

En Logroño, a 5 de mayo de 2021, 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. Jose M^a Cid Monreal, emite, por unanimidad, el siguiente:

DICTAMEN

23/21

Correspondiente a la consulta formulada por la Excma. Sra. Consejera de Salud y Portavocía del Gobierno de La Rioja, sobre la *Reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, formulada por D^a A.O.L. y D^a R.E.A.O, por los daños y perjuicios que entienden causados por el fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, D. R.A.G, a consecuencia de una hemorragia digestiva en el contexto de un carcinoma hepático; y que valoran en 178.775,89 euros.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

1. En fecha 28 de enero de 2020, tiene su entrada en Servicio Riojano de Salud del Gobierno de La Rioja (SERIS), un escrito de reclamación de daños y perjuicios por responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, presentado, el 23 de enero de ese año, ante una Oficina de registro de la Junta de Castilla y León, por las interesadas antes expresadas. De su contenido y del resto de documentos del expediente, se desprende el siguiente relato de hechos:

-Las comparecientes lo hacen en calidad de perjudicadas y legítimas herederas de su esposo y padre, respectivamente, (el paciente antes expresado), fallecido el día 07/02/2019, a la edad de 56 años.

-Entre los antecedentes (de dicho paciente) cabe destacar que era portador del virus de Hepatitis C, con tratamiento antiviral sin resultado, y EPOC severo escala Gold 4. Ante el fracaso de los tratamientos antivirales, en 2012 abandonó el mismo, siguiendo controles periódicos con su Médico de atención primaria (MAP).

-En el mes de enero de 2018, tras realizar análisis de control, (el paciente) es derivado por su MAP al Servicio de (Aparato) Digestivo para valorar un posible tratamiento de su hepatitis C con nuevos antivirales con carácter preferente.

-El día 16 de enero de 2018, en consulta con (el Servicio de Aparato) Digestivo del Hospital Fundación de Calahorra (HFC), se efectuó una ecografía en la que se detectó un pequeño nódulo en el sector V. Los resultados de esta ecografía fueron informados al paciente el día 1 de marzo de 2018, indicándole la necesidad de realizar TAC toraco-abdominopélvico con contraste para completar el estudio. Dicho TAC se realizó de forma urgente el día 8 de marzo, y, el día 20 de marzo de 2018, se informa al paciente el resultado.

-El TAC describe una masa pulmonar apical en pulmón derecho, sugerente de neoplasia primaria, además de otros micro-nódulos pulmonares inespecíficos. Y en abdomen un nódulo de 29x26 mm en segmento V, con imagen típica de hepato-carcinoma de 26x29 mm.

-A la vista de los hallazgos se remite al paciente al Servicio de Neumología, para estudiar la masa pulmonar con carácter preferente al nódulo hepático, al ser sugestiva de neoplasia de pulmón. Al paciente no se le indicó ningún tipo de tratamiento del hepatocarcinoma del que también informaba el TAC.

-El día 22 de marzo de 2018, el paciente es visto en el Servicio de Neumología del HFC, donde se solicitó la realización de PET y fibro-broncoscopia.

-La fibro-broncoscopia se realizó el día 23 de marzo de 2018, informando de proceso infeccioso, por el que se pautó al paciente tratamiento antibiótico.

-El día 11 de abril de 2018, tras realizar PET-TAC, se descartó que se tratara de una neoplasia, y es catalogado como una tuberculemia. Este resultado es informado al paciente en consulta realizada el día 12 de abril de 2018, indicándole control radiológico periódico de la lesión pulmonar.

-El paciente preguntó al Neumólogo por el hepato-carcinoma detectado por (el Servicio de Aparato) Digestivo, del que no había vuelto a tener noticias. El Dr. confirmó al paciente que no había sido informado del asunto, y que tampoco se había puesto en contacto con él para coordinar posibles tratamientos.

-Los controles radiológicos realizados por el Servicio de Neumología en fechas 05/06/2018 y 11/09/2018 no mostraron cambios respecto de los estudios previos, manteniendo misma actitud ante los signos de malignidad de la lesión.

-A primeros de mayo de 2018, la Dra. Se puso en contacto con el paciente, para informarle de que se le iba a derivar al Hospital Marqués de Valdecilla de Santander (HMV), para proponer su candidatura para trasplante, tras haberse descartado el tumor en el pulmón. Le extrañó la propuesta tan radical de trasplante de hígado, de la que nunca le habían hablado hasta ese momento, puesto que siempre se comentó una cirugía de resección del tumor.

-Ante la falta de noticias, el día 9 de mayo de 2018 el paciente decide buscar una segunda opinión y acude a un Médico privado, quien realiza una nueva ecografía y le indica que el tumor ha crecido, comparado con el estudio previo del mes de enero, pero que todavía es tratable mediante cirugía, recomendando al paciente que contacte con su Médico de (Aparato) Digestivo para realizar tratamiento que, desde el diagnóstico inicial, el paciente no ha recibido ningún tratamiento para dicho tumor.

-(El paciente) contactó con la Dra. para informar del resultado de la ecografía realizada en el Centro privado. Ésta solo pudo informar a su paciente de la ausencia por el momento de respuesta por parte del Hospital de Santander; sin ofrecer ninguna otra alternativa al paciente, salvo esperar. Todo ello sin haber instaurado ningún tratamiento médico desde el diagnóstico del hepatocarcinoma realizado en el mes de marzo, y tras haberse confirmado el crecimiento del tumor en la ecografía realizada por su cuenta el propio paciente.

-Ya a primeros de junio, la Dra. les confirma que (el HMV de) Santander ha denegado el trasplante de hígado por el momento, bajo el pretexto del antecedente de EPOC del paciente y la falta de confirmación del diagnóstico que descartó el posible cáncer de pulmón, a la espera de nuevo control evolutivo pasados 6 meses para poder descartar definitivamente malignidad.

*-A la vista de esta respuesta, la Dra. decide no esperar ante el crecimiento del tumor, y propone al paciente realizar una ablación por microondas del mismo, la cual se efectúa el día 12 de julio, **cuatro** meses después del diagnóstico de hepato-carcinoma. La intervención cursó sin incidencia; y, una semana más tarde, el paciente hace vida normal. El informe anatómo-patológico de biopsia informó de hepato-carcinoma moderadamente diferenciado.*

-En septiembre de 2018, tras TAC el día 30 de agosto, informa de la presencia de tejido tumoral residual, por lo que es necesario reintervenir. Esta vez mediante quimio-embolización.

-El 15 de octubre de 2018 tuvo lugar la intervención, después de que el paciente cursara queja ante el Servicio de Atención al Paciente, puesto que el día 1 de octubre de 2018 seguía sin tener noticias del Servicio de Radiología Intervencionista que debía realizar la embolización.

-En revisión realizada en el mes de diciembre, nuevamente se informa de la presencia de tejido tumoral residual según imagen de TAC realizado el día 22 de noviembre de 2018, por lo que será necesario realizar la quimio-embolización.

-Esta segunda quimio-embolización se realiza el día 20 de enero de 2019. Durante la cirugía, se produjo un pequeño sangrado que se corrige durante el mismo acto quirúrgico. El paciente es dado de alta a los dos días. Sin embargo, pasado una semana desde la intervención, el paciente no termina de recuperarse por completo: tiene el vientre hinchado, con presencia de sangre en heces e, incluso, en la boca.

-Se avisó al Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Cervera del Río Alhama el sábado 26 de enero, informando de tal motivo. La Médico de guardia consideró oportuno derivar al paciente al Hospital para un examen completo.

-La semana siguiente, el paciente continúa con el vientre muy hinchado, así como también los pies; por lo que, el día 5 de febrero de 2019, llamó a la consulta de la Dra. para informar de estos síntomas, quien no atendió directamente la llamada, sino que declinó tal tarea en la Enfermera, quien le respondió que era "normal" tras la intervención, pautándole la toma de diuréticos para bajar la hinchazón en las extremidades.

-Sin embargo, durante la madrugada del 5 al 6 de febrero, (el paciente) comenzó con un cuadro de vómitos y deposiciones diarreicas, con un fuerte dolor en la zona lumbar. Sobre las 4.00h, su esposa llamó al Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Cervera del Río Alhama, acudiendo al domicilio un Dr., quien le diagnóstico de gastroenteritis y le administró Nolotil para calmar el dolor lumbar.

-Sobre las 9.00h del día 6 de febrero de 2019, (el paciente) presentó vómito con abundante sangre color café, por lo que, avisado el Servicio de Urgencias del Centro de Salud, se facilitó una ambulancia para el traslado del paciente al Hospital San Pedro de Logroño, donde ingresó en el Servicio de Urgencias alrededor de las 11.00h.

-A su llegada, se realizó analítica, que informa de leve anemia, por lo que decidieron dar el alta al paciente. La analítica arroja los siguientes resultados: i) Hematíes: 6.65 (4.5-6); ii) Hemoglobina: 9.00 (13.5-17.5); iii) Hematocrito: 25.8 (41-53); y iv) Plaquetas: 135 (150-425). Estos resultados, fuera del rango de normalidad, son indicativos de anemia.

-Pero, estando a la espera de dicha alta, el paciente hace dos nuevos vómitos hemorrágicos profusos, por lo que es conducido de forma urgente para realizar gastroscopia. Dicha prueba se realizó en torno a las 13.00h del día 6 de febrero de 2019, y evidenció hemorragia digestiva alta, con abundantes restos hemáticos frescos en esófago desde la boca, colocándose bandas sobre varices esofágicas grandes para control del sangrado, sin que se llegara a identificar el punto de sangrado.

-El Médico (del Servicio) de Urgencias informó a la familia que, debido a la gran pérdida de sangre sufrida, sería necesario transfundir esa misma tarde para reponer lo perdido, realizando al paciente pruebas cruzadas.

-(El paciente) quedó en un box (del Servicio) Urgencias, a la espera de ser trasladado a planta (del Servicio de Aparato) Digestivo. No acudió ningún Médico para valorar al paciente hasta la madrugada del día 7 de febrero. Tampoco se ordenó transfusión al paciente.

- (El paciente) estaba muy desorientado, adormilado. Las Enfermeras (del Servicio) de Urgencias lo atribuyen a la sedación para la gastroscopia. Pero en ningún momento se avisó al Médico de guardia para que examinase al paciente. Tras requerir insistentemente la familia la presencia del Médico, en la madrugada del día 7 de febrero aparece un Médico, quien, tras comprobar a la exploración (que el paciente) tiene tendencia al sueño, que es poco colaborador, que está desorientado en espacio y que presente taquicardia, no adopta ninguna actitud terapéutica.

-El Médico informa a la familia de que, aunque el sangrado por varices esofágicas es una complicación grave del tipo de cirugía que se había realizado al paciente, en ese momento (el paciente se encontraba) estable y que la situación revertiría.

-Sin embargo, apenas unos minutos más tarde, vuelve este mismo Médico con el resultado de los análisis realizados ese mismo día 7 de febrero por la mañana, y entonces el argumento es muy distinto: el estado del paciente es **crítico** y precisa transfusiones de forma inmediata.

-Los resultados de la analítica son claramente críticos, muestran una **anemia severa**, muy evolucionada desde el análisis realizada a su ingreso en Urgencias: i) Hematíes 1.61 (4.5-6); ii) Hemoglobina: 5.5 (13.5-17.5); y iii) Hematocrito: 16.6 (41-53). En gasometría realizada, (se) informa de un PH de 7.28 y exceso de base de -9.8. El paciente entra en coma.

-Rápidamente se llevaron (al paciente) para realizar enema para limpiar la sangre detenida, pero todo es inútil y el paciente fallece a las 16.50h del día 7 de febrero de 2019, con fallo renal y multi-orgánico.

-El certificado médico de defunción informa, como causa inmediata de la muerte, fracaso multi-orgánico, siendo causas intermedias de hemorragia digestiva alta y anemia grave; y, como causa fundamental o inicial, el hepato-carcinoma.

2. El escrito de reclamación **concluye** afirmando que “el *hepato-carcinoma no tratado* durante meses llevó a una complicación postquirúrgica (*hemorragia digestiva alta*) y sus complicaciones asociada (*anemia severa y fallo renal*), que **no fueron adecuadamente atendidas** y, finalmente, llevaron al fallecimiento del paciente”.

3. Respecto a la **cuantía** reclamada, el referido escrito señala que “con estas circunstancias, aplicando el Baremo contenido en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, obtenemos la siguiente indemnización”: i) (para la cónyuge del paciente): 152.491,04 euros; ii) (para la hija del paciente) 26.284,85 euros; iii) **total 178.775,89 euros**.

4. Con el escrito de reclamación, se **adjunta** diversa información médica relativa a la atención dispensada, así como otra documentación para acreditar el parentesco de las reclamantes con el fallecido.

Segundo

En fecha 4 de febrero de 2020, se dicta Resolución por la que se tiene por iniciado el procedimiento general de responsabilidad patrimonial, se nombra Instructor del mismo y se comunica a las reclamantes diversa información relativa a su instrucción.

Tercero

El mismo día, se requiere a la Dirección del Área de Salud de La Rioja Hospital *San Pedro*, así como al Director Gerente de la Fundación Hospital de Calahorra, cuantos antecedentes existan de la atención prestada al paciente y la historia clínica del mismo, en lo relativo a la asistencia objeto de la reclamación, en particular el informe de los Facultativos que le atendieron sobre la asistencia dispensada.

La citada documentación consta a continuación en el expediente administrativo.

Cuarto

En fecha 14 de julio de 2020, se reclama a la Inspección médica su informe. Posteriormente en fecha 17 de agosto las reclamantes interesan impulso procesal del expediente, así como copia de lo actuado, comunicándoseles, en fecha 26 de agosto, que se está a la espera de la recepción de informe pericial y de la Inspección médica.

Quinto

A continuación, obra en el expediente, el **informe pericial de la Consultora médica P.**, realizado a instancia de la Aseguradora de la responsabilidad civil del SERIS, cuyas **conclusiones** son las siguientes:

-La cirrosis hepática descompensada, es una enfermedad incurable y mortal a corto plazo, progresiva e irreversible, con escasa o nula respuesta al tratamiento, con una mala calidad de vida y que presenta un bajo porcentaje de supervivencia al año.

-En muchas ocasiones, el pronóstico infausto de los pacientes con hepatocarcinoma sobre un hígado cirrótico, viene determinado más por la propia enfermedad hepática y el desarrollo de complicaciones secundarias a la misma que por la propia evolución de la enfermedad tumoral en sí.

-Las indicaciones y contraindicaciones para la inclusión en lista de espera de trasplante de un paciente o la resección de lesiones hepáticas malignas con intención curativa, han variado en el tiempo de forma muy importante, pero los principales criterios que debemos valorar son la presencia de contraindicaciones y/o factores de riesgo para la cirugía (presentes en el paciente por su elevadísimo riesgo quirúrgico).

-Conclusion final: *La revisión exhaustiva de la historia clínica (del paciente) indica que todas las actuaciones realizadas por los profesionales sanitarios del Servicio de salud riojano siguieron las indicaciones recomendadas por la evidencia científica y se ajustaron en todo momento a la **lex artis ad hoc**.*

Sexto

Posteriormente, consta el **informe de la Inspección médica** de fecha 30 de octubre de 2020, cuyas conclusiones son las siguientes:

1/ En el momento de iniciarse el proceso asistencial que da lugar a la reclamación de responsabilidad patrimonial (enero de 2018) el paciente presentaba antecedentes de una hepatopatía por virus de la hepatitis C de años de evolución. Fue tratado con Interferón y posteriormente Interferón y Ribavirina, sin conseguir negativización de la carga viral. Permaneció sin control médico, por motivos que se desconocen, durante años. Se reanudó el seguimiento de la enfermedad hepática en el año 2012 en el Servicio de Digestivo del Hospital Fundación de Calahorra y, como consta en la nota clínica de 16-01-2018, de su Médico de Atención Primaria, el paciente dejó los controles en la Fundación Hospital de Calahorra ese mismo año 2012.

2/ Retomado el seguimiento de la hepatopatía por el Servicio de Digestivo del Hospital San Pedro en enero de 2018, mediante ecografía abdominal, se identificó una LOE de unos 30 x 30 x 25 mm, en el segmento hepático V, el fibroscan realizado demostró un resultado compatible con máxima fibrosis o cirrosis; mediante TAC se diagnosticó hepatomegalia con alteraciones del contorno en relación con hepatopatía crónica cirrótica, nódulo de 29 x 26 mm en segmento V, sugestivo de hepato-carcinoma, y una masa pulmonar apical derecha sugerente de neoplasia. En resumen, se trataba de la evolución natural de una hepatopatía por virus C que, por motivos que no puede demostrarse que sean atribuibles al Servicio público de salud, se había mantenido sin control ni tratamiento durante años.

3/ Considerando la letalidad del cáncer de pulmón y la vinculación de su pronóstico y opciones de tratamiento con el estadio del mismo, la actuación médica prioritaria, orientada a preservar la vida del paciente en dichas circunstancias, era dar los pasos precisos para diagnosticar, estudiar y en su caso, tratar la patología neoplástica a nivel pulmonar. Dicho proceso se llevó a cabo sin demora, realizando la Dra. S. las actuaciones oportunas de cara a estar puntualmente informada al respecto.

4/ Descartada malignidad del nódulo pulmonar, queda constatado en la historia clínica a través de las notas clínicas, peticiones de pruebas complementarias e informes, que la Dra. S. actuó conforme a los protocolos clínicos, ajustados al estado del paciente, solicitando pruebas diagnósticas, realizando el seguimiento del enfermo y consultando al Centro de referencia en materia de patología hepática de La Rioja con la diligencia exigible. Así, en función de datos clínicos y pruebas complementarias del paciente y siempre ajustándose a la lex artis ad hoc (en este caso al sistema de estratificación Barcelona-Clinic Liver Cancer), con el visto bueno del Centro de referencia (Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Valdecilla) y de acuerdo con el Servicio de Radiología intervencionista del Hospital San Pedro de Logroño, se planteó realizar ablación mediante radiofrecuencia, técnica con intenciones curativas que, de acuerdo con la bibliografía consultada, consigue una supervivencia a los 5 años, de entre el 50 y el 70 de los pacientes. En el 12-07-2018, se realizó ablación, mediante radiofrecuencia, de la lesión tumoral hepática del paciente, puesto que el padecer EPOC en su estadio más severo suponía una contraindicación para el trasplante hepático. La intervención se llevó a cabo con resultados de imagen satisfactorios y sin complicaciones.

5/ En el TAC toraco-abdominal de control que se realizó al paciente el 30-08-2018 se evidenció progresión de la lesión tumoral hepática.

6/ Como se ha expuesto en el apartado de consideraciones científico-técnicas, la ablación por radiofrecuencia presenta una alta recurrencia, a pesar de obtener una respuesta completa inicial, siendo este caso el del paciente.

7/ El 11-09-2018, tras la revisión establecida por el Servicio de Neumología, se decidió seguimiento radiológico del nódulo tumoral identificado en pulmón, dado que no era compatible con una lesión maligna. Seguidamente, fue visto en consulta por la Dra. S. quién explicó al paciente la evolución de su lesión tras la ablación y la procedencia de tratamiento mediante quimio-embolización. Dicho tratamiento fue aceptado por el paciente, el cual firmó el documento de consentimiento informado. En dicho documento, se explica la técnica a la que se va a someter el paciente, los riesgos derivados de la misma y las alternativas, indicando expresamente que “éste procedimiento se usa en los pacientes en los que existen contraindicaciones para la cirugía, bien por la extensión de la enfermedad, bien por las condiciones del paciente”. En ese momento, el paciente no presentaba ninguna de las condiciones clínicas que contraindican la realización de una quimio-embolización hepática. Ni en el protocolo quirúrgico, ni en el evolutivo en planta se recogieron complicaciones derivadas del procedimiento, que se realizó el 11-10-2018.

8/ La evolución fue seguida correctamente, en tiempo y forma, por la Dra. S, ya que, como se indicó por el Servicio de Radiología Intervencionista, solicitó una TAC para el paciente a las 4 semanas de la intervención, para control evolutivo; y, paralelamente, envió, el día 30-10-2018, una nueva consulta, al Servicio de Digestivo del Hospital Marqués de Valdecilla, reclamando, incluso, respuesta a dicha consulta, la cual obtuvo, el 05-12-2018, desestimándose de nuevo la opción de trasplante hepático en base a patología respiratoria grave concomitante.

9/ Dado que el primer procedimiento de quimio-embolización no consiguió la reducción del tamaño del tumor y no siendo posible el trasplante hepático, se propuso una segunda quimio-embolización, opción contemplada en Guías clínicas. El paciente firmó el consentimiento informado y se realizó el

procedimiento y estancia en sala. En planta, presentó buena evolución, manteniéndose hemodinámicamente estable y tolerando ingesta oral. No se ha encontrado referencia al episodio de sangrado al que aluden los reclamantes en su escrito, ni en el protocolo quirúrgico, ni en las notas clínicas de ingreso.

10/ Respecto a la atención domiciliaria que se le prestó el día 27-01-2019 por el equipo de guardia del Centro de Salud de Cervera del Río Alhama, no puede deducirse, de la anamnesis ni de la exploración física del paciente, una situación clínica aguda y grave subsidiaria de derivación al nivel hospitalario (pues): i) el paciente se encontraba caminando a la llegada del equipo sanitario, estable hemodinámicamente; ii) no se evidenciaron signos de sangrado digestivo alto (boca) ni bajo (el paciente refería haber realizado una deposición normal); y iii) refería náuseas sin vómitos y mejoría de la distensión abdominal que presentó en el periodo inmediato post-embolización. La citada sintomatología puede encuadrarse dentro de un síndrome post-embolización, que es un tipo de complicación menor y patognomónica de la quimio-embolización y puede aparecer inmediatamente después o en los 10 días siguientes del procedimiento, es autolimitado y cede con tratamiento conservador.

11/ En la historia clínica del Servicio de (Aparato) Digestivo, no hay referencia a la llamada que los reclamantes indican que se realizó el día 05-02-2019, por lo que no es posible constatar las alteraciones clínicas que el paciente refería. En la historia clínica (del Servicio) de Atención Primaria el día 05-02-2019, su Médico de familia dejó una nota clínica indicando: “han hablado con la Dra S. y le indica que tome Aldactone 25 1cp/24h”; y, en el módulo de prescripción de la HC electrónica, figura una receta de Aldactone 25 mg, realizada por el Médico de Atención Primaria, Dr B, ese mismo día. No es posible deducir, con la información disponible, si el Médico de familia atendió al paciente en presencia física o se trató de una consulta telefónica, ni tampoco la sintomatología que el paciente presentaba y qué motivó la llamada telefónica al Servicio de (Aparato) Digestivo. En cualquier caso, el Médico de familia no recogió signos de alarma en ese momento, ni planteó derivación al nivel hospitalario. Tampoco figura en la historia clínica (del Servicio) de Atención Primaria referencia a episodios de sangrado u otras alteraciones posteriores al procedimiento de quimio-embolización, hasta la mañana del día 06-02-2019.

12/ Respecto a la atención domiciliaria que se le prestó en la madrugada del día 06-02-2019 por el equipo de guardia del Centro de Salud de Cervera del Río Alhama, tampoco es posible identificar signos/síntomas de alarma que aconsejaran derivación del paciente al Servicio de Urgencias hospitalarias; (pues), de acuerdo con el informe del Dr. A.F.O.: i) el paciente refería dolor lumbar, un solo vómito y deposición abundante normal; ii) ni el paciente ni su familia refirieron que hubiera presentado hematemesis y tampoco constató dicho signo a la exploración; y iii) su diagnóstico no fue gastroenteritis, en cuyo caso el tratamiento indicado hubiera sido otro; al paciente, se le administró Metamizol intramuscular, en relación con su queja de dolor lumbar.

13/ En la nota clínica de la historia (del Servicio) de Atención Primaria, escrita por el Dr. B. a las 10.34h del día 06-02-2019, indica “esta mañana: hematemesis...TA 120/65, AC RsCsRs a 100x; no soplos; AP hipoventilación generalizada; abdomen globuloso, con ligero dolor a la palpación profunda difusamente; saturación 95%; fisiológico y remito (al Servicio de) Urgencias; hablo (con la) Coordinadora (del Servicio de) Urgencias para remitir a Logroño”. No consta que el Dr. B. presenciara episodio de hematemesis o signos de haberse producido. Las constantes vitales, TA, FC y auscultación eran compatibles con estabilidad hemodinámica.

14/ El paciente llegó al Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro a las 11:37 h del día 06-02-2019. A su llegada, presentaba estabilidad hemodinámica. Se solicitaron ECG, analítica, en la que destacaban: tiempo de protrombina, 39%; hemoglobina, 9 g/dL (4.5 g/dL inferior a valor mínimo

laboratorio); amonio, 167 microgr/dL(25-94). Se reservaron pruebas cruzadas para transfusión. Se realizó radiología de tórax y abdomen e, inmediatamente, solicitud de gastroscopia, tras presentar la paciente hematemesis en el momento de realizarse dicho estudio. La gastroscopia se realizó entre las 13.30 y las 14:00 aproximadamente (puesto que a las 14:49 se validó el informe de la misma), esto es, dentro del plazo establecido en el protocolo de tratamiento de hemorragia por varices esofágicas (se establece en las primeras 6 horas tras el ingreso si existe sangrado activo). Recibió tratamiento con: 2 Omeprazol IV; Paracetamol 1 gr IV; Ceftriaxona 1 gr IV; Somatostatina, en dosis de carga y perfusión de 3 mg a 21 ml/h

La asistencia que se le prestó en dicho Servicio fue correcta en cuanto a procedimientos diagnósticos, terapéuticos y tiempos inter-asistencias.

15/ Durante su ingreso en la planta (del Servicio de Aparato) Digestivo, el paciente sufrió un deterioro progresivo de su estado general, pese a no haber presentado nuevos episodios de sangrado tras la gastroscopia y colocación de bandas en varices esofágicas. Considerando el estadio evolutivo de su hepatopatía y la historia natural de la cirrosis hepática, dicho deterioro puede encuadrarse en el contexto de descompensación cirrótica, ACLF (acute-on-chronic liver failure), que se caracteriza por una descompensación hepática aguda con el resultado de fallo hepático (ictericina y coagulopatía) uno o más fallos de órganos extrahepáticos y asociada a una alta mortalidad (mortalidad a los 28 días del 22-76% en función de su gravedad). En el caso de este paciente, con cifras de amonio elevadas, grave alteración de la coagulación (tiempo de protrombina 39%), alteración de nivel de conciencia, fallo renal, agravado el cuadro de descompensación aguda por el episodio de hemorragia digestiva aguda, en contexto de varices esofágicas (de acuerdo con la gastroscopia “varios cordones varicosos gruesos que no desaparecen con la insuflación”), (se trata de una) situación que constituye, por sí misma, una emergencia médica, con alta incidencia de complicaciones, alta mortalidad; y cuyo diagnóstico, como ya ha quedado expuesto en el apartado correspondiente, se establece por la presencia de varices con sangrado activo, signos de hemostasia reciente (pezón de fibrina) o sangre en el estómago en ausencia de otras lesiones potencialmente sangrantes, siendo este último el caso del paciente, de acuerdo con el informe de la endoscopia.

16/ El seguimiento, monitorización y tratamientos administrados al paciente durante su ingreso en la planta (del Servicio de Aparato) Digestivo, hasta su éxitus pueden considerarse ajustados a los protocolos de la práctica clínica aceptados para las patologías presentadas por dicho paciente (**lex artis ad hoc**).

17/ Atendiendo a los datos clínicos disponibles y a la literatura científica consultada, no es posible establecer una relación de causalidad entre el tratamiento de quimio-embolización administrado al paciente y su evolución posterior.

Séptimo

En fecha 1 de diciembre de 2020, se notifica a las reclamantes el trámite de audiencia, que no consta haya sido evacuado.

Octavo

En fecha 20 de enero de 2021, se formula 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 cual es informada favorablemente por los Servicios jurídicos en fecha 14 de abril de 2021.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito firmado, enviado y registrado de salida electrónicamente con fecha 15 de abril de 2021, y registrado de entrada en este Consejo el 16 de abril de 2021, la Excm. Sra. titular de la Consejería actuante 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 19 de abril de 2021, 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

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.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el art. 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la Ley 7/2011, de 22 de diciembre, remite a la normativa reguladora de los procedimientos de responsabilidad patrimonial, legislación estatal, para la determinación del carácter preceptivo de los dictámenes. Por aplicación de dicha normativa, 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 178.775,89 euros, nuestro dictamen resulta ser 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 la referida LPAC'15.

Segundo

Sobre la responsabilidad patrimonial de la Administración

1. Como se ha señalado, la presente reclamación de responsabilidad patrimonial fue presentada el 23 de enero de 2020 cuando ya estaban en vigor, desde el 2 de octubre de 2016, tanto la Ley 40/2015, de 1 de octubre, del Sector Público (LSP'15, cfr. su DF 18ª), como la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento administrativo común (LPAC'15, cfr. su DF 7ª); por lo que a dicha reclamación, como a todos los procedimientos iniciados tras la entrada en vigor de la LPAC'15, resultan aplicables las previsiones de la LPAC'15 (según la DT 3ª-a LPAC'15, *a contrario sensu*).

2. Esto dicho, nuestro ordenamiento jurídico (art. 106.2 CE y 32.1 y 34.1 LSP'15 y 65, 67, 81 y 91.2 LPAC'15) reconoce a los particulares el derecho a ser indemnizados de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, entendido como cualquier hecho o actuación enmarcada dentro de la gestión pública, sea lícito o ilícito, siendo necesario para declarar tal responsabilidad que la parte reclamante acredite la efectividad de un daño material, individualizado y evaluable económicamente, que no esté jurídicamente obligado a soportar el administrado y debiendo existir una relación de causa a efecto directa e inmediata, además de suficiente, entre la actuación (acción u omisión) administrativa y el resultado dañoso para que la responsabilidad de éste resulte imputable a la Administración, así, como, finalmente que 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.

3. 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 existencia o no de Responsabilidad en el presente caso

1. 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 arts. 43 y concordantes de la Constitución), por lo que ese deber es *de medios* y *no de resultado* y se cumple, no respondiendo entonces la Administración, cuando la atención prestada ha sido conforme con la denominada *lex artis ad hoc*.

2. La reclamación formulada, considera existente la existencia de responsabilidad patrimonial por los siguientes motivos:

-La **falta de tratamiento inicial** del hepato-carcinoma del paciente, ya que fue diagnosticado en marzo de 2018, pero no se realizó su ablación por radiofrecuencia hasta el 12 de julio, tras evidenciarse un crecimiento del tumor, que llevó a una complicación post-quirúrgica (hemorragia digestiva alta) y a complicaciones asociadas (anemia severa y fallo renal), que no fueron adecuadamente atendidas.

-Tras la segunda quimio-embolización, el paciente sufrió una hemorragia digestiva, que fue **tardíamente diagnosticada**, pues la presencia de sangre en heces debió ser relacionada con sus antecedentes médicos y quirúrgicos; existiendo tres momentos en los que se debió sospechar una posible complicación postquirúrgica: i) el 26 de enero, cuando, dos días después del alta hospitalaria tras la quimio-embolización, el paciente avisó al Médico de urgencias del Centro de Salud para referir sangre en heces y boca; ii) el 5 de febrero, cuando el paciente llamó a la Consulta del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Fundación de Calahorra, para informar de la presencia de sangre en heces y vientre hinchado; y iii) finalmente, en la madrugada del 5 al 6 de febrero, cuando, por tercera vez, el paciente llamó solicitando asistencia médica por la presencia de sangre en heces, a lo que se añade sangre en vómito.

3. Pero todas las anteriores manifestaciones no aparecen sustentadas en ningún elemento probatorio, pues no se ha aportado por las reclamantes ningún informe pericial que pueda servir para fundamentarlas. Por tal motivo y siendo legos en Medicina los miembros de este Consejo Consultivo, debemos atenernos a los informes periciales que obran en el expediente.

A) De esta forma, el **informe pericial de la Consultora médica P**, a propósito de la denunciada **falta de tratamiento inicial** del hepato-carcinoma, señala:

-Que, entre los meses de marzo y mayo del año 2018, el paciente realizó varias pruebas de imagen, entre las que destacan, en cuanto a la lesión hepática, una ecografía abdominal, un TAC y una nueva ecografía abdominal realizada en un Centro privado que se informaba de aumento de la lesión previa. En todo caso, el

estadiaje de la lesión tumoral, así como sus opciones de tratamiento en marzo y mayo del 2018 eran las mismas en este corto espacio de tiempo transcurrido.

-Que los pacientes en una situación hepática, como la del paciente, deben ser evaluados para cirugía, trasplante de hígado o ablación; pero, en el presente caso, la opción quirúrgica no parecía una opción de tratamiento probable, dada su patología grave pulmonar de base, con escasa reserva funcional; y, del mismo modo, la operabilidad para un trasplante hepático era altamente cuestionable. Además, una de las contraindicaciones fundamentales para el trasplante de órganos es la sospecha de enfermedad tumoral activa, motivo por el cual el paciente mantenía seguimiento en consultas del Servicio de Neumología.

-Que, en el contexto del estudio de extensión de la lesión hepática, compatible con un probable hepatocarcinoma, el TAC confirmó la mencionada lesión, datos de hipertensión portal y, como hallazgo radiológico, una masa pulmonar con múltiples nódulos inespecíficos, que sugerían malignidad, por lo que el paciente fue remitido, de forma preferente, a consultas del Servicio de Neumología.

-Que el cáncer de pulmón continúa siendo la primera causa de muerte por cáncer en España en ambos sexos; y el tabaquismo es el principal agente causal relacionado con el cáncer de pulmón.

-Que es muy importante realizar un diagnóstico de extensión y el tipo histológico de cáncer de pulmón para poder realizar una decisión terapéutica correcta; por todo ello, el proceso diagnóstico es muy relevante y a veces requiere de múltiples pruebas diagnósticas. Por lo tanto, el diagnóstico de las lesiones pulmonares del paciente era prioritario, ya que, de todos sus procesos, la presencia de una neoplasia pulmonar condicionaría de forma más dramática su pronóstico.

-Que, por lo que se refiere al tardío diagnóstico de la hemorragia, como ya se ha indicado, la presencia de datos de hipertensión portal y la patología quirúrgica determinaban que la opción terapéutica más recomendable fuese el tratamiento loco-regional con radio-frecuencia, como le fue realizado en julio del 2018.

-Que la falta de respuesta terapéutica al tratamiento loco-regional obligó a una nueva estrategia terapéutica, con tratamiento con quimio-embolización en octubre del 2018, y otra sesión, por persistencia de la lesión, en enero 2020.

-Que, por lo tanto y hasta este momento, no existía el mínimo indicio de haberse infringido la *lex artis*, por parte de los Facultativos que atendieron al paciente.

B) Por lo que se refiere al **diagnóstico tardío** de la hemorragia digestiva debemos reiterar lo indicado en el **informe de la Inspección médica**, cuando señala lo siguiente:

10/ Respecto a la atención domiciliar que se le prestó el día 27-01-2019 por el equipo de guardia del Centro de Salud de Cervera del Río Alhama, no puede deducirse, de la anamnesis ni de la exploración física del paciente, una situación clínica aguda y grave subsidiaria de derivación al nivel hospitalario (pues): i) el paciente se encontraba caminando a la llegada del equipo sanitario, estable hemodinámicamente; ii) no se evidenciaron signos de sangrado digestivo alto (boca) ni bajo (el paciente refería haber realizado una deposición normal); y iii) refería náuseas sin vómitos y mejoría de la distensión abdominal que presentó en el periodo inmediato post-embolización. La citada sintomatología puede encuadrarse dentro de un síndrome post-embolización, que es un tipo de complicación menor y patognomónica de la quimio-embolización y puede aparecer inmediatamente después o en los 10 días siguientes del procedimiento, es autolimitado y cede con tratamiento conservador.

11/ En la historia clínica del Servicio de (Aparato) Digestivo, no hay referencia a la llamada que los reclamantes indican que se realizó el día 05-02-2019, por lo que no es posible constatar las alteraciones clínicas que el paciente refería. En la historia clínica (del Servicio) de Atención Primaria el día 05-02-2019, su Médico de familia dejó una nota clínica indicando: “han hablado con la Dra S. y le indica que tome Aldactone 25 1cp/24h”; y, en el módulo de prescripción de la HC electrónica, figura una receta de Aldactone 25 mg, realizada por el Médico de Atención Primaria, Dr B, ese mismo día. No es posible deducir, con la información disponible, si el Médico de familia atendió al paciente en presencia física o se trató de una consulta telefónica, ni tampoco la sintomatología que el paciente presentaba y qué motivó la llamada telefónica al Servicio de (Aparato) Digestivo. En cualquier caso, el Médico de familia no recogió signos de alarma en ese momento, ni planteó derivación al nivel hospitalario. Tampoco figura en la historia clínica (del Servicio) de Atención Primaria referencia a episodios de sangrado u otras alteraciones posteriores al procedimiento de quimio-embolización, hasta la mañana del día 06-02-2019.

12/ Respecto a la atención domiciliar que se le prestó en la madrugada del día 06-02-2019 por el equipo de guardia del Centro de Salud de Cervera del Río Alhama, tampoco es posible identificar signos/síntomas de alarma que aconsejaran derivación del paciente al Servicio de Urgencias hospitalarias; (pues), de acuerdo con el informe del Dr. A.F.O. :i) el paciente refería dolor lumbar, un solo vómito y deposición abundante normal; ii) ni el paciente ni su familia refirieron que hubiera presentado hematemesis y tampoco constató dicho signo a la exploración; y iii) su diagnóstico no fue gastroenteritis, en cuyo caso el tratamiento indicado hubiera sido otro; al paciente, se le administró Metamizol intramuscular, en relación con su queja de dolor lumbar.

13/ En la nota clínica de la historia (del Servicio) de Atención Primaria, escrita por el Dr. B. a las 10.34h del día 06-02-2019, indica “esta mañana: hematemesis...TA 120/65, AC RsCsRs a 100x; no soplos; AP hipoventilación generalizada; abdomen globuloso, con ligero dolor a la palpación profunda difusamente; saturación 95%; fisiológico y remito (al Servicio de) Urgencias; hablo (con la) Coordinadora (del Servicio de) Urgencias para remitir a Logroño”. No consta que el Dr. B. presenciara episodio de hematemesis o signos de haberse producido. Las constantes vitales, TA, FC y auscultación eran compatibles con estabilidad hemodinámica.

14/ El paciente llegó al Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro a las 11:37 h del día 06-02-2019. A su llegada, presentaba estabilidad hemodinámica. Se solicitaron ECG, analítica, en la que destacaban: tiempo de protrombina, 39%; hemoglobina, 9 g/dL (4.5 g/dL inferior a valor mínimo laboratorio); amonio, 167 microgr/dL(25-94). Se reservaron pruebas cruzadas para transfusión. Se

realizó radiología de tórax y abdomen e, inmediatamente, solicitud de gastroscopia, tras presentar la paciente hematemesis en el momento de realizarse dicho estudio. La gastroscopia se realizó entre las 13.30 y las 14:00 aproximadamente (puesto que a las 14:49 se validó el informe de la misma), esto es, dentro del plazo establecido en el protocolo de tratamiento de hemorragia por varices esofágicas (se establece en las primeras 6 horas tras el ingreso si existe sangrado activo). Recibió tratamiento con: 2 Omeprazol IV; Paracetamol 1 gr IV; Ceftriaxona 1 gr IV; Somatostatina, en dosis de carga y perfusión de 3 mg a 21 ml/h

La asistencia que se le prestó en dicho Servicio fue correcta en cuanto a procedimientos diagnósticos, terapéuticos y tiempos inter-asistencias.

15/ Durante su ingreso en la planta (del Servicio de Aparato) Digestivo, el paciente sufrió un deterioro progresivo de su estado general, pese a no haber presentado nuevos episodios de sangrado tras la gastroscopia y colocación de bandas en varices esofágicas. Considerando el estadio evolutivo de su hepatopatía y la historia natural de la cirrosis hepática, dicho deterioro puede encuadrarse en el contexto de descompensación cirrótica, ACLF (acute-on-chronic liver failure), que se caracteriza por una descompensación hepática aguda con el resultado de fallo hepático (ictericia y coagulopatía) uno o más fallos de órganos extrahepáticos y asociada a una alta mortalidad (mortalidad a los 28 días del 22-76% en función de su gravedad). En el caso de este paciente, con cifras de amonio elevadas, grave alteración de la coagulación (tiempo de protrombina 39%), alteración de nivel de conciencia, fallo renal, agravado el cuadro de descompensación aguda por el episodio de hemorragia digestiva aguda, en contexto de varices esofágicas (de acuerdo con la gastroscopia “varios cordones varicosos gruesos que no desaparecen con la insuflación”), (se trata de una) situación que constituye, por sí misma, una emergencia médica, con alta incidencia de complicaciones, alta mortalidad; y cuyo diagnóstico, como ya ha quedado expuesto en el apartado correspondiente, se establece por la presencia de varices con sangrado activo, signos de hemostasia reciente (pezón de fibrina) o sangre en el estómago en ausencia de otras lesiones potencialmente sangrantes, siendo este último el caso del paciente, de acuerdo con el informe de la endoscopia.

4. Por lo tanto y a juicio de este Consejo Consultivo, y lamentando sinceramente el desgraciado fallecimiento del paciente, lo cierto es que las reclamantes no han aportado prueba alguna en apoyo de sus manifestaciones, mientras que obran en el expediente diversos informes, que por más que puedan calificarse como de parte, desvirtúan las manifestaciones contenidas en el escrito de reclamación, motivo por el que debemos desestimar la misma, sin perjuicio de que en un hipotético procedimiento judicial, pueda aportarse prueba pericial que contrarie lo manifestado por nosotros en el presente dictamen.

CONCLUSIONES

Única

A juicio de este Consejo Consultivo, la presente reclamación debe ser desestimada por falta de probanza de sus fundamentos.

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