

En Logroño, a 30 de noviembre de 2020, el Consejo Consultivo de La Rioja, constituido telemáticamente (al amparo del art. 17.1 de la Ley 40/2015), 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. Pedro María Prusén de Blas y D^a Amelia Pascual Medrano, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, y siendo ponente D. Pedro María Prusén de Blas, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

82/20

Correspondiente a la consulta formulada por la Excma. Sra. Consejera de Salud en relación con la *Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria formulada por D. F.L.C, por los daños y perjuicios que entiende causados por pérdida de oportunidad terapéutica que pudo influir en el empeoramiento, y posterior fallecimiento, de su esposa, D^a E.M.H, al ser tratada de un adenocarcinoma rectal en el Hospital Fundación de Calahorra; y que valora en 102.000 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

El citado reclamante formuló la referida **reclamación** mediante escrito presentado el 14-08-2019 en la Oficina de correos de Calahorra, el cual fue registrado en la Oficina auxiliar de registro de la Consejería de Salud el 19-08-2019.

1. Contenido.

En su escrito, el solicitante narra las circunstancias fácticas en las que funda su reclamación y que son las siguientes:

Primero.- (La paciente) esposa del reclamante, falleció en la Fundación Hospital Calahorra (FHC) el día 27-08-2018, con la edad de 72 años. Había contraído matrimonio con el reclamante el día 14-03-1971 en Berlanga de Duero... estaba siendo tratada en el Hospital San Pedro (HSP) de Logroño, en el Servicio de Oncología de un adenocarcinoma de recto, siguiendo un tratamiento de quimioterapia.

El día 23-08-2018, acudió a una revisión radiológica en la FHC, desde la que fue derivada a la Unidad de Urgencias para analizar su función renal, porque presentaba dilatación pielocalicial en TAC. Tras la correspondiente exploración y pruebas analíticas, la paciente es dada de alta a su

domicilio quedando descartada la afectación renal. La exploración radiológica resultó normal, dentro del contexto de su enfermedad, y la paciente no presentaba líquido libre intraperitoneal, ni ningún otro dato que sugiriera un avance de su enfermedad.

Segundo.- *(La paciente) estaba en tratamiento con Clexane 120, una inyección al día, tras un tromboembolismo bilateral agudo por el que tuvo que ser ingresada el día 05-08-2018, recibiendo el alta el día 09-08-2018, con destino a su domicilio.*

Tercero.- *(La paciente) tenía antecedentes de artrosis y bursitis trocantérea en la cadera derecha, de la que venía siendo tratada en la Unidad de Rehabilitación de la FHC. Esa misma tarde del día 23-08-2018 fue atendida también en dicha consulta, donde se le puso una infiltración de corticoides con ecografía, en concreto de Trigón Depot y Bupivacaína, totalmente contraindicada en pacientes con riesgo de trombosis, diverticulitis y úlceras e incompatible con el tratamiento de Clexane. En definitiva, totalmente excluida como tratamiento adecuado para la esposa del reclamante de acuerdo con sus antecedentes personales.*

Cuarto.- *La madrugada del 25-08 al 26-08-2018, tras un desvanecimiento en su domicilio, y posterior atención por la Unidad de Emergencias del 112, (la paciente) fue ingresada en la Unidad de Urgencias de la FHC con una hemorragia digestiva. Pese a que llegó con vida y que pudo ser estabilizada, hecha la correspondiente interconsulta (con el Servicio de) Cirugía por el Médico que la atendió en (el Servicio de) Urgencias, el Cirujano de guardia decidió no intentar ningún tipo de actuación ni tratamiento quirúrgico, al tratarse de una paciente con una enfermedad grave de base. (La paciente) fue trasladada a la Unidad de Medicina Interna como paciente terminal, con la única opción terapéutica de sedación, en el caso de que persistiera el sangrado activo.*

Quinto.- *El esposo y los familiares de (la paciente) en todo momento manifestaron su interés en que se le realizara alguna prueba diagnóstica, puesto que, pese a su enfermedad, su estado en los últimos días había sido bueno. De hecho, desde la Unidad de Cuidados paliativos únicamente pasaban a verla una vez cada 15 días. No estaba tomando, ni tenía prescrito ningún medicamento mórfico, apenas presentaba dolores y los que tenía los paliaba con un simple paracetamol. Los marcadores tumorales se habían reducido considerablemente y (la paciente) estaba teniendo una buena respuesta a la quimioterapia, por lo que era incomprensible esta repentina situación.*

Pese a la insistencia de la familia, tanto el Cirujano de guardia como los Médicos (del Servicio de) Medicina interna descartaron hacer ni tan siquiera una prueba de imagen que, al menos, diera a conocer el alcance de la lesión y el origen de la hemorragia por si hubiera alguna opción terapéutica que, al menos, prolongara su vida. Éstos directamente la dieron por desahuciada.

Durante el fin de semana, pese a la gravedad, (la paciente) presentó una importante mejoría e, incluso, el domingo 26-08-2018 pudo recibir visitas y charlar animadamente con sus familiares, visto lo cual, éstos insistieron en que se retomaran las opciones terapéuticas y se le realizara alguna prueba diagnóstica; o incluso, dentro de la estabilidad que presentaba, que hubiera sido trasladada al HSP para ser valorada por el Servicio de Oncología que la venía tratando, a lo que se opusieron rotundamente.

Tras la insistencia, le programaron para una TAC pero, en lugar de realizarla ese mismo día, como urgente y como paciente ingresada, lo pospusieron al día siguiente.

El propio Coordinador de Unidades Médicas, de manera muy brusca, manifestó textualmente a los familiares de (la paciente) que ‘tenían que hacerse a la idea de que su familiar se moría y punto’.

Resultaba incomprensible que, habiendo contado con tiempo suficiente para atenderla tras la recuperación que tuvo, mediando incluso un proceso de mejoría, no se le realizara ninguna prueba, ni se tomara ninguna decisión terapéutica con la paciente, excepto ponerle bolsas de sangre y esperar a la sedación y al momento del final.

Sexto.- La madrugada del 26 al 27 de agosto, (la paciente) empeoró presentando importantes hemorragias y, a las 09:40 horas de ese mismo día, fallecía, sin que se realizara ninguna maniobra de reanimación, pese a solicitar los familiares que se hiciera todo lo posible por evitar su deceso o, al menos, retrasarlo mientras hubiera esperanza de vida.

Séptimo.- Es evidente que, dado el cuadro que presentaba la paciente, en el contexto de su enfermedad y, sobre todo, dado que estaba siendo tratada con Clexane 120, fue totalmente temerario inyectarle una infiltración, cuyos efectos secundarios son, entre otros, los trombos y las hemorragias digestivas. Esta circunstancia no se tuvo en cuenta en ningún momento por los Médicos que la atendieron, quienes, lejos de valorar otras causas, achacaron su empeoramiento a la enfermedad oncológica.

Está claro que, si a (la paciente) no se le hubiera inyectado la infiltración, habiendo sido descartada la afectación renal, y siendo que la progresión de su enfermedad se había estabilizado, su destino hubiera llevado otro curso y, dada la buena respuesta que estaba teniendo a la quimioterapia, es seguro que hubiera tenido una mayor esperanza de vida que la que finalmente tuvo.

Por otro lado, es destacable que, tanto en la atención que recibió en la Unidad de Urgencias por el Cirujano de guardia, como en la que tuvo en su ingreso la Unidad de Medicina Interna, en ningún momento se orientó a mantener con vida a la paciente y a procurarle los medios diagnósticos y terapéuticos necesarios para evitar o, al menos retrasar, su muerte, sino más bien, todo lo contrario.

Existe relación de causalidad directa entre la inyección de la infiltración y la hemorragia digestiva que causó su muerte y una importante pérdida de oportunidad por no realizar ninguna prueba de diagnóstico ni aplicar ningún tratamiento terapéutico a la paciente, a la que, simplemente, se dejó morir.

2. Cuantificación.

El reclamante solicita, en su escrito de 14-08-19, que, “*teniendo en cuenta la edad de la fallecida (72 años) y la duración del matrimonio (47 años), y por aplicación analógica de lo dispuesto en el Baremo para la valoración de los daños y perjuicios, establecido en la Ley 35/2015, se viene a reclamar como indemnización por el fallecimiento la suma de 102.000 euros (70.000 + 32.000).*”

3. Documentación.

A su reclamación, el solicitante acompaña los siguientes documentos: **i)** fotocopia del Libro de Familia, con la inscripción de su matrimonio; **ii)** informe de alta del Servicio de Urgencias, de 23-08-18, suscrito por la Dra. L.V, de la FHC; **iii)** informes del Servicio de Radiología, de 23-08-18 y 24-08-18, de la Dra. S.N, de la FHC; **iv)** informe de alta de hospitalización, de 09-08-18, del Dr. L.A, de la FHC; **v)** informe de alta del Servicio de

Urgencias, 26-08-18, del Dr. O.S, de la FHC; vi) informe de alta de hospitalización, de 06-12-18, del Dr. N.M, de la FHC, en el que refleja el fallecimiento de la paciente, acaecido el día 27-08-18.

Segundo

1. En fecha 21-08-19, la Secretaría General Técnica (SGT) de la Consejería de Salud (Consejería actuante) dictó una Resolución por la que tuvo por **iniciado el procedimiento** general de responsabilidad patrimonial y nombró Instructor del mismo.

2. La Resolución fue comunicada al interesado mediante oficio del Instructor, de 22-08-19, en el que se le informó de los extremos exigidos por el art.21.4, segundo párrafo, LPAC'15 (Ley 39/2015, de Procedimiento administrativo común).

3. El mismo día, el Instructor, mediante sendas comunicaciones internas, se dirige a la Dirección del Área de Salud de La Rioja-HSP, y al Sr. Director Gerente de la FHC, solicitando *“cuantos antecedentes existan y aquellos datos e informes que estime de interés relacionados con la asistencia sanitaria prestada en el HSP”*, en la primera, y *“en la FHC”*, en la segunda, a la esposa del interesado.

4. Mediante escrito de 04-09-19 [una persona debidamente identificada en expediente] comunica al Director Gerente de la misma FHC, su abstención en el asunto [por causa debidamente identificada en el expediente].

5. En fecha que no consta, el Servicio Riojano de Salud (SERIS) notificó la reclamación formulada por el solicitante a la Aseguradora A.E.R, que acusó recibo de la comunicación el 22-08-19.

6. Por otro lado, el 04-10-19, el Instructor del expediente recabó de la Dirección General (DG) de Humanización, Prestaciones y Farmacia -Inspección Médica- un *“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”*.

Tercero

Consta, a continuación, en el expediente la **documentación remitida por el SERIS** (Área de Salud de La Rioja). En efecto, el 16-09-19, el Director del Área de Salud de La Rioja remite la historia clínica de la paciente [se omiten los datos, que constan detallados en el expediente].

Cuarto

Consta también en el expediente la **documentación remitida por la FHC** (Área de Salud de La Rioja). En efecto, el 01-10-19, el Director Gerente del Área de Salud de La Rioja remite la historia clínica de la paciente, esposa del reclamante, así como los informes de los profesionales que intervinieron en la asistencia reclamada. En dicha documentación se encuentran los siguientes datos:

1. Documentos de consentimiento informado.

Comienza el dossier remitido por la FHC con dos documentos de consentimiento informado, fechados el 04-08-18 y el 26-08-18, ambos para la realización de pruebas de tomografía axial computerizada (TAC), en los que, a pesar de consignarse (en ambos) que a la esposa del reclamante le fueron explicadas “*qué es (la prueba), cómo se realiza, para qué sirve, los riesgos existentes, posibles molestias o complicaciones, y alternativas al procedimiento*”, no consta firma alguna (ni de profesional sanitario, ni de la paciente, ni de ningún miembro de su familia) en los mismos.

2. Informe del Dr. C.H, Coordinador de la Unidad de Medicina Interna y su Hospitalización (FHC).

Este informe, emitido el 28-09-19, expone que, “*tras haber solicitado información a los Médicos responsables de los procesos asistenciales y según consta en la historia clínica de la paciente y los informes de alta correspondientes, puedo informar*”:

*“La paciente fue diagnosticada de **carcinoma de recto** en estadio IV y tratada inicialmente con **quimio-radioterapia** y posterior **cirugía** el 18-07-17 (Resección anterior + Hartman). Fue diagnosticada y tratada en un Servicio Médico de Zaragoza y, posteriormente, trasladada para seguimiento por el Servicio de Oncología del HSP (Logroño).*

En abril de 2018, se observó una recidiva tumoral con metástasis hepáticas, peritoneales múltiples y local de unos 5 cms. en la zona de colostomía, con al menos dos episodios de sub-oclusión intestinal y un atrapamiento ureteral bilateral que le originaba una uretero-hidronefrosis sin repercusión sobre la función renal. Recibió cuatro ciclos de quimioterapia con fines paliativos, el último el 09-07-18, según consta en los informes del Servicio de Oncología del citado HSP.

Del 16-07-18 al 01-08-18, permaneció ingresada en (el Servicio e) Oncología del HSP de Logroño por una sepsis de origen urológico por E. Coli.

Desde el Servicio de Oncología, fue derivada a la Unidad de Cuidados Paliativos para el seguimiento ambulatorio en el domicilio de la paciente.

El primer ingreso en hospitalización de la Unidad de Medicina Interna de la FHC se produjo el 04-08-18, por un tromboembolismo pulmonar agudo y bilateral.

El ingreso fue favorable, se realizaron las técnicas diagnósticas necesarias y que constan en el informe de alta correspondiente, se llevaron a cabo los cuidados estandarizados para esta patología y se administró el tratamiento indicado por todas las Guías de práctica clínica, vigentes en ese momento: una heparina de bajo peso molecular, en este caso enoxaparina, a dosis ajustadas a peso y función renal. Durante este ingreso, la paciente y sus familiares recibieron de forma puntual y veraz toda la información sobre diagnóstico, pronóstico y tratamiento necesarios, y el trato puede considerarse cordial, según información del equipo médico responsable de la paciente. El alta se dio al domicilio de la paciente, con seguimiento y cita en las Consultas (del Servicio de) Oncología y Unidad de Cuidados Paliativos.

El segundo ingreso se produjo en torno a las 01:30 h. del domingo día 26-08-18 por presentar sangrado digestivo visible en la bolsa de colostomía, además de dolor abdominal y empeoramiento de su estado general. Se descartó, por parte del Médico especialista en Cirugía general, la conveniencia de una intervención quirúrgica y la paciente quedó ingresada a cargo de la especialidad (Unidad) de Medicina Interna, tras recibir tratamiento y estabilización médica en la Unidad de Urgencias, tal y como consta en el informe de esta Unidad.

Tanto en (la Unidad de) Urgencias como a su ingreso en la Unidad de Medicina Interna, la familia recibió toda la información disponible y, tal y como consta en las notas evolutivas del Médico especialista en Medicina Interna que la atendió, se acordó con ellos un tratamiento paliativo y de soporte, aceptando las decisiones tomadas. Todas las medidas terapéuticas adoptadas (fluidos iv, hemotrasfusión, analgesia, sedación, antieméticos) estuvieron dirigidas a aliviar el sufrimiento de la paciente y sus familiares, dado la imposibilidad manifiesta de actuar sobre una enfermedad neoplásica en los estadios finales de la vida, así como de la inconveniencia de realizar otras medidas y así evitar el 'ensañamiento' y sufrimiento de la paciente.

Gracias al tratamiento pautado, la paciente notó alivio y mejoría de sus dolores, retirándose parte de la medicación por solicitud de la familia. El Médico de guardia fue avisado de esta circunstancia, y procedió a tramitar la realización de un TAC abdominal, que en ese momento no era urgente y se hubiera realizado a la mañana siguiente, además de nuevas pruebas cruzadas, por si fuera necesario volver a transfundir concentrados de hemáties.

Por la noche del 26 y en la madrugada del lunes 27, volvió a tener un empeoramiento, más dolor abdominal y de nuevo sangrado digestivo, muy probablemente por la recidiva local diagnosticada previamente mediante TC y ya conocida. De nuevo, fue atendida por el personal sanitario de turno y por el Médico de guardia, falleciendo sobre las 09:45 h. del lunes día 27-08-18, unas 32 h. después del ingreso.

Dada la patología de base de la paciente (carcinoma de recto en estadio IV, con metástasis hepáticas, carcinomatosis peritoneal, recidiva local, ureterohidronefrosis bilateral, tromboembolismo pulmonar bilateral reciente, sangrado digestivo y fracaso multiorgánico), no estaban aconsejadas las maniobras de resucitación cardio-pulmonar avanzada, que solo hubieran supuesto un ensañamiento terapéutico innecesario.

Como Coordinador de la Unidad de Medicina y responsable asistencial, me gustaría añadir:

- 1. Que todos los informes de los Médicos especialistas de la FHC y del Servicio de Oncología del HSP son concordantes en la misma dirección, esto es que la paciente se encontraba al final de su enfermedad.*

2. *Que todas las actuaciones médicas llevadas a cabo por el personal sanitario de hospitalización de Medicina Interna en ambos ingresos, estuvieron acordes con los conocimientos, planes de cuidados, protocolos y procedimientos vigentes en ese momento.*
3. *Que el trato con la paciente y su familia fue cordial y respetuoso con la situación, y se atendieron todas su peticiones y necesidades.*
4. *Que nada más se pudo hacer por prolongar la vida de la paciente durante las aproximadamente 32 h. que estuvo hospitalizada en su segundo ingreso, falleciendo en situación de fracaso multiorgánico, tal y como consta en el último informe de alta”.*

Quinto

1. Con fecha 11-10-19, D. J.C.V.F, Licenciado en Medicina y Cirugía, especialista en Medicina Intensiva, emite **informe médico-pericial a instancias de la entidad consultora P**, en el que, tras analizar la historia clínica de la paciente y el tratamiento a que ha sido sometida, obtiene las siguientes **conclusiones generales**:

*“Se trata de una paciente anciana, con un cáncer de recto estadio IV (recidiva **precoz** en colon, metástasis hepática y carcinomatosis peritoneal). Paciente que es manejada de manera habitual en una unidad especializada en Oncología, en la cual, ante la progresión de la enfermedad, a pesar de los tratamientos administrados, se le considera como subsidiaria de tratamiento paliativo.*

El tratamiento paliativo no implica la suspensión de todos los tratamientos, sino que éstos se ajustan al menor nivel de agresividad para el paciente, entendiéndose que, llegados a ese punto, lo que prima es el control de síntomas y una actitud conservadora frente a las complicaciones, entendiéndose que éstas, cuando aparecen, lo hacen como parte del proceso de muerte condicionado por la evolución de una enfermedad para la que no hay curación.

Esta actitud conservadora se hace evidente ya en julio de 2018, cuando desarrolla cuadro séptico por el cual acudió (a FHC y al HSP), allí se describe una situación clínica compatible con shock séptico (el mayor nivel de gravedad posible de una infección) y consta que fue manejada de manera conservadora en planta (del Servicio de) Oncología, sin que se haya considerado por ejemplo el paso a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI); situación que vuelve a ponerse de manifiesto cuando en agosto de 2018 sufre un tromboembolismo pulmonar (otra situación potencialmente letal) en la que tampoco se ingresa en UCI y su manejo se hace en planta convencional. Es muy importante destacar que ambas complicaciones son propias de la evolución tumoral (la sepsis urinaria debida al atrapamiento de ambos uréteres a nivel pélvico, y el tromboembolismo por las sustancias protrombóticas que generan los tumores).

*Respecto a la medicación, Trigón Depot (Triamcinolona acetónido) es un **corticosteroide** con intenso efecto antiinflamatorio que se administra por vía intramuscular, intraarticular e intrasinovial. Está indicado como terapia adyuvante a corto plazo para administración intraarticular (en el interior de las articulaciones) o intrasinovial (en bolsas cercanas a las articulaciones), y para inyección dentro de la cubierta del tendón, en alteraciones inflamatorias, tales como sinovitis de osteoartritis, artritis reumatoide, bursitis aguda y subaguda, artritis gotosa aguda, epicondilitis (codo de tenista), tenosinovitis aguda no específica y osteoartritis postraumática.*

A los efectos de la (reclamación), resulta obvio que hacen una interpretación incompleta del prospecto donde se indica que este medicamento debe usarse con precaución en pacientes con ciertas enfermedades como la úlcera péptica activa o latente y oclusión de un vaso por un trombo (antecedentes ambos presentes en esta paciente). Sobre recalcar que usar con precaución, **no** significa que estuviese contraindicado y menos aún en una paciente con carácter paliativo.

Si vemos el apartado de eventos adversos, consta, dentro de los efectos adversos poco frecuentes (pueden afectar hasta 1 de cada 100 personas): úlcera péptica, con posible perforación o hemorragia, pancreatitis (inflamación del páncreas), distensión abdominal, esofagitis ulcerativa (inflamación del esófago acompañada de úlcera). Pues bien, incluso en una persona con un antecedente de úlcera, la administración de Trigón **no** está contraindicada.

Lo que no considera la (reclamación) es que los corticoides hacen parte del tratamiento paliativo del paciente oncológico, y el temor a sus teóricos efectos colaterales queda en un segundo plano, ya que, tratándose de pacientes paliativos, prima el beneficio real que proporcionan en el manejo de síntomas como el dolor, la astenia, la anorexia etc., tal y como queda demostrado por el hecho incontestable de que esta paciente ya estaba recibiendo tratamiento con corticoides orales (Dexametasona, pauta en la Unidad de Oncología) desde mucho antes de que se pautara el Trigón Depot (medicamento de uso tópico intraarticular) experimentando mejoría en tales síntomas.

Es un error interpretar esta mejoría sintomática como una mejoría del pronóstico de su enfermedad oncológica de base, ya que no cambia en nada el carácter irreversible e incurable de la misma.

El sangrado en este tipo de tumores es una de las complicaciones letales que pueden ocurrir. En este caso, el riesgo era máximo, por el propio carácter progresivo del tumor -que había recidivado en el lecho de la cirugía- y el hecho cierto de que, previo al ingreso hospitalario cuestionado, la paciente ya había experimentado una complicación potencialmente letal (el tromboembolismo pulmonar), cuyo tratamiento precisa el uso de medicación, que tiene, dentro de sus efectos colaterales indeseados, justamente ese: el sangrado. Consta en el expediente que, en ese ingreso, ya se informa de la situación a la paciente y a la hija.

Por tanto, el punto es que, en una situación de paliación, se pueden y deben emplear medicaciones en un entorno radicalmente distinto al de un paciente convencional, pues de lo que se trata es de intentar que el tiempo que le quede discurra de la mejor manera posible, teniendo la certeza de que, en cualquier momento, aparecerán complicaciones (propias de la enfermedad o secundarias 'a los' tratamientos) que serán manejadas de forma conservadora (es decir, sin medidas agresivas, incluyendo determinados medios diagnósticos que sí estarían indicados en otro escenario distinto a la paliación, propia de una fase final de una enfermedad).

La sedación paliativa implica el evitarle al paciente experimentar de manera consciente la propia muerte y obedece a la necesidad de disminuir el nivel de conciencia del enfermo como estrategia terapéutica, por lo que, cuando está indicada, es una buena praxis por parte de cualquier Médico.

En mi opinión, todas las consideraciones que se hacen en la (reclamación), están condicionadas por un notable desconocimiento, tanto de la realidad biológica de la paciente, como de los informes emitidos en sus asistencias previas, donde -bastando una lectura superficial- queda manifiesto de forma indubitada el contexto de fragilidad biológica extrema de la paciente.

2. En este informe, se alcanza la siguiente conclusión final:

“Del análisis de la documentación aportada, la opinión de este perito es que las asistencias prestadas a (la esposa del reclamante) en el Servicio de Urgencias y planta de hospitalización de Medicina Interna del Hospital de Calahorra (FHC) fueron adecuadas”.

3. Al indicado informe, se une un Anexo, en el que se hace constar:

“En relación con el expediente arriba referenciado, conviene indicar que las actuaciones seguidas en el Hospital de Calahorra (FHC) me parecen, sin duda, adecuadas a la lex artis, pero existe un punto débil: la limitación de esfuerzo terapéutico al considerar un paciente como terminal precisa una serie de anotaciones en la historia clínica en las que quede reflejado el proceso por el que se llega a tal conclusión y, sobre todo, las medidas terapéuticas o de confort que se van estableciendo hasta llegar a una medida final, como la sedación paliativa o en la sedación en agonía.

*En el expediente aportado, **no** se encuentran los evolutivos, ni médicos ni de enfermería, del último ingreso hospitalario de la paciente, cuya lectura puede claramente reforzar mi argumentación de defensa o, al menos, no debilitarla, en caso de que haya alguna anotación que yo no haya podido valorar y que sea contraria a la buena praxis que defendemos.*

Igualmente, la limitación de las medidas terapéuticas ya se hizo evidente cuando, en ingresos previos, la paciente no fue ingresada en UCI, por lo que poder acceder a los evolutivos médicos y de enfermería de esos ingresos sería útil porque pueden contener reflexiones acerca del carácter paliativo/terminal de la paciente.

En resumen, solicito que: se me aporten los evolutivos médicos y de enfermería de los ingresos hospitalarios de julio y agosto (del 05 al 09/08/18), así como el del 26/08/2018”.

Sexto

Obra también en el expediente el **informe de la Inspección médica** (DG de Prestaciones y Farmacia de la Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja) evacuado tras la petición que le había dirigido el Instructor del expediente el 04-10-19; dicho informe es firmado el 21-02-20 por la Dra. J.R. que analiza los documentos obrantes en el expediente administrativo y, tras efectuar una serie de consideraciones médicas, *“en base a los hechos reflejados y a la bibliografía consultada”*, consigna las siguientes **conclusiones:**

- 1. En mayo de 2017, (la esposa del reclamante) fue diagnosticada de adenocarcinoma de recto estadio IIA, estadificado de acuerdo con la clasificación TNM. En el estudio de extensión realizado mediante TAC y RMN, se identificaron factores relacionados con peor pronóstico y riesgo elevado de recidiva local: i) afectación de recto inferior y medio; ii) tamaño de 6.5 cm; iii) afectación de grasa y fascia mesorrectal; y iv) adherencia a órganos adyacentes (miomas uterinos).*
- 2. El tratamiento y seguimiento de su enfermedad oncológica fueron adecuados, de acuerdo con los protocolos internacionalmente reconocidos. No obstante, en abril de 2018 y en el contexto del grave pronóstico de la paciente y el elevado riesgo de recidiva local, ya mencionados, sufrió recidiva de su enfermedad oncológica, demostrándose recidiva local (neoplasia estenosante avanzada a 5 cm de la*

colostomía, que se le había realizado en agosto de 2017), así como metástasis en hígado y peritoneo. En este momento, se encontraba en estadio IVc, tratándose, como ya se ha expuesto, de una situación clínica irreversible e incurable.

3. Consecuentemente con la evolución de su enfermedad oncológica, en julio de 2018, fue derivada por el Servicio de Oncología del HS a la Unidad de Cuidados Paliativos, para cuidado y seguimiento de la paciente, cumpliéndose los criterios establecidos por las correspondientes Sociedades científicas en cuanto a enfermedad en fase terminal.

4. En esta fase evolutiva, el tratamiento instaurado se ajustó al protocolizado en estadio IVc del cáncer de recto (quimioterapia paliativa con Folfiri y Bevacizumab).

5. La evolución de la paciente fue desfavorable, precisando sucesivos ingresos hospitalarios encaminados a atender complicaciones derivadas de su enfermedad oncológica, como el tromboembolismo pulmonar, así como las derivadas del cáncer colorrectal que padecía, cuadros de obstrucción intestinal y sangrado. Acompañándose dichos episodios de un progresivo deterioro de su estado general, pasando de un estado funcional Ecog 2 el 20-06-18 a Ecog 4 el 03-08-18. Dicha evolución puede considerarse esperable y coherente con el diagnóstico, estadiaje tumoral y pronóstico de la paciente, ya mencionados.

6.- Desde el momento de la verificación de recidiva local del cáncer de recto en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza en mayo de 2018, el tratamiento que se indicó fue conservador, criterio que se mantuvo, al abordar las sucesivas complicaciones presentadas por la paciente desde el mes de mayo de 2018 hasta su fallecimiento el día 27-08-18. Dicha actuación se ajustó a los criterios tanto de la Guía de Cuidados Paliativos de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, como de la Guía sobre Práctica Clínica de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud, encaminándose a evitar el encarnizamiento terapéutico y cuidar a la paciente, proporcionándole la máxima calidad de vida, evitando prácticas diagnósticas y terapéuticas que contribuyeran a aumentar su sufrimiento y disconfort.

7. Los cuidados proporcionados a la paciente durante su ingreso en el Servicio de Medicina Interna, desde el día 26-08-2018 hasta su fallecimiento el día 27-08-2018, fueron adecuados a su situación clínica, caracterizada por un grave deterioro, con síntomas de grave afectación (dolor de difícil manejo, anuria, disnea, etc.); estando encaminados a aliviar sus síntomas, no apreciándose en ningún caso dejación de cuidados. Así, se administró analgesia proporcionada y acorde incluso con los deseos de la propia paciente y su familia, hemotransfusiones y terapias orientadas a controlar el sangrado, se realizaron, pruebas diagnósticas de control, atendiendo asimismo al expreso deseo de la familia, que en todo momento se mantuvo informada de la evolución, pronóstico de la paciente y alternativas terapéuticas.

8. Cualquier otra actuación, como la realización de una TAC urgente, sugerida por la familia no hubiera contribuido a la mejora del pronóstico en cuanto a calidad y esperanza de vida de la paciente.

9. En cuanto a la responsabilidad de la administración de Trigón Depot el día 23-08-2018, en la génesis del episodio de sangrado que sufrió la paciente el día 26-08-2018, cabe destacar que se trató de una administración en dosis única, que se administró de acuerdo con las indicaciones recogidas por la AEMPS, no estando contraindicado, ni existiendo interacción registrada con la enoxaparina sódica que se le estaba administrando. Por otra parte, la paciente ya se encontraba en tratamiento con corticoides (Dexametasona) de forma continuada y perfectamente indicada, para tratar sintomatología derivada de su enfermedad oncológica. Por todo lo expuesto, dicha responsabilidad,

podría ser descartada. Siendo la causa más probable la perforación, complicación que aparece en un altísimo porcentaje de pacientes afectos de cáncer de recto, más en fase terminal de la enfermedad”.

Séptimo

1. Concluida la fase de instrucción, se comunica al interesado, mediante escrito de 24-02-20, notificado el día 26-02-20, la apertura del **trámite de audiencia**, así como su derecho a formular alegaciones y presentar los documentos que estime por conveniente.

2. Con fecha 19-03-20, un Abogado (debidamente identificado en el expediente) presenta, “*en nombre*” del reclamante, un escrito en el que, en síntesis, expone las siguientes **alegaciones**:

Primera: respecto a la documentación aportada por el HSP. ... de la misma, cabe destacar:

1. (...) queda manifiestamente probado que la paciente estaba siguiendo un tratamiento de quimioterapia, habiendo recibido el cuarto ciclo con fecha 16-07-18, y que, en las diferentes visitas, presentaba una mejoría de su estado general. En los análisis, destacaba el CEA (marcador clave en el seguimiento de su patología de colon. que es el que indica la respuesta al tratamiento y la evolución de la enfermedad), siendo inicialmente mayor de 100, fue bajando paulatinamente a valores de 55 ng/mL, e incluso 47,9 ng/mL, según consta en el registro de esa misma fecha de 16-07-18.

Lo anterior pone de manifiesto que (la esposa del reclamante) no estaba siendo tratada como una paciente terminal, sino como una paciente oncológica en seguimiento y con buena respuesta al tratamiento de quimioterapia. En consecuencia, se abría una puerta a una mayor esperanza de vida de (la paciente), puesto que la buena respuesta ante la quimioterapia le hacía firme candidata a una HIPEC o una PIPAC, técnicas que se vienen empleando para prolongar la vida de pacientes con metástasis pélvicas y que se le propusieron como posible tratamiento después de la quimioterapia. ... ciertamente existían opciones terapéuticas para incrementar la esperanza de vida de la paciente.

2. (...), con fecha 26-06-18, al recibir el tercer ciclo de quimioterapia, se tramita por su Oncóloga, la Dra. Z., interconsulta a la Unidad de Cuidados Paliativos para control conjunto. En los informes aportados, consta la siguiente anotación: ‘está previsto continuar tratamiento de quimioterapia en nuestro Hospital. Se realiza interconsulta a la Unidad de Cuidados Paliativos para control conjunto, dado los episodios sub-oclusivos que ha presentado’.

Ni en la anotación del informe de la Dra. Z., ni en el volante de derivación, se hace mención alguna a que la paciente se encuentre en estado terminal, como se pretende constantemente en defensa de la FHC. El seguimiento por parte de esta Unidad se realizó a modo de atención domiciliaria a la paciente, dado que ésta se encontraba en Calahorra, como continuación de cuidados y con el objetivo de asegurarle una atención más eficaz de su enfermedad y un cuidado activo complementario al tratamiento de quimioterapia, no con la finalidad de acompañarle en el final de la vida. De hecho, (...), (la paciente) no estaba recibiendo ningún tratamiento especial para el dolor, más allá de paracetamol y no tenía prescrito ningún mórfico, ni medicamento similar. Así consta en la medicación que tenía pautada.

No puede aceptarse por esta parte en ningún momento que la paciente estuviera en fase terminal, lo que se refleja en las observaciones telefónicas de la Unidad de Cuidados Paliativos de fecha 31 de agosto de 2018, en que las visitas de este Servicio fueron muy esporádicas y en que, por el momento, el valor que se le daba a su intervención en el proceso asistencial era accesorio al tratamiento de quimioterapia. Algo que se demuestra además en el hecho de que ni siquiera se les avisó de su fallecimiento y se enteraron por la familia en una de las llamadas telefónicas habituales de seguimiento.

Segunda: respecto a la documentación aportada por la FHC y el informe del Dr. C.

(...) En primer lugar, no es cierto que (la paciente) fuera derivada desde el Servicio de Oncología a la Unidad de Cuidados Paliativos para el seguimiento ambulatorio en el domicilio de la paciente. Tal y como está expresado, podría interpretarse que la paciente había sido derivada a Paliativos, una vez agotados para ella los recursos terapéuticos, cuando no fue así. Como se ha expuesto en el apartado anterior, el objetivo era un mejor seguimiento conjunto de la paciente durante su tratamiento, dado que ésta se encontraba en su residencia de Calahorra.

Respecto del primer ingreso, a la vista de los resultados, no debió administrarse un tratamiento adecuado al alta o bien la dosis (120 mg) no estaba suficientemente ajustada dadas sus contraindicaciones y las consecuencias que finalmente el tratamiento pautado tuvo para la paciente.

Respecto al segundo ingreso, no es cierto que la familia recibiera toda la información disponible, puesto que no hubo más información en todo momento que la de convencerles de que había llegado el final de la vida de (la paciente). No se informó sobre ninguna posibilidad diagnóstica ni terapéutica, ni se aceptaron las que la familia iba proponiendo, se cerraron todas las posibilidades de comunicación con los Médicos especialistas. (...) De hecho, en un primer momento se descartó incluso su ingreso y se esperaba su fallecimiento en el box de urgencias. Solo cuando se vio que (la paciente) resistía y mejoraba, se pensó en su ingreso en planta a cargo de Medicina Interna.

Lo que se pretende argumentar como medidas para evitar el ensañamiento y sufrimiento de la paciente en el final de su vida, no fueron sino actos de absoluta dejación y pérdida de oportunidad en el tratamiento de su patología.

El TAC abdominal que tramitó el Médico de guardia y que el Dr. C. pretende justificar en el marco del tratamiento pautado fue a insistencia de la familia, y pudo hacerse de urgencia, como ya se ha expuesto, resulta incomprensible y contradictorio que ante la mejoría de la paciente no se estableciera ninguna medida diagnóstica ni terapéutica más efectiva.

En cuanto al final totalmente desasistido y en soledad sin intentar tan siquiera maniobras de resucitación fueron en contra de los deseos de la familia que en todo momento manifestó su intención de conservar con vida a (la paciente) mientras existiera dicha opción para ella. Lo que se negó durante todo el tiempo de su ingreso siempre con base en el mismo argumento: que con la patología tan grave que presentaba lo mejor era que falleciera.

Respecto a las consideraciones que el Dr. C. hace como Coordinador de la Unidad de Medicina y responsable asistencial:

-No es cierto que (la paciente) se encontrara al final de su enfermedad, ..., sin valorar opciones, ni tan siquiera conocer los avances científicos actuales que existen para pacientes con esta patología y que consiguen aumentar su esperanza de vida. Por lo tanto, no cabe sino rebatir que

las actuaciones médicas llevadas a cabo por el personal a su cargo en ambos ingresos fueran adecuados a las necesidades terapéuticas de (la paciente).

-No es cierto, tampoco, que el trato fuera tan cordial y respetuoso con la situación como se pretende, sobre todo en el segundo ingreso; y menos aún que se atendieran todas las necesidades y peticiones de la paciente y su familia... Nada presagiaba que a la mañana siguiente fallecería, lo que nos lleva a concluir la pérdida de oportunidad que supuso no realizar ningún procedimiento diagnóstico a tiempo.

-Respecto al último punto, en opinión del reclamante, pudo hacerse mucho más por la vida de (su esposa) en el segundo ingreso, pero se le denegó la atención debida, dándola desde el primer momento por desahuciada y encaminándola a un inexorable final.

-Finalmente, sorprende que el Dr. C. no haga ninguna mención a las consecuencias que la infiltración y la interacción con los medicamentos que fueron pautados por médicos de su unidad (Clexane) tuvo para (la paciente), centrándose únicamente en las actuaciones de los ingresos y justificando como única causa de éstos la patología de base que ésta tenía.

Tercera: respecto al informe de P:

(...) Resulta sorprendente comprobar cómo se describe a (la paciente), como una anciana en estado terminal, y se pone como evidencia patente de ello el cuadro séptico que ésta sufrió en el mes de julio de 2018 y el tromboembolismo pulmonar que tuvo en agosto de 2018, señalando que, en ambos casos, situaciones potencialmente letales que, sin embargo, no precisaron de su ingreso en la UCI, llevando a cabo su manejo en planta.

Nada más lejos de la realidad. (La paciente), no sólo no era una anciana, sino que, a sus 72 años y pese a su enfermedad, no dejaba de luchar. En ningún momento dejó de seguir las indicaciones de sus Médicos para mejorar y su única ilusión era vivir y compartir sus días con su familia.

Y si bien es cierto que no podemos negar la gravedad de los dos procesos que atravesó, no es menos cierto que, si no se planteó su ingreso en UCI, fue porque, en ningún momento, lo necesitó ya que la respuesta de (la paciente) fue muy buena, e incluso sus Médicos le felicitaron por ello. Y, tras ambas situaciones, fue dada de alta a su domicilio, no recibió ningún cuidado especial diferente, tenía programada otra sesión de quimioterapia, hasta la cual hacía una vida lo más normal posible.

De hecho, en la documentación aportada por la FHC, en las indicaciones al alta tras la EPOC, de fecha 09-08-18, (...), se le recomendó hacer una dieta saludable (que ya seguía) caminar en postura erguida, al menos una hora al día, comenzando por ciclos de 15 minutos. (...) Los argumentos del Médico firmante de la pericial, caen por su propio peso ya que estas recomendaciones no parecen estar en consonancia con esa actitud conservadora de control de síntomas y de esperar al proceso de muerte en una enfermedad que no tiene curación.

(...) El día 23 de agosto (la paciente) acudió por sus propios medios al Servicio de Radiología del Hospital y a las diferentes Consultas en las que fue atendida, incluida la de Rehabilitación, en la que le pusieron la infiltración de Trigo Depot y Bupivacaína, como parte del tratamiento del seguimiento de su bursitis trocantérea de la que le venían tratando en el Hospital, no como parte de ningún tratamiento paliativo como pretende la pericial.

Por el contrario, lamentablemente, está claro que no solo no se tuvo en cuenta el contexto clínico de la paciente que desaconsejaba la infiltración, sino que tampoco se tuvo en consideración, a la

hora de ponérsela, que la paciente estaba siendo tratada con Clexane 120 desde su último ingreso del 5 al 9 de agosto.

Desde ese momento y en los dos días siguientes se aquejaba de dolores abdominales fuertes que no había referido en ningún momento anterior a esa fecha. El mismo día 25 de agosto por la tarde manifestó cierto malestar y náuseas sin llegar a vomitar, pero se repuso y nada presagiaba que, por la noche, fuera a sufrir el síncope y la dolencia posterior que acabó con su vida.

Como prueba de lo manifestado nos remitimos al apartado 'Historia actual' de la nota de asistencia firmada por la Dra. P.M.R, a las 03:50 h. de la madrugada del 26-08-18: 'Cuadro agudo de un par de días de dolor abdominal, esta tarde tras ingesta sensación de náuseas sin vómito. Síncope en domicilio presenciado con recuperación posterior completa, observándose resto hemático en bolsa de colostomía'. Es necesario hacer constar que la paciente había tomado su última dosis de Clexane a las 17:00 h. (...).

Sorprende este importante cambio reseñable en el estado general de (la paciente), sorprende que no se hubiera presentado hasta la fecha de la infiltración con Trigon Depot y Bupivacaína y sorprende, más aún, que se pretenda negar cualquier relación de causalidad entre dichas inyecciones y la hemorragia que tuvo (la paciente) y que terminó con su vida.

Todo lo anterior nos lleva a la determinante conclusión de que, uno u otros medicamentos, o, lo más seguro, la interacción de todos ellos (Clexane 120, más la infiltración de Trigo Depot más la Bupivacaína) causaron la hemorragia intestinal que acabó con su vida. (...) Estudiados por esta parte dichos medicamentos, y pese a lo que se pretende defender desde la FHC, resulta que:

-En el prospecto de **Clexane** constan las siguientes indicaciones: Aunque los efectos secundarios de este medicamento no son comunes, podrían llegar a presentarse. Dígale a su doctor si cualquiera de estos síntomas se vuelve severo o si no desaparece: malestar estomacal; -fiebre; -irritación o ardor en el sitio donde se administró la inyección. Si usted experimenta alguno de los siguientes síntomas o aquellos enumerados en la sección de Advertencia, llame a su doctor de inmediato: -sangrado o moretones inusuales; -heces negras o con sangre; -sangre en la orina; -inflamación de los tobillos y/o de los pies. El prospecto de Vademecun añade, además, que el tratamiento de Clexane es incompatible con úlceras o lesiones orgánicas susceptibles de generar sangrados. Está claro entonces que la pauta de Clexane 120 a (la paciente) no parecía lo más adecuado y, menos aún, a una dosis tan alta. El cuadro de EPOC que presentaba tuvo una rápida y adecuada recuperación por lo que quizá debió valorarse en su contexto clínico la oportunidad de no tratarla con altas dosis de heparina.

-Respecto del **Trigon Depot**, hay que señalar que interactúa con los anticoagulantes. El prospecto señala que la inyección debe ser intramuscular y, aun así, contempla como efectos adversos la hemorragia y la incompatibilidad con úlceras gastrointestinales y con lesiones susceptibles de sangrado. Carecen de base los argumentos de la pericial con respecto al bajo porcentaje de casos. Si se contempla en el prospecto es porque sucede como le pasó a la esposa de mi representado, con la que debió extremarse todo cuidado.

-Finalmente respecto a la **Bupivacaína**, es un medicamento anestésico que se inyecta de manera conjunta con el Trigon Depot, y sobre el que su prospecto indica expresamente que administrarla junto con los siguientes medicamentos puede hacer necesario modificar la dosis de alguno de ellos o la interrupción del tratamiento: Medicamentos que producen vasoconstricción; Heparina, medicamentos anticoagulantes (que impiden la coagulación de la sangre), antiinflamatorios no esteroideos y sustitutivos del plasma (medicamentos que se utilizan antes una pérdida de sangre).

Está claro que tal mezcla de medicación constituyó una auténtica 'bomba de relojería' para la esposa de mi representado que debió ser tratada con otras medicaciones menos agresivas dada su patología de base.

(...) asombra la rotundidad (del perito de P con la que achaca un total desconocimiento de la realidad biológica de (la paciente), a la que se pretende presentar como una anciana, depresiva y anoréxica, con un cáncer en fase terminal, asistida de cuidados paliativos y un largo etc. de adjetivos poco atribuibles a la esposa de mi representado. Nada más lejos de la realidad. Se adjunta un archivo con las últimas fotografías de la esposa de mi representado, fiel reflejo de que (la paciente) no era, ni física, ni psicológicamente, como se le ha querido representar en el informe pericial y en el resto de la documentación aportada por la FHC.

Ni la paciente tenía anorexia y su ansiedad o falta de ánimo en algunos momentos era el normal derivado únicamente de que, a una persona operada de colon en agosto de 2017, le digan en febrero de 2018 que todo va muy bien y que está superado; y apenas mes y medio después le anuncien una recidiva tan grave y con tan mal pronóstico. (...)

La vida de (la paciente) se vio truncada por la prescripción errónea de unas medicaciones que resultaron para ella letales de forma anticipada. Situación, además, sobre la que pudiendo actuar (no olvidemos que transcurrieron más de 32 h. sin que se hiciera nada por ella), solo se tomó la decisión de evitar prolongar su vida, llevándola a un fallecimiento anticipado que, de otra manera, no sabemos cuándo se hubiera producido, pero desde luego, nunca el 27-08-18. (...)

El propio informe pericial, en su Anexo, ... indica que 'existe un punto débil' (a continuación, el reclamante reproduce literalmente el texto transcrito en el Antecedente del asunto 5.3 del presente dictamen).

Parece tener claro el perito que la única base de su defensa no es otra que acreditar como sea un estado terminal de (la paciente), imposible de verificar en sus antecedentes porque no era tal, por las evidencias que venimos demostrando de la documentación aportada y por los argumentos que venimos exponiendo de manera reiterada.

A la vista del informe pericial, parece deducirse que se le dio a la paciente medicación para finalizar su vida, lo que nunca se autorizó ni por ella misma, siendo consciente de su situación casi hasta el final, ni por su familia. El objetivo debió siempre evitar el dolor, dentro de su estado, pero nunca conducirla a la muerte. El objetivo tuvo que ser encontrar el origen de su hemorragia y tratar de contenerla desde que (la paciente) llegó a Urgencias en ambulancia.

El objetivo nunca debió ser tener a la paciente 32 h. esperando su muerte, sin hacer nada para llegar a un desenlace que resultó rápido y muy dramático. Contrariamente a lo que se quiere exponer en los informes aportados por la FHC (pericial, informe del Dr. C. y de la Inspección médica), (la paciente), en el momento final de su vida, pasó de un estado de consciencia total en el que preguntaba qué le estaba pasando a que le inyectaran una medicación que inmediatamente le condujo a la muerte.

Consta en la historia que, en la madrugada del 26 al 27 de agosto, cuando (la paciente) empezó a sangrar se le administró Amchafibrin. ¿Por qué no se le pautó antes, dentro de las 30 h. anteriores a su fallecimiento, ningún tratamiento antihemorrágico como ese?, ¿Por qué se insistió en que no había ninguna opción diagnóstica ni terapéutica para ella y solo se pensó en la sedación final perdiendo un tiempo en el que, además, la paciente se recuperó dando margen a que se hubiera podido tomar alguna decisión que la sacara de aquel proceso?

*A falta de UCI en la FHC, ¿por qué no se la derivó a Logroño?, ¿Por qué ese empeño en desahuciar a una paciente que aún tenía esperanza de vida? Recordemos que la calidad de vida de (la paciente) hasta esa fecha, pese a lo que se pretende de contrario, era buena, dentro del contexto de su enfermedad. No hay que olvidar, como decimos de manera reiterada, **que no estaba tomando ningún mórfico, ni tenía pautada ninguna medicación para el dolor, salvo Paracetamol, lo que resulta incompatible con el estado terminal que se pretende.***

Por el contrario, si se hubieran practicado las pruebas que no se consideró necesario realizar durante el ingreso de la paciente, en concreto el TAC o incluso una placa o una ecografía, sí habrían permitido la detección de la hemorragia y su estado para haber podido tomar medidas tales como:

- Intervención quirúrgica: seguramente la menos probable por el riesgo que conllevaba.

-Traslado al HSP de Logroño para su valoración y tratamiento desde el Servicio de Oncología o ingreso en UCI.

-Administración de medicamentos antihemorrágicos, como el Amchafibrin, que no se administró dentro de las más de 32 horas que duró su ingreso y solo se le dio a las 03:35 h. del día 27-08-18, cuando consta la anotación en la nota evolutiva médica 'Administramos Amchafribin IV' ahora. ¿Y por qué no desde su llegada a Urgencias la madrugada del 25 al 26 de agosto?, ¿Por qué se descartó cualquier opción terapéutica no intervencionista con medicamentos y solo se encaminó a la paciente y a su familia a que no había ninguna opción terapéutica cuando sí la había y se utilizó únicamente 'in extremis'?, ¿Por qué falleció sola en la habitación con la única compañía de su marido y su hija? Y, ¿por qué cuándo éstos llamaron tardó en venir el médico y no hizo ninguna maniobra de reanimación?

En definitiva y, a la vista de todo lo expuesto, resulta en vano el esfuerzo tanto de la Inspección médica como del perito de P en pretender negar la relación de causalidad entre el fallecimiento precipitado e inesperado de (la paciente), y la medicación que estaba tomando, esto es el Clexane 120 y el Trigon Depot, junto con la Bupivacaína, y pretender achacarlo solo a que las hemorragias intestinales son habituales en pacientes en su estado. No parece muy lógico negar que la capacidad hemorrágica que aparece como efecto adverso posible e incluso frecuente en los prospectos que la misma inspección médica referencia, y en los que se aportan junto con las presente alegaciones; y que, en nuestra opinión han sido la causa determinante de su fallecimiento puesto que, en todo el proceso de su enfermedad anterior, desde que se le diagnosticó la recidiva hasta el momento en el que se le pautó el Clexane y se le puso la infiltración, no existen antecedentes de hemorragias, ni sangrados de la paciente.

Cuarta: respecto del informe de la Inspección médica.

El mismo parte de la base de una supuesta situación en fase terminal de (la paciente), sin que de ello exista un diagnóstico específico en el historial clínico. El propio perito de la FHC, Dr. V.F, en el Anexo a su informe, tiene dudas respecto de la situación terminal de (la paciente), lo cual, en su opinión, hubiera justificado la 'limitación del esfuerzo terapéutico', limitación de esfuerzo que obviamente viene a reconocer se ha producido. El estado terminal hubiera podido deducirse de aquellas anotaciones en la historia clínica que hubieran reflejado el proceso por el cual se hubiera podido llegar a tal conclusión. Proceso deductivo inexistente.

Ciertamente no hubiera podido considerarse a (la paciente) como enferma en fase terminal, toda vez existían tratamientos específicos curativos o para retrasar la evolución de la enfermedad. Como

al comienzo hemos señalado, una HIPEC o una PIPAC, técnicas que se vienen empleando para prolongar la vida de pacientes con metástasis pélvicas y que se le propusieron como posible tratamiento después de la quimioterapia a (la paciente).

Octavo

Con fecha 15-06-20, el Instructor del expediente emite la Propuesta de resolución en el sentido de que se desestime la reclamación, por no ser imputable el perjuicio alegado al funcionamiento de los Servicios públicos sanitarios.

Noveno

La Secretaria General Técnica de la Consejería actuante, el 17-06-20, remite a la Dirección General de los Servicios Jurídicos, el expediente de responsabilidad patrimonial para su preceptivo informe, que es emitido, en sentido favorable a la Propuesta de resolución, el 08-07-20.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente en fecha 10 de julio de 2020, que ha tenido entrada en este Consejo el día 13 de julio de 2020, 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 13 de julio de 2020, 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 misma quedó incluida en la convocatoria señalada 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 (CAR), el art. 11, g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la Ley 7/2011, de 22 de diciembre, remite a la normativa reguladora de los procedimientos de responsabilidad patrimonial, legislación estatal, para la determinación del carácter preceptivo de los dictámenes. Por aplicación de dicha normativa, como acabamos de exponer, el dictamen será preceptivo cuando la indemnización reclamada sea de cuantía igual o superior a 50.000 euros. En este caso, el reclamante cuantifica el importe de la indemnización en 102.000 euros, por lo que nuestro dictamen es 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 esta 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 estatal 40/2015, de 1 de octubre, de 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 *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.

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, la Sentencia del Tribunal Supremo (STS), Sala 3ª, 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) art.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 30/1992, art.139.2 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 STS 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, STS, 3ª, de 2 julio de 2010, R. casación 2985/2006).

9. En otro orden de cosas, en materia de responsabilidad patrimonial sanitaria de la Administración, es preciso analizar también si quien recibe un servicio de esa Administración sanitaria ha prestado su consentimiento informado a las técnicas médicas que ésta pone en juego sobre él.

Como ha venido dictaminando este Consejo Consultivo (por todos, en sus recientes D.43/16, D.12/17, D.37/17 y D.23/20), el consentimiento informado venía ya contemplado en el art. 10.5 de la Ley 14/1986 de 25 de abril, ahora derogado y sustituido por el artículo 4 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y, por lo que afecta a la CAR, por la Ley riojana 2/2002 de 17 de abril, que también contempla el derecho del paciente a ser informado sobre el estado de su salud.

El derecho de todo paciente a ser informado sobre su estado de salud y, particularmente, a precisar su consentimiento con carácter previo a actuaciones sanitarias sobre su persona, con el alcance previsto en la normativa, es una manifestación del derecho a la protección de la salud recogido en el art. 43 de nuestra Constitución. Más aún, como ha señalado la STC 37/2011, FJ.5:

“el consentimiento del paciente a cualquier intervención sobre su persona es algo inherente, entre otros, a su derecho fundamental a la integridad física, a la facultad que éste supone de impedir toda intervención no consentida sobre el propio cuerpo, que no puede verse limitada de manera injustificada como consecuencia de una situación de enfermedad. Se trata de una facultad de autodeterminación que legitima al paciente, en uso de su autonomía de la voluntad, para decidir libremente sobre las medidas terapéuticas y tratamientos que puedan afectar a su integridad, escogiendo entre las distintas posibilidades, consintiendo su práctica o rechazándolas”

En suma, la omisión o práctica defectuosa del consentimiento informado puede suponer una lesión del propio derecho fundamental a la integridad.

Dicha información es, pues, necesaria para toda actuación en el ámbito de la sanidad, comprendiendo, por lo tanto, todo proceder realizado con fines preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores o de investigación. Ello es así porque el paciente tiene derecho a que se le dé, en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.

Este criterio tiene su génesis en el Derecho privado, donde el consentimiento informado equivale a una cláusula, voluntaria y genérica, de exoneración de responsabilidad, aceptada por el paciente.

En principio, el mismo significado ha de otorgarse al consentimiento informado en el marco de la responsabilidad patrimonial de la Administración pública. En tal campo, el presupuesto de este criterio es el de la existencia de una obligación prestacional (que aquí no deriva de un contrato sino de una relación jurídico pública), y equivale a una cláusula, voluntaria y genérica, de exoneración de dicha responsabilidad, por la cual el paciente asume los riesgos típicos de los que fue informado, de modo que, entonces, ha de entenderse que éste tiene el deber jurídico de soportar el daño en materia de responsabilidad sanitaria de la Administración, sino, como hemos señalado en otros dictámenes, que surge para el mismo la imposibilidad de imputar a la Administración el daño producido.

Esta cláusula tiene mayor alcance práctico que en el Derecho privado, porque la Administración pública no responde por culpa, sino objetivamente y, entonces, si no fuera por ella, deberá responder incluso habiendo cumplido escrupulosamente con su obligación prestacional que, en todo caso, es de medios y no de resultados.

Por ello, hemos recapitulado en otros dictámenes (cfr. por ejemplo, D.18/10 y D.40/15, D.43/16, y el ya citado D.23/20, entre otros), a propósito del consentimiento informado, que esta figura opera como criterio negativo de imputación objetiva cuando el paciente ha sido informado de los riesgos que presenta el tratamiento o la intervención que se propone, presta su consentimiento a estos y, finalmente, adviene un daño de cuya eventual producción fue informado en su momento.

Pero también hemos recordado reiteradamente (cfr. dictámenes D.15/05, D.55/05, D.86/05, D.89/07, D.40/15 y D.23/20) que el hecho de que conste por escrito la existencia del consentimiento informado prestado por el paciente puede no constituir, en ciertos casos, una causa de exoneración de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, pues el consentimiento informado no puede operar como una especie de salvoconducto que legitime todo evento dañoso ulterior.

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. Tal y como se desprende, tanto del escrito de reclamación inicial, como del presentado en fase de alegaciones, los **motivos de la petición indemnizatoria que formula el interesado** ante la Administración, son los siguientes:

A) La esposa del solicitante no estaba siendo tratada como una paciente terminal, y existían opciones terapéuticas para incrementar su esperanza de vida, *“toda vez que existían tratamientos específicos curativos o para retrasar la evolución de la enfermedad”*.

B) La mezcla de medicación suministrada a la paciente ha sido la causa determinante de su fallecimiento, ya que debió ser tratada con otros fármacos menos agresivos, dada su patología de base.

C) Pudo hacerse mucho más por la vida de la paciente en el segundo ingreso, pero se le denegó la atención debida, dándola desde el primer momento por desahuciada y encaminándola a un inexorable final.

2. La **Propuesta de resolución**, de 15-06-20, 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 **cuatro motivos**:

A) El primero consiste en que la asistencia sanitaria prestada a la paciente en la FHC fue correcta y adecuada a la *lex artis*, no habiéndose acreditado, además, que la Administración sanitaria haya incumplido su obligación de proporcionar las concretas prestaciones que, en cada momento, el caso demandó.

B) El segundo estriba en que es un error interpretar la mejoría sintomática experimentada por la paciente como una mejoría del pronóstico de su enfermedad oncológica de base, ya que no cambia en nada el carácter irreversible e incurable de la misma.

C) El tercero es relativo a la participación de los profesionales sanitarios que han intervenido en los procesos de la paciente, tanto en lo que se refiere al diagnóstico, como al tratamiento realizado, incluyendo la administración farmacológica, sin que concurra el más mínimo indicio de *mala praxis* médica.

D) Y, el cuarto y último, atañe a la falta de aportación de prueba suficiente que permita mantener que la actuación de los Facultativos haya sido desatinada, no deduciéndose tal hecho, además, de los informes emitidos en torno a la reclamación, y siendo así que, por el contrario, de los mismos, resulta que la actividad sanitaria de los Servicios públicos fue, en todo momento, correcta. En palabras de la Propuesta, se hace *“necesario recordar que la carga de probar la existencia de un nexo causal entre el daño sufrido y la actuación de la Administración o de uno de sus agentes recae sobre el reclamante, siendo éste el que, al menos, debe aportar un principio de prueba que permita mantener que el daño es consecuencia del funcionamiento del servicio público”*.

3. Partiendo de la totalidad del material probatorio (fundamentalmente, informes médicos) integrado en el expediente, y a falta de una prueba pericial de parte que contradiga, matice o cuestione las conclusiones a las que han llegado los Facultativos que han conocido del proceso de la paciente, cabe **dar respuesta** a las extensas alegaciones formuladas por quien reclama, del siguiente modo:

A) Respecto a la primera cuestión planteada, destaca que, a pesar de su insistencia en recalcar **que la paciente no se encontraba en fase terminal**, la grave enfermedad que ésta padecía no tenía tratamiento curativo o con capacidad de retrasar la evolución, presentando la misma un cáncer de recto en estadio IV (recidiva precoz en colon, metástasis hepática y carcinomatosis peritoneal), que, como contempla el informe de la Inspección médica, es el estadio más severo y de peor pronóstico, de acuerdo con la clasificación TNM (la letra “T” hace referencia al tamaño del tumor, a la extensión a los tejidos adyacentes y al grosor del mismo; la letra “N”, a su extensión a los ganglios linfáticos; y la letra “M” a la extensión a órganos distantes del tejido primario, las metástasis), cuyo tratamiento motivó que la paciente, en el mes de julio de 2018, fuera derivada por el Servicio de Oncología del HSP a la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP), para atención y seguimiento del proceso, *“cumpliéndose los criterios establecidos por las correspondientes Sociedades científicas en cuanto a enfermedad en fase terminal”*, como señala la propia Inspección médica, la cual también añade que *“la evolución de la paciente fue desfavorable, precisando sucesivos ingresos hospitalarios encaminados a atender complicaciones derivadas de su enfermedad oncológica, como el tromboembolismo pulmonar, así como las derivadas del cáncer colorrectal que padecía, cuadros de obstrucción intestinal y sangrado. Acompañándose dichos episodios de un progresivo deterioro de su estado general, pasando de un estado funcional ECOG 2 el 20-06-18 a ECOG 4 el 03-08-18. Dicha evolución puede considerarse esperable y coherente con el diagnóstico, estadiaje tumoral y pronóstico de la paciente. Desde el momento de la verificación de recidiva local del cáncer de recto en el hospital Clínico Universitario de Zaragoza en mayo de 2.018 el tratamiento que se indicó fue conservador, criterio que se mantuvo, al abordar las sucesivas complicaciones presentadas por la paciente desde entonces hasta su fallecimiento el día 27-08-18”*. Se trataba, en definitiva, de una situación clínica irreversible e incurable.

A mayor abundamiento, consta en el expediente que, en visita domiciliaria de 03-08-18, del Servicio de Oncología, se constata que *“la paciente está muy debilitada y precisa ayuda para todas las actividades de la vida diaria”*; y, en otra visita, de 21-08-18, se advierte que *“persiste debilidad generalizada (aunque en menor medida) y precisa ayuda para todas las actividades de la vida diaria”*, no debiendo olvidarse que el objetivo de la atención médica, en estos casos, es el de *cuidar* al enfermo, ya que no es posible *curar* sus patologías, por lo que se trata de proporcionar la máxima calidad de vida hasta que acontezca el fallecimiento.

B) En cuanto a los **efectos (fatales según el reclamante) de los distintos fármacos proporcionados a la paciente** en los días anteriores a su óbito, el informe de la consultora médica *P* mantiene, en referencia al medicamento *Trigón Depot*, que, *“en la reclamación presentada, se hace una interpretación incompleta del prospecto donde se indica que este medicamento debe usarse con precaución en pacientes con ciertas enfermedades, como la úlcera péptica activa o latente y oclusión de un vaso por un trombo (antecedentes ambos presentes en esta paciente). Sobra recalcar que usar con precaución no significa que estuviese contraindicado y, menos aún, en una paciente con carácter paliativo”*; y afirma, sobre este punto, que, *“incluso en una persona con un antecedente de úlcera, la administración de Trigón no está contraindicada”*.

Y, en cuanto a dicha aplicación de *Trigón Depot* el día 23-08-2018, en la posible génesis del episodio de sangrado que sufrió la paciente el día 26-08-2018, la Inspección médica concluye que *“cabe destacar que se trató de una administración en dosis única, que se administró de acuerdo con las indicaciones recogidas por la AEMPS, no estando contraindicado, ni existiendo interacción registrada con la enoxaparina sódica que se le estaba administrando. Por otra parte, la paciente ya se encontraba en tratamiento con corticoides (dexametasona) de forma continuada y perfectamente indicada, para tratar sintomatología derivada de su enfermedad oncológica”*.

Verificado lo anterior, este Consejo Consultivo, a salvo de ulterior prueba técnica que acredite la concurrencia de error en el tratamiento farmacológico de que fue objeto la paciente, no puede sino compartir los términos en que se han manifestado los Facultativos que han conocido del caso.

C) En relación a la **atención dispensada a la paciente** durante los días 26 y 27-08-18 (en las últimas horas de su vida), figuran en el expediente, entre las numerosas notas asistenciales emitidas por los profesionales sanitarios, las siguientes:

i) 26-08-18, 03:51 h. *Juicio clínico: Hemorragia digestiva en paciente con adenocarcinoma de recto estadio IV. Cuidados paliativos. Evolución médica HOS: informada familia, se muestran de acuerdo con manejo paliativo y ver evolución. Hemotrasfundida. Ingresada en planta, acompañada y tranquila tras administración de mórfo 7,5 mg de midazolam y buscapina (Dra. M.R.);*

ii) 26-08-18, 03:54 h. *Diagnóstico: Mujer de 72 años que ingresa acompañada desde Urgencias para cuidados paliativos. Dependiente total en el momento actual. Bajo nivel de consciencia. (...) Se administra tratamiento pautado + rescate por dificultad respiratoria: 0.3 morf + 2.5 midazolam (Dra. S.G.);*

iii) 26-08-18, 10:41 h. *Hablo con la familia e informo de situación de la paciente. Suspendo por el momento pauta de midazolam. Intensifico tratamiento con morfina a demanda (Dr. N.S.);*

iv) 26-08-18, 13:32 h. *Observaciones Enfermería: Se administra a las 09:00 h. Midazolam 2.5 iv, según pauta en Selene por inquietud y malestar de la paciente. A las 10:00 h., cl. mórfico 0.3 amp. iv por dolor y trabajo respiratorio. MG informa a familiares sobre la situación. Se suspende Midazolam y se mantiene cl. mórfico 0.3 C/4h. Tras la dosis de mórfico de las 10:00 h. queda más tranquila. (...) Hija solicita hablar con. MG. Se decide esperar sin mórficos y administrar Paracetamol en caso de dolor y fiebre. (...) Se administra Paracetamol iv a las 16:00 h. por dolor abd. Se canaliza 2ª VP para hemotrasfusión. (...) Se cursa petición de TAC. (...) Sigue con sudoraciones a pesar del paracetamol (Sra. A.G.);*

v) 26-08-18, 16:36 h. *Evolución médica HOS: La familia quiere que se realicen más pruebas diagnósticas a la paciente y no desea sedación en el momento actual. Paciente consciente, orientada, palidez mucocutánea. Eupnéica en reposo. (...) Explico a la familia situación de la paciente y actitud que vamos a seguir. Solicito 1 CH para hoy. Solicito TAC abdominal con contraste. Solicito analítica de control para mañana. Ajusto tratamiento (Dr. N.S.);*

vi) 26-08-18, 22:59 h. *Observaciones enfermería: Avisa por dolor, se administra paracetamol. (...) No cede dolor abdominal, pide mórfico en dos ocasiones, administro 1/3 de amp. en cada uno. (...) Avisa marido por sangrado en colostomía, se cambia y aparece sangrado franco, contaje imposible, consultar a MD, se administra anchafibrin 1 amp. iv. (...) Tras control del sangrado y secado de la zona, dejamos bolsa de urostomía con grifo conectada a bolsa evacuatora para contaje y evitar el impacto para la paciente y familia (Sra. S.G.);*

vii) 27-08-18, 03:45 h. *Evolución médica HOS: Avisan por sangrado con cambios de colostomía y deposiciones sanguinolentas. Hemodinámicamente estable. Persiste molestia abdominal por la que ha precisado rescates de morfina a lo largo del día. Administramos anchafibrin IV ahora (Dr. N.S.); y*

viii) 27-08-18, 09:50 h. *Evolución médica HOS: Avisan por fallecimiento. Objetivo la ausencia de signos vitales. Éxito a las 09:45 h. Síndrome de disfunción multiorgánica en paciente con neoplasia diseminada (Dr. N.M).*

De cuanto ha quedado expuesto, no es dable colegir que la paciente no se encontrara al final de su enfermedad, o que estuviese desasistida, o que “*se le encaminara desde el primer instante a un inexorable final*”, como asevera el reclamante, cuyo dolor y zozobra es más que comprensible, sino -más bien- que es razonable considerar que los cuidados proporcionados a la paciente fueron adecuados a su situación clínica, caracterizada por un grave deterioro, con síntomas de grave afectación (dolor de difícil manejo, anuria, disnea), estando encaminados a aliviar sus síntomas. Así, se administró analgesia proporcionada y acorde incluso con los deseos de la propia paciente y su familia, hemo-transfusiones y terapias orientadas a controlar el sangrado, se realizaron pruebas diagnósticas de control,

atendiendo asimismo al expreso deseo de la familia, que en todo momento se mantuvo informada de la evolución, pronóstico de la paciente y alternativas terapéuticas, como concluye el informe de la Inspección médica.

En el mismo sentido, consigna el informe de la Inspección médica que, en estos casos, y de acuerdo con la *Guía de cuidados paliativos de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos* y con la *Guía sobre Práctica clínica de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud*, el objetivo fundamental es evitar el llamado “*encarnizamiento terapéutico*”, definido como la obstinación innecesaria en prácticas diagnósticas y terapéuticas inútiles, desplazamientos injustificados a los Servicios de urgencias hospitalarios, que sólo consiguen aumentar el sufrimiento y el disconfort del enfermo, así como que, “*en la fase terminal de una enfermedad, la atención se centra en proporcionar al paciente bienestar, atención integral al enfermo y su familia, con especial atención al apoyo emocional y la comunicación y el control de los síntomas*”.

4. Es por ello por lo que este Consejo Consultivo **comparte las conclusiones alcanzadas en la Propuesta de resolución**, por cuanto, efectivamente, tal y como señalan tanto los Facultativos que han conocido de los procesos mórbidos de la esposa del reclamante, como los informes de P. de la Inspección médica, tras el correspondiente diagnóstico, seguimiento y evolución del cuadro clínico de la paciente, las sucesivas intervenciones llevadas a cabo por el Servicio Público de Salud, fueron realizadas de forma correcta y adecuada.

5. El caso dictaminado reúne, a juicio del reclamante, los elementos necesarios para considerar que se ha producido una **pérdida de oportunidad** en el curso del proceso de la paciente, “*por no realizar ninguna prueba de diagnóstico ni aplicar ningún tratamiento terapéutico a la paciente, a la que, simplemente, se dejó morir*”.

Como indica la STS, 3ª, de 2 de enero de 2012 (también invocada nuestros D.38/12, D.3/14 y D.13/15) y, en el mismo sentido, STS, 3ª, de 3 de diciembre de 2012 (citada en nuestro D.22/17):

“Podemos recordar la reciente Sentencia de esta Sala y Sección de 27e de septiembre de 2011 (R. Cas 6280/2009), en la que se define la doctrina de la pérdida de oportunidad, recordando otras anteriores: Como hemos dicho en la Sentencia de 24 de noviembre de 2009 (R. Cas.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 ...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”

Este Consejo Consultivo, en base a las mismas razones que han quedado expuestas en el anterior ordinal, considera que, en el caso sometido a dictamen **no concurren** los requisitos necesarios para mantener que, con la actuación de los profesionales sanitarios de la FHC, se ha privado a la paciente de una posible curación de sus dolencias o, en su caso, de un período más prolongado de vida.

A mayor abundamiento, como recuerda nuestro D.36/12, incluso *“en la hipótesis que consideramos, en la que el daño es sólo moral y consiste en una pérdida de oportunidades, no de curación, sino de un período más prolongado de vida, la disconformidad con la lex artis carece de relevancia jurídica alguna cuando entre ésta y dicho daño moral no pueda apreciarse que exista relación de causalidad”*.

Y esto es, a nuestro juicio, lo que ocurre en este caso, en el que, aunque -en simple hipótesis- la realización a la paciente de más pruebas -además de las que se practicaron- no hubiera supuesto una *“pérdida de oportunidades”*, ni de curación, ni de prolongación de su vida, pues -lamentablemente- el resultado hubiera sido el mismo, careciendo la atención prestada de relevancia alguna en la relación de causalidad en sentido estricto, pues el resultado dañoso se explica de modo exclusivo por la gravísima patología que aquella sufría, constituyendo, como expresa la Propuesta de resolución, *“un error interpretar”* la mejoría sintomática, que había experimentado la paciente semanas antes de su último ingreso, *“como una mejoría del pronóstico de su enfermedad oncológica de base ya que no cambia en nada el carácter irreversible e incurable de la misma”*.

6. Finalmente, y agotando ya las posibilidades de razonamiento que ofrece el presente caso, si lo que el reclamante entiende es que, con la intervención de los profesionales sanitarios de la FHC, se ha producido un perjuicio excesivo, ha de recordarse que la doctrina del llamado ***daño desproporcionado***, entendido como daño anormal, insólito e inusual en comparación con el resultado que sería previsible que se produjera (D.16/14), aplicada por el Tribunal Supremo en reiteradas ocasiones a aquellos casos en que los actos médicos producen un resultado anormal e inusualmente grave y desproporcionado en relación con los padecimientos que se trata de atender, **no resulta de aplicación** al caso dictaminado, por cuanto dicha doctrina tan solo puede ser proyectada cuando nos encontramos ante riesgos inusualmente graves, no previstos y no explicables en la esfera de la actuación profesional, circunstancia que, este caso, no concurre.

7. En definitiva, a la vista de la prueba practicada en el seno del expediente de responsabilidad patrimonial -y sin perjuicio de la que el solicitante pueda aportar en otras

instancias-, no hay elementos probatorios que obliguen a concluir que la Administración sanitaria obrara contra la *lex artis*.

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.

EL PRESIDENTE DEL CONSEJO CONSULTIVO

Joaquín Espert y Pérez-Caballero