/16**

Correspondiente a la consulta formulada por la Excm. Sra. Consejera de Salud en relación con la *Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada por D<sup>a</sup> M<sup>a</sup>.R.H.P. y D<sup>a</sup> M<sup>a</sup>.J.B.H, por daños y perjuicios que entienden causados por el fallecimiento de su, respectivamente, esposo y padre, D. C.D.B.S, por una neumonía nosocomial (NN), tras ser atendido en el SERIS de una tumoración neuroendocrina del páncreas (TNE), complicada con un síndrome compartimental (SC) en el marco de un síndrome mielodisplásico (SMI); y que valoran en 143.172 euros.*

## **ANTECEDENTES DE HECHO**

### **Antecedentes del asunto**

#### **Primero**

En fecha 12 de diciembre de 2014, tiene su entrada ante la Oficina de Registro del Servicio Riojano de Salud (SERIS), un escrito de reclamación de daños y perjuicios por responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, que había sido previamente presentado el día 5 del mismo mes, en reclamación de la cantidad de 143.172 euros, haciendo constar el siguiente relato de hechos:

*“El día 6 de noviembre de 2013 (al paciente) le hicieron un escáner, en el H.F.C; en los resultados, aparecieron dos masas de posible origen neoplásico: una, en cabeza y; otra, en cola de páncreas.*

*El día 13 de noviembre, en la CUN. (para aclarar la existencia de posibles tumores de páncreas cuanto antes), le hicieron una eco-endoscopia con biopsia, resultando que el tumor de la cabeza del páncreas era un defecto de imagen y el de la cola si que existía, pero era un tumor neuroendocrino, el cual era recomendable quitarlo, pero no era urgente. De hecho, cuando acudieron al Cirujano en Logroño, consideró primordial averiguar de donde procedía la anemia, antes de extirpar dicho*

tumor. Al salir de la CUN, tenía bastante hinchado el dorso de la mano, se quejaba de dolor y comentó a la familia que le habían pinchado un montón de veces porque no le encontraban la vena. Ese mismo día, le mandaron levofloxacino durante tres días, y les dijeron que se la reabsorbería, que no tenía mayor importancia.

El día 26 de noviembre de 2013, acudió a su cita con el (Médico) Internista, Dr. V, en el Hospital F.C. y le vio la mano, le recetó amoxicilina clavulánico 875 y que, en tres días, acudiese a su Enfermera, ya que era necesario abrir para limpiar; pero que era mejor, primero, dejar actual al antibiótico. Esos días, la herida tenía peor aspecto, se abrió y supuraba.

El día 30 de noviembre de 2013, (el paciente) no se encontraba bien, tenía 38.9 de fiebre, por lo que acudieron (al Servicio de) Urgencias del Hospital F.C. Una vez en (dicho Servicio de) Urgencias, cuando le vio la Enfermera, llamó a todas las compañeras para que lo vieran, ya que llamaba la atención, tenía muy mal aspecto. Le atendió la (Médico) Traumatóloga, quien, literalmente manifestó que lo más importante era que no se extendiera la infección.

Debido al estado inmunosuprimido (del paciente) -anemia, plaquetopenia-, decidieron que lo mejor era trasladarlo a Logroño, por si era necesario intervenir para limpiar la zona necrótica, puesto que una infección, en una persona con las deficiencias descritas, tiene un mayor riesgo de sepsis. Así se mantuvo conversación telefónica con la (Médico) Adjunta (del Servicio de) Traumatología de Logroño, quien se negó tajantemente, argumentando que, mientras el paciente estuviera estable, que no; porque no había camas. La (Médico) Traumatóloga de Calahorra se indignó muchísimo, pero les informó de que no pudo hacer nada más al respecto. Llamó al Cirujano de Calahorra, que estuvo valorando la herida y decidieron no intervenir, porque comentó que le iban a dejar los tendones al aire, y condicionados también por el estado de riesgo del paciente y la falta de medios del Hospital F.C, con lo que, sin embargo, sí cuenta el (Hospital) San Pedro, a donde no le quisieron trasladar.

Incluso, antes de estos hechos, cuando estaban estudiando la causa y origen de la anemia que sufría, decidieron operarle de hemorroides, y lo querían hacer en el Hospital de Calahorra; sin embargo, la (Médico) Anestesta se negó, porque se trataba de un paciente de riesgo y había que realizarlo en Logroño, y ello siendo una operación tan sencilla.

A la vista de la negativa del Hospital San Pedro, le hicieron en Calahorra una serie de pruebas: RX de tórax, cultivo..... y lo ingresaron en el Hospital F.C. en esa fecha. Decidieron no intervenir y poner el antibiótico de amplio espectro para ir observando la evolución.

Ese mismo día, tenía un poco hinchado por encima de la muñeca, la (Médico) Traumatóloga le hizo una marca con un rotulador, lo dejaron en dieta absoluta por si había que intervenir de urgencia, y le comentaron textualmente “ahora esto es una lucha entre tú y el bichito”.

El día 1 de diciembre de 2013, según la analítica, la infección había bajado un poco; sin embargo, había subido la inflamación, pero el Médico les dijo que era normal que, en estos procesos, subiese la inflamación; que lo importante era que la infección ya había bajado un poco. Esa misma noche, le hacen una transfusión de dos concentrados, que termina a las 6 de la mañana.

El día 2 de diciembre de 2013, según analítica, los valores de hemoglobina no habían subido; al pedir al Médico información al respecto, les dijo que no lo sabía. Programaron transfundirle otros dos concentrados, ese mismo día. A primera hora, el (Médico) Internista le había modificado un poco la medicación. A mitad de la mañana, la familia fue, rápidamente, a buscar a la Médico,

*porque se le estaba hinchando el antebrazo, lo tenía muy rojo. Al principio, era un poco, pero iba a más. El Médico les dijo que era normal, que era inflamación, pero que no pasaba nada. Cuando le curaron, a primera hora de la mañana, le estuvieron apretando para que la herida supurase para hacer un cultivo. El anterior había salido negativo.*

*El día 3 de diciembre de 2013, le visitó el (Médico) Traumatólogo, como habían cambiado de Especialista, no había visto la herida anteriormente y no sabía siquiera la evolución, tuvo que entrar la familia para informarle de si estaba igual o había empeorado. El hematoma había aumentado, ya le llegaba hasta la muñeca y le estaba bajando a los dedos, toda la mano negra-morada, con muy mal aspecto. El (Médico) Traumatólogo decidió el traslado a Logroño, por alto riesgo de sepsis. Esto se decidió a primera hora de la mañana y, a las 23,00, todavía no lo habían trasladado. De hecho, esa misma tarde, mientras esperábamos a la ambulancia para el traslado, la familia fue a buscar al Médico porque les habían dado unos informes para llevar a Logroño que no eran correctos, estaban sin actualizar y ponían que (el paciente) tenía dos tumores en cabeza y cola de páncreas, que el paciente no lo sabía y todo eso era incorrecto. Pero la (Médico) Internista de guardia no tenía ni idea de lo que le estaban manifestando. Esa misma tarde, el paciente empezó a toser, se encontraba peor de estado general; la familia volvió a requerir a los Médicos; vino el Cirujano y les comentó que se lo llevaran a Logroño en coche, pero el paciente ya no podía ni ir en coche, se encontraba muy mal. El Cirujano vio tan mal al paciente que llamó al Médico de guardia, dijo que le oía pitidos, que algo de bronquitis; y decidió, hasta que viniese la ambulancia por él, llevarlo a la Sala de Cuidados Intermedios, que es lo único que tienen en el Hospital de Calahorra para tener más vigilados a los pacientes, ya que no tienen UCI.*

*Cuando vino la Enfermera, tenía el brazo muy caliente y le habían salido en las piernas unas estrías rojas. A las 23,20 de la noche, solicitan ambulancia urgente al (Hospital) San Pedro, ante el riesgo de shock séptico; y ya, por fin, llegaron en unos treinta minutos. Cuando llegaron a Logroño, le hicieron una rx de tórax y les dijeron que tenía neumonía nosocomial bilateral (neumonía en los dos pulmones muy grave); sin embargo, a lo que más importancia le daban de repente era a los tumores del páncreas. Lo ingresaron.*

*El día 4 de diciembre de 2013, a la Dra. I, se le comenta, en su visita que lo de los tumores estaba mal en los informes. El Dr. V. les llamó y les dijo que se metieran en su historial, que allí tenía toda la información. En ese momento, el oxígeno lo llevaba al dos, y la Dra. I. dijo que ventilaba bien. Ese mismo día, pasó a verle el (Médico) Traumatólogo, informándoles que la neumonía era de que la infección se había extendido, que la mano ya la había perdido y que ahora había que luchar por su vida. La familia no puede creerlo porque, en un día, habían pasado de tranquilizarlos por una herida en la mano a alertados por una posible muerte. Por la tarde, le visitan el Cirujano plástico y el Cirujano vascular, porque lo pidió la familia expresamente, ya que, en Calahorra, el Cirujano le daba mucha importancia a que en Logroño hubiera contado, si le hubiesen dejado trasladarlo, con esos profesionales desde el principio, y en esas lesiones son imprescindibles. Les decían que no le podían intervenir porque, con el proceso respiratorio, no se puede utilizar anestesia general y la anestesia local le iba a llegar solamente hasta el comienzo del hematoma (muñeca), siendo como hacerlo en vivo.*

*El día 6 de diciembre de 2013, el Dr. B. les comentó que le había llamado el Dr. V, que sabían que el tumor era quirúrgico y que, a partir de ese momento, irían a por todas; que habían tenido algo de desconcierto. Esa misma mañana, llevaron al paciente a hacerle una ecografía, ya que se quejaba también de que le dolía la tripa. Más tarde, se lo llevaron a quirófano para desbridar la herida y limpiar, mediante sedación. (El paciente) comentó que le habían sacado un cubo de pus, que le escurrían el brazo, gráficamente “como cuando escurres la ropa”. Tenía todo el brazo hinchado,*

*muy rojo, ya le subía la hinchazón hasta el hombro. Después de hacérselo, estaba mucho más tranquilo y ya no le dolía, pero ya iba respirando peor, llevaba ya el oxígeno al cuatro, no tenía apetito y no podía comer nada.*

*El día 6 de diciembre de 2013, tenía ya el oxígeno al diez, la familia llamó a los Médicos en dos ocasiones; una primera, a las 11,21, para pedir información sobre la evolución, pero les contestan que no hay Médico de guardia. Tienen que volver a avisarles a las 14,15, (el paciente) no podía respirar, ya no tenía apenas oxígeno. Le hacen una analítica y Rx de urgencia en la misma habitación. Deciden llevarlo a la UCI, porque había empeorado, pero ya es demasiado tarde, no llega, fallece. Se acompaña como documento n° 3 certificado de defunción”.*

A la citada reclamación, se adjunta, informe pericial del Dr. G. y diversa documentación relativa a la asistencia médica prestada al paciente.

### **Segundo**

En fecha 19 de diciembre de 2014, se dicta Resolución en la que se indica que se tiene por iniciado procedimiento general de responsabilidad patrimonial, nombrándose Instructora del mismo, comunicándose igualmente a las reclamantes, diversa información relativa a la instrucción del mismo.

### **Tercero**

En fecha 8 de enero de 2015, se solicita a la Dirección del Área de Salud Hospital *San Pedro*, cuantos antecedentes existan de la atención prestada al paciente en los Servicios de Urgencias, Traumatología y Cirugía, su historia clínica relativa a la asistencia objeto de reclamación y, en particular, el informe de los Facultativos que le atendieron, sobre la asistencia dispensada. La misma información se solicita a la F.H.C. y a la CUN. Consta, igualmente, la comunicación de la reclamación a la Correduría de Seguros con la que el SERIS tiene contratada la póliza de responsabilidad civil.

La citada documentación consta, a continuación, en el expediente administrativo.

### **Cuarto**

Seguidamente, aparece en el expediente el informe de la Inspección médica, cuyas conclusiones son las siguientes:

*1º.- Es sumamente importante, para no perder la perspectiva en este caso, tener muy presente las condiciones médicas de base del paciente y que determinan la evolución sufrida por el mismo. Se trata de un paciente con un tumor pancreático, plaquetopenia, anemia refractaria al tratamiento, estado general deteriorado. Establecer una relación causal entre la asistencia médica recibida tras la realización de una prueba y el resultado de muerte, es obviar demasiados datos. No fueron, a nuestro entender, la falta de cuidados o previsión los responsables del desenlace, sino la falta de*

*respuesta favorable a los mismos debido a la patología de base existente. La expresión “el paciente acude a realizarse una prueba y acaba muriendo”, en este caso, sólo puede entenderse desde el desconocimiento médico. El nexo causal se debería establecer entre situación clínica y fallecimiento, aunque la complicación de la exploración complementaria realizada pudiera haber servido como desencadenante.*

*2ª.- La muerte del paciente ocurre, según los informes médicos, como consecuencia de “sepsis de probable origen respiratorio por neumonía nosocomial bilateral”. Como se ha explicado con anterioridad, en el apartado de Consideraciones Médicas, se trata de patologías graves y de mal pronóstico, relacionadas, en muchos casos, tanto en su origen como en su desenlace, con pacientes en situación de inmunodepresión, como en el proceso que nos ocupa.*

*3ª.- En base a la 1ª conclusión realizada, es inaceptable considerar que ha existido un “daño desproporcionado”; podríamos hablar de ello cuando una persona sana se somete a un prueba y acaba muriendo, pero hay que insistir en que no es el caso que nos ocupa (simplificación desmedida).*

*4ª.- Entendemos que realmente se hubiera podido considerar “pérdida de oportunidad” si el personal médico responsable no se hubiera planteado utilizar los Servicios médicos a su disposición (HSP), pero hay que recordar que ellos lo hacen (en todo momento está atendido por un equipo multidisciplinar) y es la situación clínica del paciente en ese momento la que desaconseja el traslado, puesto que ya se están llevando a cabo los tratamientos adecuados, consideran que ellos no van a aportar más. El interés sobre todo estaba (consta en la solicitud) en la probable necesidad de UCI (no disponible en FHC) dado su estado de inmunodeprimido, y, tras la interconsulta, se deja la puerta abierta para que se lleve a cabo si la situación se complica y/o avanza, como así ocurrió, sin, por ello, poder evitar el desenlace.*

*5ª.- (Es de) puntualizar finalmente (que): i) la lesión en la mano que se produce con la realización de la prueba evoluciona, según se desprende de los informes y notas médicas, hacia la resolución de la infección pero a la destrucción de tejidos, necrosis local; ii) durante el período en el que el paciente sufre todo lo expuesto, se confirmó la sospecha diagnóstica de Síndrome Mielodisplásico; insistimos, porque no lo hemos visto recogido en el documento de solicitud de responsabilidad patrimonial y es determinante, desde el punto de vista médico, para entender la situación de base del paciente, la falta de respuesta a los tratamientos y por lo tanto, el desenlace final; iii) en cuanto al tumor pancreático, en el dictamen médico pericial, se da a entender que dicho tumor era benigno, circunstancia que no se recoge en los informes médicos, no se llegó a diagnóstico de certeza por el devenir de los acontecimientos y, como se ha explicado en las consideraciones médicas, podría tratarse tanto de un tumor benigno, como maligno, complicando el pronóstico del paciente.*

*En conclusión) Por lo expuesto, y pese al dramático desenlace final, no se puede considerar que la asistencia sanitaria prestada haya sido incorrecta o no se hayan tenido en cuenta las circunstancias clínicas determinantes y necesidades del paciente y, por lo tanto, que no se haya actuado conforme a lex artis”.*

## Quinto

A continuación, consta el informe pericial emitido por Unidad de Medicina Legal Abascal para la Aseguradora del SERIS, cuyas conclusiones son:

1.- (Se trata de) un paciente de 64 años de edad, trabajador del calzado con pegamentos, en tratamiento crónico con AAS y Naproxeno, No DM No HTA y con antecedentes personales de: fumador de 20 cg/días; ligero enfisema (EPOC); ingreso en FHC por flemón faríngeo derecho en 2003, que precisó tratamiento antibiótico; hipertrofia benigna de próstata; colecistectomizado por colelitiasis. Según consta en la historia clínica de la F.H.C, ya en febrero de 2012 se encontraba en estudio por trombopenia autoinmune de 6400, con controles hematológicos; diplopia horizontal desde el 9 de junio de 2013, por posible AIT, por lo que se pauta Adiro 100, consultando previamente por la trombopenia que el enfermo padece y objetivándose paresia VI par derecho y DMAE atrófica.

2.- A todo lo largo de 2013, el paciente es seguido en consultas externas en la F.H.C. de su cuadro hematológico (docs. 1 a 30), objetivándose un cuadro anémico de largo evolución. Durante este tiempo, se le practican todo tipo de exploraciones médicas y pruebas complementarias, como se puede objetivar en la abundante historia clínica del enfermo.

3.- El paciente es derivado a CUN, para la realización de PAAF por ecoendoscopia, para toma de biopsias de cola y cabeza de páncreas (13 de noviembre de 2013), que resultan positivas para tumor neuroendocrino de cola (benigno). A consecuencia de la extravasación de la sedación para la realización de la ecoendoscopia, el paciente sufre una reacción inflamatoria en MSD, a nivel de la mano, con edema importante y zona necrótica y movilidad conservada.

4.- Es derivado al Hospital San Pedro (HSP) para la realización de PET el 15 de noviembre de 2013, con hallazgo de imagen inespecífica de 2x4 cms en cola de páncreas e imagen hipercaptante con morfología abigarrada en ciego.

5.- Desde su ingreso en la FHC, el 30 de noviembre de 2013, el paciente evoluciona de forma tórpida, a pesar de los tratamientos pautados y los rigurosos controles analíticos, por lo que, el día 4 de diciembre de 2013, es trasladado al HSP por posible cuadro séptico, con síndrome constitucional en paciente inmunodeprimido, presentando: neumonía bilateral nosocomial; necrosis mano derecha tras extravasación de contraste; lesiones pancreáticas sugestivas de neoplasia en estudio; y anemia refractaria en estudio por hematología

6.- El Dr. V, según consta en doc. 52, contacta telefónicamente con HSP para interesarse por el estado del paciente. Se mantuvo en todo momento una comunicación fluida entre ambos centros (doc. 57).

7.- El paciente empeora su situación clínica, a pesar del tratamiento intensivo y, a las 16,05 horas del 6 de diciembre, fallece (docs 40 a 48), por: sepsis de probable origen respiratorio por neumonía nosocomial bilateral; necrosis por extravasación de la mano derecha; tumor neuroendocrino de cola de páncreas; anemia trombocitopenca en estudio; posible síndrome mileodisplásico; y lesión sugestiva de neoplasia de ciego.

8.- La evolución tórpida constituye una de las posibilidades de la historia natural del cuadro multipatológico que presentaba el paciente aquí estudiado, lo que no es atribuible a una práctica médica inadecuada, sino que, precisamente, motiva la necesidad de seguimiento estrecho, porque es

*conocido que, a pesar de la adopción de todas las medidas médicamente indicadas para cada caso, la evolución puede ser desfavorable, por lo que la actitud terapéutica debe ir ajustándose a la progresión clínica en cada proceso concreto, como así se efectuó en el caso del paciente.*

*9.- En el caso aquí estudiado, los Médicos que atendieron al paciente tanto de la FHC como del HSP, realizaron las exploraciones médicas y especializadas (Servicios de Urgencias, Medicina Interna, Hematología, Traumatología, Cirugía vascular, Cirugía plástica, Laboratorio, Radiología..., etc.) y las pruebas complementarias precisas y acordes con la evolución del enfermo. El seguimiento fue estrecho y el tratamiento acorde con la gravedad progresiva y el deterioro del enfermo, lo que no pudo evitar el fallecimiento del mismo”.*

### **Sexto**

El 22 de abril de 2016, se dicta la Propuesta de resolución en el sentido de que se desestime la reclamación, por no ser imputable el perjuicio alegado al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios. La misma es informada favorablemente por los Servicios Jurídicos en fecha 17 de mayo.

## **Antecedentes de la consulta**

### **Primero**

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 19 de mayo de 2016, y registrado de entrada en este Consejo mismo día, la Excm. Sra. Consejera de Salud del Gobierno de La Rioja, remitió al Consejo Consultivo de La Rioja, para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

### **Segundo**

El Sr. Presidente del Consejo Consultivo de La Rioja, mediante escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente el 19 de mayo de 2016, 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 al Consejero señalado en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

## **FUNDAMENTOS DE DERECHO**

### **Primero**

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

El artículo 12.1 del Reglamento de los procedimientos en materia de responsabilidad patrimonial de las Administraciones públicas, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, dispone que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma, cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una propuesta de resolución.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, 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, 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, el dictamen será preceptivo cuando la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros, a partir de la entrada en vigor de la citada Ley 7/2011. Por lo tanto y reclamándose, en este caso, una cantidad de 143.172 euros, nuestro dictamen resulta ser preceptivo.

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

### **Segundo**

#### **Sobre la responsabilidad patrimonial de la Administración en general.**

Nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 de la Constitución y 139.1 y 2 141.1 LPAC), reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento, normal o anormal, de los servicios públicos, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario, para declarar tal responsabilidad, que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado; y debiendo existir una relación de causa a efecto, directa e inmediata, además de suficiente,



entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración; así, como, finalmente que ejercite su derecho a reclamar en el plazo legal de un año, contado desde la producción del hecho o acto que motive la indemnización o desde la manifestación de su efecto lesivo.

Se trata de un sistema de responsabilidad objetiva y no culpabilístico que, sin embargo no constituye una suerte de “seguro a todo riesgo” para los particulares que, de cualquier modo, se vean afectados por la actuación administrativa. En efecto, el vigente sistema de responsabilidad patrimonial objetiva no convierte a las Administraciones públicas en aseguradoras universales de todos los riesgos con el fin de prevenir cualquier eventualidad desfavorable o dañosa para los administrados, derivada de la actividad tan heterogénea de las Administraciones públicas.

Lo anterior es también predicable para la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, si bien en estos casos, la obligación del profesional médico y de 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 tendrían 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.

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 primera 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 *condicio 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.

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.

### **Tercero**

#### **Sobre la responsabilidad patrimonial de la Comunidad Autónoma de La Rioja en este caso**

1. En el presente caso, la reclamación se basa en considerar que, *como consecuencia de una negligente actuación de los Servicios médicos y sanitarios de los Centros hospitalarios citados, quienes, no sólo no actuaron correctamente, sino que, además, no realizaron un correcto seguimiento y control del enfermo, habiendo omitido los recursos necesarios y empleado medios insuficientes con un diagnóstico tardío e insuficiente, una actuación médica en la que no se cumple la lex artis por concurrir actuaciones de impericia, negligentes e imprudentes y causado una evidente pérdida de oportunidad...*”.

Sin embargo, el escrito de reclamación no realiza una concreción de cuales sean esas conductas que se califican de negligentes, ni cuáles han sido los defectos en el seguimiento y control del paciente, ni siquiera dónde se aprecia la insuficiencia de los medios y recursos destinados a atender al mismo.

A este respecto, el escrito de interposición de la reclamación se remite al informe pericial para todo lo relativo a la valoración médico legal y las conclusiones. Y, en dicho informe, se viene a indicar que no se consideraron los antecedentes personales del paciente, que tenía riesgo de inmunodepresión por alteraciones hematológicas, al padecer síndrome mielodisplásico. Además, viene a señalarse que no se aportaron los recursos diagnósticos precisos, no realizándose una derivación oportuna, desde la Fundación Hospital Calahorra, al Hospital *San Pedro*. Así, viene a repetirse a lo largo del informe, en diversas ocasiones, que, a la vista de la situación del paciente, el día 30 de noviembre, se contactó con el Servicio de Traumatología del Hospital *San Pedro*, para traslado del paciente, por la posibilidad de requerir UCI, si el cuadro que presentaba evolucionaba hacia sepsis; pero la Médico de guardia, Adjunta al Servicio de Traumatología, rechazó el traslado por no considerar que el paciente estuviese inestable en ese momento.

Se considera, además, que, en el Hospital de Calahorra, se tendría que haber realizado un TAC de miembro superior, y otro pulmonar; y se tendría que haber intervenido la mano del paciente. Es decir que, en dicho Hospital de Calahorra, no se realizaron todas las pruebas que el estado del paciente hubiese requerido.

Además, ante la mala evolución del paciente, cuando se le traslada a Logroño, debieran haberse pautados otras consultas, colaboraciones, estudios, terapias, etc.

2. Sin embargo y comprendiendo el dolor de la familia por la pérdida de un ser querido, no podemos estar muy de acuerdo con el contenido del informe pericial aportado con el escrito inicial de reclamación.

Como hemos explicado reiteradamente en numerosos dictámenes, en el ámbito sanitario el funcionamiento del servicio público — que es criterio positivo de imputación que, con carácter general, utiliza el ordenamiento— consiste en el cumplimiento por la Administración de un deber jurídico, previo e individualizado respecto a cada paciente, que es correlativo al derecho de éste a la protección de su salud y a la atención sanitaria (cfr. art. 1.2 de la Ley General de Sanidad, que desarrolla los artículos 43 y concordantes de la Constitución); por lo que ese deber es *de medios* y no *de resultado*; y dicho deber se cumple -no respondiendo entonces la Administración- cuando la atención prestada ha sido conforme con la denominada *lex artis ad hoc*. Y, a este respecto, debe indicarse que, de la abundante documentación relativa a la asistencia prestada al paciente, se desprende que:

-En octubre de 2013, dicho paciente se encontraba en estudio por plaquetopenia de larga evolución, a la que se une anemia microcítica. En ese contexto, se plantea descartar un Síndrome Mielodisplásico. En la F.H.C (FHC), se decide solicitar una TAC toraco-abdomino-pélvico, que se lleva a cabo el 6-11-13 y que concluye: *“ligero enfisema; colecistectomía; ligera hepatomegalia; quistes hepáticos y renales; hiperplasia adrenal izq; a descartar neo de páncreas; hiperplasia benigna de próstata; paniculitis mesentérica”*.

-La sintomatología revierte parcialmente con hemotransfusión, pero la evolución no es buena, continuando con algias generalizadas, más marcadas en región lumbar y abdominal. Con todo lo anterior, se decide solicitar eco-endoscopia y PET TC, para ampliar estudio, y se autoriza desplazamiento al Hospital T.V. No obstante, la prueba se lleva a cabo, el 13-11-13, en la CUN (CUN), que informa de la existencia de *“tumor neuroendocrino en cola de páncreas”*. Durante el procedimiento, se produce una complicación en la canalización de vía periférica y el paciente presenta, a su salida del Centro, inflamación en el dorso de la mano, por lo que le pautan antibiótico tres días.

-El 18-11-13, acude nuevamente a la CUN, donde se le indica que el tratamiento de tumor pancreático es quirúrgico y que sería conveniente el estudio de su anemia.

-El 21-11-13, se realiza aspirado de médula ósea a nivel esternal y el 5-12-13 se recibe impresión de diagnóstico del estudio que indica *“compatible con síndrome mielodisplásico”*.

-No hay nuevas referencias a la lesión de mano hasta el 26-11-13, día en que el paciente acude a consulta de seguimiento en el Servicio de Medicina interna, donde se valora el dorso de la mano, se aprecia lesión necrótica, circunscrita al dorso de la mano, con signos de afectación sistémica. Se le recomienda antibiótico de amplio espectro y revisión en tres días, y valorar la posibilidad de drenar.

-No hay más anotaciones hasta el 30-11-13, en que el paciente acude al Servicio de Urgencias de la FHC. Se decide ingreso hospitalario por celulitis con placa necrótica mano derecha; dada la mala evolución, valoran traslado al Hospital *San Pedro* de Logroño (HSP), por si llegara a precisar UCI, si el cuadro evoluciona hacia sepsis. Desde el HSP, se les indica que, si la situación en esos momentos es estable, no procede traslado, puesto que la complicación no ha surgido, pero dejando posibilidad abierta si eso ocurre. En la valoración realizada al paciente, además de la consulta realizada a HSP, intervienen los Servicios de Traumatología, Cirugía y Medicina interna; deciden ingreso en el Servicio de Traumatología; se realizan exploraciones complementarias para descartar otro tipo de complicaciones (Rx pulmonar limpia en ese momento). Se pauta antibiótico intravenoso de amplio espectro tanto para patógenos aerobios como anaerobios y que pudieran presentar resistencia antimicrobianas.

-El 11-12-13, la situación ha mejorado, tanto clínica como analíticamente. Persiste anemia, por lo que se realiza transfusión de concentrado de hematíes.

-El 2-12-13, continúa con anemia y trombopenia, a pesar del tratamiento, el edema ha disminuido en extensión, pero persiste edema de mano hasta muñeca, con mancha violácea, discretamente más amplia en zona distal, con buen estado general.

-El 3-12-13, es evaluado por el Servicio de Medicina interna, constatando evolución favorable de la celulitis de extremidad superior, pero no hay mejoría de la anemia, a pesar de la hemotransfusión y se reseña el aumento de perímetro abdominal y la presencia de edemas periféricos, por lo que se comienza a valorar la posibilidad de traslado a Centro de referencia. Durante ese día, la evolución clínica del paciente se complica.

-A su llegada al HSP (4-12-13), se encuentra estable hemodinámicamente y se ha recuperado parcialmente saturación de oxígeno (95%), con oxigenoterapia, resto de funciones aceptables. En la Rx de tórax, se aprecian infiltrados intersticiales bilaterales, pinzamiento de senos costofrénicos; y neumonía nosocomial. Se contempla ingreso en Unidad de Medicina Intensiva, que se descarta ante el mal pronóstico de su enfermedad de base; se considera que no está indicado realizar medidas agresivas, luego el tratamiento médico y quirúrgico necesario para su enfermedad se podía seguir realizando en la planta de hospitalización. Se ingresa a cargo del Servicio de Enfermedades Infecciosas, con impresión clínica de *“sepsis de origen respiratorio, tumor neuroendocrino en cola de páncreas, inflamación por extravasación en mano dcha. anemia y trombocitopenia en estudio, posible síndrome mielodisplásico y lesión sugestiva de neoplasia de ciego”*. Se realiza reajuste de tratamiento e interconsulta con los Servicios de Cirugía vascular, Traumatología, Cirugía plástica y Hematología, y se informa a la familia de la gravedad de la situación.

-En la evaluación de la lesión de mano, por los Servicios de Traumatología y Cirugía plástica, no presenta infección ni absceso a nivel de mano, se aprecia necrosis extensa dorso mano, con buen relleno venoso distal, sensibilidad conservada y zona de sufrimiento cutáneo dorsal desde primera falange hasta muñeca, por lo que no están indicadas actuaciones quirúrgicas en ese momento, condicionados también por el estado general del paciente y la posibilidad de complicaciones de una anestesia general.

-El 5-12-13, el paciente clínicamente se encuentra peor, deterioro del estado general y en extremidad superior (ES), edema en antebrazo, mano y dedos, progresión de la lesión que hace sospechar que se está iniciando un Síndrome Compartimental, ante esa posibilidad, en quirófano se lleva a cabo desbridamiento e incisiones de descarga. Se produce mejora significativa de la clínica de ES, pero su estado general, a pesar de los tratamientos, continúa empeorando.

-El 6-12-13, se produce desaturación de oxígeno, por lo que se aumenta la dosis de oxigenoterapia, pero presentaba también deterioro general, hipotensión, obnubilación, taquicardia, taquipnea, roncus y crepitantes bilaterales, lesión necróticas en extremidades inferiores, empeoramiento infiltrados pulmonares, con mayor afectación hemitórax dcho. Se explicó a la familia el empeoramiento sufrido y mal pronóstico a corto plazo, y manifiestan su deseo de que no se realice intubación. Continúa empeorando con apnea, desaturación y desconexión del medio, falleciendo. Se ofreció a la familia la posibilidad de realizar autopsia, posibilidad que rechazan.

**3.** Por lo tanto, no puede defenderse que no se hayan tenido en cuenta los antecedentes personales del paciente y mucho menos que no se aportaron todos los recursos diagnósticos precisos. Lo que ocurre es que la patología de base era un cáncer de médula ósea, que justifica la tórpida evolución de la lesión necrótica de la mano derecha, a pesar del tratamiento quirúrgico y médico con antibióticos de amplio espectro.

Además, consta, igualmente, por haberlo así indicado los Facultativos que le atendieron, que, a su llegada al Hospital *San Pedro*, no existían signos claros de infección, aunque sí de necrosis dérmica. En la valoración que se realiza el día 4 de diciembre, por el Servicio de Traumatología, se describe una necrosis extensa del dorso de la mano, con buen relleno venoso distal, sensibilidad conservada y zona de sufrimiento cutáneo dorsal, desde F1 hasta la muñeca, no objetivándose, en ese momento, una actuación quirúrgica, quedando pendiente de la evolución así como al estado general y la posibilidad de tolerar una anestesia general.

Es en la exploración del día 5 de diciembre cuando, por primera vez, se observa un importante edema en antebrazo, manos y dedos, a tensión, hallazgo no presente en las notas evolutivas previas. En ese momento y ante la sospecha de que el paciente hubiere podido iniciar un síndrome compartimental en la extremidad superior derecha, se decide llevar a quirófano para desbridamiento e incisiones de descarga.

En definitiva, no puede identificarse ninguna actuación de los profesionales que no haya respetado los términos de la *lex artis*.

**4.** Por lo que se refiere a la mención que se realiza a la existencia de una pérdida de oportunidad, debe recordarse, por ejemplo, la doctrina contenida en la Sentencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo de 2 de enero de 2012, también invocada nuestros dictámenes D.38/12, D.3/14 y D.11/16:

*“Como hemos dicho en la Sentencia de 24 de noviembre de 2009, recurso de casación 1593/2008: “La doctrina de la pérdida de oportunidad ha sido acogida en la jurisprudencia de la Sala 3ª del Tribunal Supremo, así en las Sentencias de 13 de julio y 7 de septiembre de 2005, como en las recientes de 4 y 12 de julio de 2007, configurándose 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”.*

Por lo tanto, y no existiendo prueba de que existiese alguna posibilidad terapéutica que hubiese permitido, no ya la curación del paciente, sino siquiera una mejor calidad de vida para el mismo, es por lo que, lamentando el fatal desenlace, así como reconociendo el sufrimiento que para la familia tuvo que suponer la enfermedad, debemos dictaminar a favor de la desestimación de la reclamación interpuesta.

5. Como hemos dicho otras veces, en el ámbito sanitario la relación de causalidad en sentido estricto presenta, inevitablemente, una característica peculiar, que es la de que, casi siempre, concurrirá al menos una “causa” del resultado dañoso: el estado del paciente. Por eso, en este campo, el problema es siempre determinar, por lo pronto, si la concreta actuación médica merece o no la condición de causa (concausa, habrá que decir) del daño padecido, esto es -conforme a la doctrina de la *condicio sine qua non*-, si la misma constituye o no una condición empírica antecedente sin cuya concurrencia el resultado dañoso, en su configuración totalmente concreta, no habría tenido lugar; o si, por el contrario, ese resultado se explica de modo exclusivo o suficiente por la patología que sufriera la víctima, que es lo que, a nuestro juicio, ocurre en este caso.

## CONCLUSIONES

### Única

A juicio de este Consejo Consultivo, la presente reclamación debe ser desestimada por los motivos expresados en este dictamen.

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

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero