

En Logroño, a 7 de junio de 2010, el Consejo Consultivo de La Rioja, reunido en su sede, con asistencia de su Presidente, D. Joaquín Espert Pérez-Caballero, y de los Consejeros D. Antonio Fanlo Loras, D. Pedro de Pablo Contreras, D^a M^a del Carmen Ortiz Lallana, así como del Letrado-Secretario General, D. Ignacio Granado Hijelmo, habiendo excusado su asistencia el Consejero, D. José M^a Cid Monreal y siendo ponente D^a M^a del Carmen Ortiz Lallana, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

53/10

Correspondiente a la consulta formulada por el Excmo. Sr. Consejero de Salud en relación con el *procedimiento administrativo de responsabilidad patrimonial promovido por D. J. N. C. e hijos por los daños, a su juicio, causados al no diagnosticarle a tiempo a D^a J. B. R. una neoplasia gástrica, que causó su fallecimiento.*

ANTECEDENTES DE HECHO

Antecedentes del asunto

Primero

El 21 y 25 de mayo de 2009, tiene entrada en la oficina General del Registro de La Rioja y en la Auxiliar del Registro de Salud, respectivamente, un escrito de D. J. N. C. y tres más, en el que se describe la atención médica recibida por D^a J. B. R. en los diferentes Servicios de Aparato Digestivo, Ginecología y Obstetricia, y Oncología, del Complejo Hospitalario *San Millán- San Pedro*, (págs 1 a 8 del expediente administrativo) y al que se adjunta documentación (págs. 8 a 54).

En él, se pone de relieve que: *“Si el 30 de junio de 2008, tras la práctica de la primea gastroscopia fallida, se hubiera seguido el mismo procedimiento que en el mes de octubre, esto es, si a D^a J. B. se le hubiera puesto a dieta líquida y se le hubiera practicado una segunda gastroscopia, la neoplasia gástrica hubiera sido detectada con cuatro meses de antelación, habiéndole aplicado el correspondiente tratamiento curativo y ofreciendo posibilidades de curación. Sin embargo, al no haberse detectado a tiempo la neoplasia, resulta que, a D^a J. B. R., se le privó de una preciada oportunidad para salvar su vida, falleciendo el día 1 de enero de 2009, privando a toda la familia de su presencia”.*

Se solicita al Servicio Riojano de Salud, en concepto de responsabilidad patrimonial de la Administración, como consecuencia del funcionamiento de la Administración Sanitaria, la cantidad de 131.046,90 euros euros (págs. 7).

Segundo

El 25 de mayo de 2009, el Secretario General Técnico, por delegación del Sr. Consejero, resuelve tener por iniciado el procedimiento y nombra Instructora del mismo. Dicha Resolución es notificada al interesado, el 27 de noviembre siguiente, con indicación escrita de lo establecido en la legislación del procedimiento común (pág 55). De dicha reclamación, se da traslado al reclamante, que acusa recibo de ella el siguiente día 27, a A. R. S. C. de S. y R., en cuanto Aseguradora del SERIS. (págs 56 a 58).

Tercero

La Instructora del procedimiento, mediante escrito de 1 de junio de 2009, solicita a la Gerencia del Área de Salud de La Rioja, Hospital *San Pedro*, cuantos antecedentes existan en la historia clínica de la reclamante referida a la asistencia prestada por el Servicio de Digestivo a D^a J. B. R., así como copia de la historia clínica relativa a la asistencia reclamada “exclusivamente” y, en particular, informe emitido por los Facultativos intervinientes en la misma (pág. 59); petición que es reiterada con fecha 24 de agosto de 2009 (pág. 60).

Cuarto

El 13 de octubre de 2009, fecha del Registro Auxiliar del Servicio Riojano de Salud del siguiente día 15, se remite por la Gerencia del Área Única de Salud, el informe de los Dres. D. G. M. B., Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología; D^a E. P. P., del Servicio de Aparato Digestivo, y D^a M. Z. L., del Servicio de Oncología (págs. 59 a 65); así como la historia clínica de la paciente (págs. 66 a 102).

Quinto

El 20 de septiembre de 2009, la Instructora del procedimiento remite el expediente de responsabilidad a la Dirección General de Aseguramiento, Acreditación y Prestaciones, para que la Inspección médica elabore el informe que proceda (pág 103), que lo emite con fecha de 1 de diciembre de 2009 (págs. 104 a 110). Señala éste en las conclusiones:

- 1.- D^a J. B. R. fue diagnosticada de un cáncer gástrico, el día 20 de octubre de 2009.
- 2.- Dicho diagnóstico se alcanza tras localización de una biopsia gástrica. Para llevar a cabo

dicha biopsia, fue necesario realizar dos gastroscopias, una, el día 16 de octubre de 2008; y otra, el día 20 de octubre de 2008.

3.- La razón por la que hubo de repetirse la gastroscopia del día 16 de octubre de 2008 fue que el estómago estaba completamente ocupado por alimentos sólidos y líquidos, lo que impidió llegar a la mucosa, visualizarla y tomar muestras. El día 30 de junio de 2008, se realizó a D^a J. B. R. una gastroscopia. En el informe emitido por la Dra. P. también se indica que la mucosa "no se valora bien"; sin embargo, queda satisfecha con los hallazgos y, al contrario de lo que sucedió en el mes de octubre, decide no repetir la prueba.

4.- La explicación de la Dra. P. fue que, no sólo no fue necesario repetir la prueba, sino que los restos de comida "*no impedían ver la mucosa y donde no se apreció lesiones*" por lo que tampoco fue necesario tomar biopsias.

5.- La reclamación sostiene que, al igual que en el mes de octubre se tomaron medidas para contrarrestar la presencia de comida en el estómago, se podía haber hecho lo mismo en el mes de junio.

Sobre este particular, considero que no es razonable el esperar una misma actitud terapéutica en dos casos en los que las circunstancias son diferentes, y es que, en el mes de octubre de 2008, ya se conocía la presencia de tumor en ambos ovarios, hecho éste que generó un alto grado de sospecha de tumor gástrico, habiéndose realizado, además, pruebas de imagen (TAC), que señalaban la necesidad específica de realizar biopsias de mucosa gástrica.

6.- Asumen los reclamantes que el tumor gástrico ya estaba presente en el mes de junio de 2008 cuando, como dice textualmente el escrito de reclamación en su punto Séptimo, "*nada se hizo por el Servicio de Digestivo, desarrollándose la neoplasia libremente hasta que la paciente fue remitida al Servicio de Oncología*".

Esta afirmación no queda evidenciada con la información disponible en el expediente. La clínica que presentaba la paciente en el mes de junio no es propia, por sí sola, de este tipo de tumores. Tampoco dispongo de información, pese a haberla solicitado en dos ocasiones a su Médico de Cabecera, sobre si la paciente tenía otro tipo de quejas o síntomas, pero es cierto que en su escrito de reclamación no los mencionan los reclamantes, mientras que, como indican en el punto Cuarto de su escrito, el hallazgo de las tumoraciones ováricas, fue en el contexto de una "*revisión ginecológica rutinaria*", lo que sugiere que los hallazgos se produjeron de forma fortuita.

No se conoce lo suficiente la biología de los mecanismos de crecimiento y extensión tumoral, por lo que no es posible afirmar que el tumor estaba presente en el mes de junio de 2008 basándonos únicamente en la presencia de tumor, incluso con metástasis, en el mes de septiembre de 2008.

En consecuencia, no se puede determinar que haya existido un retraso en el diagnóstico en este caso."

Sexto

Por el Médico Inspector, mediante escrito de 28 de octubre de 2009, se solicita *“informe médico sobre la asistencia sanitaria prestada a la citada paciente a partir del mes de enero 2008 en el Consultorio de Huércanos, prestando particular atención a las fechas de asistencia, motivos de visita al Centro, pruebas y tratamientos propuestos y, en general, cualquier información que pueda considerar relevante”*; solicitud que se reitera de nuevo con fechas 26 de noviembre de 2009 y 2 de diciembre de 2009 (págs. 11 a 115 vto). Dicho informe, de fecha 27 de diciembre de 2009, es registrado de salida en el Servicio Riojano de Salud de Nájera el 3 de diciembre siguiente (pág. 116).

Séptimo

Tras acusar recibo de la documentación remitida, el día 22 de diciembre de 2009 (pág. 117), se emite informe, por D. I & I SL, A. M., el 13 de enero de 2010, suscrito por el Dr. D. A. del P. G., Médico Adjunto del Servicio de Medicina del Aparato Digestivo del Hospital Universitario *12 de octubre* de Madrid, Unidad de Endoscopias (págs 118 a 136). Señala en las Conclusiones que:

- 1 D^a J. B. R. fue diagnosticada en el Hospital de San Pedro de un adenocarcinoma difuso de cuerpo gástrico (de células "en anillo de sello") el día 20 de octubre de 2008, tras la realización de una biopsia gástrica endoscópica. Para ello, precisó la realización de dos gastroscopias, ya que en la realizada el día 16 se objetivaron restos alimentarios retenidos que no permitieron visualizar la lesión, y, por ende, la toma de biopsias.
2. El 3 de junio de 2008, D^a J. B. había sido sometida (para estudio de molestias abdominales inespecíficas) a una gastroscopia en la que no se hallaron lesiones y en la que se observaron algunos restos alimentarios retenidos en cuerpo gástrico, sin lesión estenosante alguna que lo justificase, por lo que, ante la ausencia de lesiones y de síntomas "de alarma", se sospechó una dispepsia funcional de tipo dismotilidad, y, por ello, no se indicó la repetición de la prueba, motivo de la reclamación presentada.
3. Por el contrario, cuando se realizó la segunda endoscopia, el día 16 de octubre, en la que se observaron también restos que no permitían visualizar toda la mucosa, si que se consideró imprescindible repetir la misma, dada la fundada sospecha de tumor gástrico tras ser diagnosticada por su Ginecólogo de un adenocarcinoma ovárico bilateral, con células "en anillo de sello", y haberse realizado un TAC compatible con una tumoración gástrica.
4. Entre la primera gastroscopia (30 de junio de 2008) y el diagnóstico del tumor ovárico (4 de septiembre de 2008) transcurrieron poco mas de 2 meses, lo que nos hace pensar que, con toda probabilidad, dado lo avanzado de la lesión detectada (Estadio tumoral IV) y el pésimo pronóstico del cáncer gástrico de células "en anillo de sello", el hallazgo dos meses antes no habría determinado un cambio en la evolución tumoral ni en su tratamiento.
5. Finalmente, hemos de recordar que la gastroscopia es el procedimiento de elección para el diagnóstico del cáncer gástrico en nuestro medio, con una sensibilidad muy alta, aunque no alcanza el 100%.
6. En conclusión, a la vista de la documentación analizada, la actuación de los Sanitarios del Servicio

Riojano de Salud se adecuó a la *lex artis ad hoc*".

Octavo

Finalizada la instrucción del expediente, la Instructora, comunica a la parte reclamante el trámite de audiencia el 22 de enero de 2010, notificado el 26 de enero, quien comparece el siguiente día 8 de febrero y se le facilita copia de la documentación obrante en el expediente (págs. 137 a 139). Consta en el expediente el escrito de alegaciones de la parte reclamante (págs. 140 a 146).

Noveno

El 6 de mayo de 2008, la Instructora elabora la Propuesta de resolución, desestimatoria de la reclamación presentada, *"por no ser imputable el daño alegado, cuya reparación solicita, al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios."*

Décimo

El Secretario General Técnico, por escrito de 10 de mayo de 2010, solicita informe a los Servicios Jurídicos (pág. 157), que, el 14 de mayo siguiente, coinciden con la Instructora del procedimiento al apreciar la falta de imputabilidad del daño a los servicios públicos sanitarios, y consideran ajustada a Derecho la Propuesta de resolución desestimatoria, de 6 de mayo de 2010.

Antecedentes de la consulta

Primero

Por escrito de 17 de mayo de 2010, registrado de entrada en este Consejo el día 24 de mayo de 2010, el Excmo. Sr. Consejero de Salud del Gobierno de La Rioja remite al Consejo Consultivo de La Rioja, a través de su Presidente y para dictamen, el expediente tramitado sobre el asunto referido.

Segundo

Mediante escrito de fecha 24 de mayo de 2010, registrado de salida el día 25 de mayo, el Sr. Presidente del Consejo Consultivo procedió, en nombre del mismo, a acusar recibo de la consulta, a declarar, provisionalmente, la misma bien efectuada, así como la competencia del Consejo para evacuarla en forma de dictamen.

Tercero

Asignada la ponencia al Consejero señalado en el encabezamiento, la correspondiente ponencia quedó incluida, para debate y votación, en el orden del día de la sesión del Consejo Consultivo convocada para la fecha allí mismo indicada.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero

Necesidad del Dictamen del Consejo Consultivo

El art. 12 del Reglamento de los Procedimientos en materia de Responsabilidad Patrimonial de las Administraciones Públicas, aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, dispone que, concluido el trámite de audiencia, se recabará el dictamen del Consejo de Estado o del órgano consultivo de la Comunidad Autónoma cuando dicho dictamen sea preceptivo, para lo que se remitirá todo lo actuado en el procedimiento y una propuesta de resolución.

En el caso de la Comunidad Autónoma de La Rioja, el artículo 11 -g) de la Ley 3/2001, de 31 de mayo, del Consejo Consultivo de La Rioja, en la redacción dada por la D.A. 2ª de la Ley 4/2005, de 1 de junio, de Funcionamiento y Régimen Jurídico de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja, limita la preceptividad de nuestro dictamen a las reclamaciones de cuantía indeterminada o superiores a 600 euros. Esta cuantía ha sido elevada a 6000 euros por la Ley 5/2008, que ha dado nueva redacción al citado precepto; por tanto, al ser la cuantía de la reclamación superior a 6000 euros, nuestro dictamen resulta ser preceptivo.

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

Segundo

Sobre la responsabilidad de la Administración.

De acuerdo con el marco jurídico de la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, enunciado en el artículo 106.2 de la Constitución Española y desarrollado en el Título X de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, con el pertinente desarrollo reglamentario en materia procedimental, a través del R.D. 429/1993 de 26 de marzo, los requisitos necesarios para que se reconozca la responsabilidad patrimonial, tal y como este Consejo viene recogiendo en sus dictámenes (cfr. Dictamen 23/98, F.J.2 08/2008, F.J.2), pueden sintetizarse así:

1º.- Existencia de *un daño que el particular no tenga el deber jurídico de soportar* (lesión antijurídica). El daño ha de ser efectivo (no hipotético, potencial o de futuro, sino real), evaluable económicamente (bien se trate de daños materiales, personales o morales) e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

2º.- Que el *daño sufrido sea consecuencia del funcionamiento, normal o anormal, de un servicio público*, sin intervención del propio perjudicado o de un tercero que pueda influir en el nexo causal.

3º.- Que el *daño no se haya producido por fuerza mayor*.

4º.- Que *no haya prescrito el derecho a reclamar*, cuyo plazo legal es de un año, computado 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 *directa* de la Administración (aunque el daño haya sido causado por personal dependiente de la Administración o sea atribuible genéricamente a los servicios administrativos), *objetiva* (aunque no haya mediado culpa individual o la actuación no haya sido “ilícita”) y *general* (aplicable a cualesquiera de las actividades y servicios de la Administración).

Ahora bien, que el sistema de responsabilidad patrimonial sea objetivo no permite deducir, como oportunamente ha señalado la jurisprudencia, que la Administración tenga un deber general de indemnizar cualquier daño que pueda imputarse causalmente al funcionamiento de sus servicios. No es ocioso recordar que la protección constitucional de la salud y el derecho de asistencia sanitaria reconocido en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, desarrollada por el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, así como en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, no son absolutos, pues, por ambiciosas y amplias que sean las prestaciones reconocidas, no podemos soslayar nuestra condición perecedera como seres vivos. Por esa razón, la acción de los poderes públicos en materia sanitaria es, sobre todo, una *prestación de medios*

(correlato al derecho individual de cada paciente a la protección a la salud y a la atención sanitaria) *y no de resultados*.

Y es que, en materia sanitaria, la responsabilidad no surge sin más por la existencia de un daño, sino del incumplimiento de una obligación o deber jurídico preexistente, a cargo de la Administración, que es el de prestar la concreta asistencia sanitaria que el caso demande: es esta premisa la que permite decir que la obligación a cargo de los servicios públicos de salud es de *medios* y no de resultado, de modo que, si los medios se han puesto –se ha actuado conforme a la *lex artis ad hoc*–, la Administración ha cumplido con ese deber y, en consecuencia, no cabe hacerla responder por su incumplimiento. Incluso el simple error de diagnóstico no es, propiamente y por sí solo, motivo suficiente para entender que el particular que lo padece tiene derecho a obtener una indemnización, sino que, para llegar a tal conclusión, ha de darse la concurrencia de dos circunstancias que la doctrina reiterada del Consejo de Estado viene exigiendo: que exista una negligencia o impericia probada en la aplicación de la *lex artis*, y que ésta sea, a su vez, generadora de un daño innecesario y evitable en sus consecuencias y resultado, y por lo tanto, antijurídico e indemnizable.

Tercero

La responsabilidad de la Administración en el presente caso.

En el caso sometido al dictamen de este Consejo Consultivo, se trata de dilucidar si las actuaciones médicas practicadas a D^a J. B. R., se ajustan a la *lex artis* o, si como pretende parte recurrente, “*Si el 30 de junio de 2008, tras la práctica de la primera gastroscopia fallida, se hubiera seguido el mismo procedimiento que en el mes de octubre, esto es, si ... se le hubiera puesto a dieta líquida y se le hubiera practicado una segunda gastroscopia, la neoplasia gástrica hubiera sido detectada con cuatro meses de antelación, habiéndole aplicado el correspondiente tratamiento curativo y ofreciendo posibilidades de curación*”.

De acuerdo con la documentación recogida en la historia clínica de D^a J. B. R. y en el expediente administrativo queda acreditado que:

A) Según consta en la copia de Hoja de Interconsulta de fecha 6 de mayo de 2008, D^a J. B. fue remitida al Servicio de Digestivo por su Médico de Cabecera en esa fecha. El motivo de consulta fue el siguiente: “*solicitó valoración por molestias que refiere a epigastrio, tipo pesadez/dolor, inmediatamente tras la ingesta. Ha usado Motilium/Plantaben/Flatoril*” (pág. 85).

B) En el informe aportado por la Dra. P., de fecha 29 de septiembre de 2009, consta que: *"la paciente D^a J. B. R. fue vista en mi consulta el día 13 de junio del 2008, con clínica de molestias epigástricas, náuseas y pesadez post- prandial, realizándole gastroscopia el día 30 de junio, donde existían restos de comida, pero que no impedían ver la mucosa y donde no se apreció lesiones, por lo que no se realizaron biopsias. El día 25 de agosto de 2008, acudió a resultado de la gastroscopia, con diagnóstico de dispepsia tipo dismotilidad, indicándole tratamiento con procinéticos"* (pág. 63).

C) En el informe de la esófago-gastroscopia, de fecha 30 de junio de 2008 (folio n° 20 del expediente), se recoge el siguiente resultado:

"Esófago: mucosa normal; Estómago: mucosa de fundus y cuerpo, no se valora bien por restos de comida, aunque la paciente está desde hace 7 horas en ayunas, antro normal; Duodeno: bulbo y 2ª porción normal; Diagnóstico: mal vaciamiento gástrico".

D) Según el informe de Consulta Externa, de fecha 9 de septiembre de 2008, D^a J. B. acudió a consulta con el Dr. M. B. en dicha fecha (pág. 67). En dicho informe, consta literalmente:

"Anamnesis: Paciente que en revisión ginecológica, la encontraron tumoración ovárica bilateral y recomiendan intervención. Marcadores CA 125 y CA19-9 normal. Exploración física: Mamas normales; Abdomen blando no doloroso; Cuello normal; Tacto vaginal : utero normal anejos engrosados. Ecografía: Utero de 8x6x6 cm.; En anejo izquierdo tumoración sólida de 7 x6,9 cm, y, en anejo derecho, de 5.8 x 5 cm . Pruebas complementarias: Citología normal; Solicito RNM. Diagnóstico: Tumoración sólida bilateral de ovario con marcadores normales. Tratamiento: Laparotomía con biopsia intraoperatoria."

E) En el informe aportado por el reclamante, emitido por el Dr. M. B. el día 4 de septiembre de 2008 (pág. 53), correspondiente a una consulta en un Centro privado, se cita como motivo de consulta una "Revisión". En consecuencia con ello, el reclamante, en su escrito de reclamación, en el punto Cuarto, menciona una *"revisión ginecológica rutinaria"* refiriéndose a la cita del día 4 de septiembre de 2008 en la Consulta privada del Dr. M.. El diagnóstico que figura en este informe es: *"formaciones sólidas de ovario"*.

F) Según el Informe de Alta de Hospitalización, emitido por la Dra. M^a J.P. (págs. 94, 95 y 96), D^a J. B. ingresa en el Servicio de Ginecología el día 5 de octubre de 2008. Conforme a su tenor literal:

"El día 6 de octubre de 2008, se realiza laparotomía: objetivando tumoración bilateral ovárica y la existencia de implantes pélvicos y abdominales de <1 cm, se procede a la toma de liquido para citología, histerectomía total, anexectomía bilateral (estudio intraoperatorio) linfadenectomía bilateral, biopsia implantes peritoneo, apendicectomía y omentectomía. Se informa desde Anatomía Patológica de la existencia de células en "anillo de sello", compatible con tumor de Krukenberg, por lo que se solicita estudio endoscópico gástrico y TAC abdominopélvico".

G) De conformidad con el informe de esófago-gastroscopia, emitido por el Dr/Dra S. A. (pág. 33), dicho estudio endoscópico gástrico se lleva a cabo el día 16 de octubre de 2008 con los siguientes hallazgos:

“Informe: Anestesia tópica; Esófago y cardias normales; Estómago completamente ocupado por alimentos sólidos y líquidos. Diagnóstico: Estómago retencionista. Notas: Dejar a dieta líquida sábado y domingo. Poner, desde hoy, Primperan IV/8 h y repetir gastroscopia el lunes.

H) También el día 16 de octubre de 2008, según el informe emitido por El Dr. E. F. (pág.32 del expediente), se realice un TAC abdomino-pélvico con el siguiente resultado:

“Datos clínicos. Tumor de Krukenberg. Búsqueda de tumoración primaria. Hallazgos: Destaca la existencia de un engrosamiento en las paredes de la región antral gástrica, con una distensión proximal del estómago, que muestra la presencia de abundantes restos alimenticios y que no permite descartar la posibilidad de un tumor primitivo en esta topografía, por lo que recomendamos la práctica de estudio endoscópico para su valoración. Asocia un aumento de densidad en la grasa epiploica, que podría estar en relación con una extensión peritoneal directa, no identificando crecimientos adenopáticos patológicos locales. El páncreas muestra un tamaño y un aspecto densitométrico normal, sin signos de lesión expansiva ni dilatación del conducto excretor principal. En el hígado destacamos una tumoración hipodensa en el segmento 3 del lóbulo izquierdo, de 2 cm de diámetro y densidad líquida, de probable carácter quístico, recomendando su valoración ecográfica. No identificamos otras lesiones hepáticas focales. No existe dilatación de las vías biliares. Encontramos una ectasia pélvica en el riñón derecho, con moderado componente calicial, sin dilatación ureteral que podría estar en relación con una estenosis de la unión, a valorar en función de los antecedentes de la paciente. Presencia de líquido libre perihepático y periesplénico. El resto del estudio no muestra otros hallazgos destacables.

I) El día 20 de octubre de 2008, según informe emitido por el Dr/Dra. S., se repite la esófago-gastroscopia con los siguientes hallazgos (pág. 34):

“Informe: Anestesia tópica. Esófago y cardias normales; Estómago completamente ocupado por alimentos sólidos y líquidos. Se consigue pasar a través del lago de alimentos y se observa una tumoración rígida, dura al tacto, que ocupa casi toda la circunferencia a nivel de cuerpo gástrico. Respeta fundus y antro y permite el paso a duodeno; Píloro normal; Bulbo y segunda porción duodenal, normales. Se toman abundantes biopsias. Diagnóstico: Neoplasia gástrica en cuerpo. Retención alimentaria.

J) Según el informe emitido por la Dra. P. (folios nº 94, 95 y 96 del expediente), el resultado de la biopsia realizada sobre el material extirpado es el siguiente:

“A) Ovario y trompa uterina izdos. (anexectomía izda.): carcinoma de células en "anillo de sello", moderadamente diferenciado (g2), con infiltración difusa de todo el ovario y la trompa uterina izdos. presencia de células tumorales en la superficie ovárica. estadio III b (t3b de la clasificación tnm). B) Ligamento peritoneo dcho. (biopsia): infiltración por carcinoma de células en "anillo de sello". C) Útero (histerectomía total simple): cervix: cervicitis crónica. quistes de naboth; endometrio: atrófico-quístico; miometrio: infiltración por carcinoma de células en "anillo de sello". leiomioma. D) Ovario y trompa uterina dchos. (anexectomía dcha.): carcinoma de células en "anillo de sello", moderadamente diferenciado (g2), con infiltración difusa de todo

el ovario. la trompa uterina dcha. No muestra infiltración tumoral. presencia de células tumorales en la superficie ovárica. estadio iii b (t3b de la clasificación tnm) (ver apartado a). E) Epiplón (resección). infiltración por carcinoma de células en "anillo de sello". F) Ganglios linfáticos iliacos dchos. (linfadenectomía): diez ganglios linfáticos sin infiltración tumoral. G) Ganglios linfáticos iliacos izdos. (linfadenectomía): un ganglio linfático sin infiltración tumoral. H) Apéndice cecal (apendicectomía): infiltración por carcinoma de células en "anillo de sello". I) Peritoneo (biopsia): infiltración por carcinoma de células en "anillo de sello". Lavado peritoneal: negativo para células malignas (hemático)."

K) Siempre, según el antedicho informe, el resultado de las muestras para biopsia obtenidas en la esófago-gastroscofia, realizada el día 20 de octubre de 2008, fue el siguiente: *"Biopsia de tumoración gástrica: adenocarcinoma de células en "anillo de sello".*

L) D^a J. B. R. es entonces derivada al Servicio de Oncología, donde queda a cargo de la Dra. Z. quien, en su informe de fecha 28 de septiembre de 2009 (págs. 64 y 65), da cuenta de su evolución en este servicio en los siguientes términos:

"Fue vista por primera vez en nuestro Servicio el 6 de noviembre de 2008, iniciándose tratamiento con quimioterapia con epirrubicina, cisplatino y capecitabina, con buena tolerancia inicial tras el primer ciclo, salvo la necesidad de adicción de laxantes. En segundo ciclo, la paciente presentaba vómitos matutinos, fundamentalmente retencionistas, sin dolor abdominal, por lo que se modifica la capecitabina, por 5 fluorouracilo, para asegurar a dosis adecuadas de quimioterapia.

El 9 de diciembre de 2008, ingresa por presentar neumotorax durante la colocación de reservorio derecho, que se resuelve mediante colocación de drenaje de tórax por el Servicio de Cirugía Torácica. Durante ese ingreso, presenta vómitos retencionistas por lo que se le realiza tránsito que evidenciaba una estenosis parcial, aunque importante, principalmente de cuerpo y que también afectaba a antro, aunque, una vez vencida la estenosis, no existían alteraciones significativas en el vaciamiento gástrico hacia duodeno. Se realizaron modificaciones dietéticas, pasando a una dieta triturada, pudiendo ser dada de alta el 18 de diciembre de 2008. No existen otros datos en la historia pues, al parecer, la paciente falleció en su domicilio el 1 de diciembre de 2009."

En definitiva, D^a J. B., el 6 de mayo de 2008, fue remitida al Servicio de Digestivo por su Médico de Cabecera siendo el motivo de la consulta una patología inespecífica y solicitando el Facultativo "valoración por molestias que refiere a epigastrio, tipo pesadez/dolor, inmediatamente tras la ingesta. Ha usado Motilium/Plantaben/Flatoril" (pág. 85). El día 30 de junio de 2008, se realizó a D^a J. B. R. una gastroscopia. En el informe emitido por la Dra. P., se indica que la mucosa "no se valora bien"; sin embargo, queda satisfecha con los hallazgos y decide no repetir la prueba, porque los restos de comida "no impedían ver la mucosa... donde no se apreció lesiones", por lo que tampoco fue necesario tomar biopsias. El 5 de octubre, tras haberse detectado, en revisión ginecológica, una tumoración ovárica bilateral y habiéndosele recomendado intervención quirúrgica, se le realizó una laparotoma, objetivando tumoración bilateral ovárica y la existencia de implantes pélvicos y abdominales de <1 cm, se procede a la toma de líquido para citología, histerectomía total, anexectomía bilateral (estudio intraoperatorio)

linfadenectomía bilateral, biopsia implantes peritoneo, apendicectomía y omentectomía. Se informa, desde el Servicio de Anatomía Patológica, de la existencia de células en "anillo de sello", compatible con tumor de Krukenberg, por lo que se solicita estudio endoscópico gástrico y TAC abdominopélvico" (págs. 94, 95 y 96). El día 20 de octubre de 2009, D^a J. B. R. fue diagnosticada de un cáncer gástrico y dicho diagnóstico se alcanzó tras la realización de una biopsia gástrica. Para llevar a cabo dicha biopsia, fue necesario realizar dos gastroscopias: una, el día 16 de octubre de 2008; y otra, el día 20 de octubre de 2008. La razón por la que hubo de repetirse la gastroscopia del día 16 de octubre de 2008 fue que el estómago estaba completamente ocupado por alimentos sólidos y líquidos, lo que impidió llegar a la mucosa, visualizarla y tomar muestras.

Ante todo ello, en el escrito de reclamación se argumenta que, al igual que en el mes de octubre se tomaron medidas para contrarrestar la presencia de comida en el estómago, se podía haber hecho lo mismo en el mes de junio. Y sobre este particular razona la Inspección médica que *"no es razonable el esperar una misma actitud terapéutica en dos casos en los que las circunstancias son diferentes, y es que, en el mes de octubre de 2008, ya se conocía la presencia de tumor en ambos ovarios, hecho éste que generó un alto grado de sospecha de tumor gástrico, habiéndose realizado, además, pruebas de imagen (TAC) que señalaban la necesidad específica de realizar biopsias de mucosa gástrica"* (pág 109).

Además, asumen los reclamantes que el tumor gástrico ya estaba presente en el mes de junio de 2008 cuando, como dice textualmente el escrito de reclamación en su punto Séptimo *"nada se hizo por el Servicio de Digestivo, desarrollándose la neoplasia libremente hasta que la paciente fue remitida al Servicio de Oncología"*. Pero, según la propia Inspección médica *"esta afirmación no queda evidenciada con la información disponible en el expediente. La clínica que presentaba la paciente en el mes de junio no es propia, por sí sola, de este tipo de tumores"* (pág. 110). Y, como indican en el punto cuarto de su escrito, el hallazgo de las tumoraciones ováricas fue en el contexto de una "revisión ginecológica rutinaria" (pág.2), lo que sugiere que los hallazgos se produjeron de forma fortuita. Por tanto, *"no se conoce lo suficiente la biología de los mecanismos de crecimiento y extensión tumoral, por lo que no es posible afirmar que el tumor estaba presente en el mes de junio de 2008, basándonos únicamente en la presencia de tumor, incluso con metástasis, en el mes de septiembre de 2008. En consecuencia, no se puede determinar que haya existido un retraso en el diagnóstico en este caso"* (pág. 110), ni, por tanto, que exista relación de causalidad entre el fallecimiento de la paciente tenga su causa en la actuación de la Administración sanitaria, por las razones que se explicitan en la Propuesta de resolución (págs. 153 y 154).

Por lo demás, los reclamantes plantean en este caso un retraso en el diagnóstico de cáncer de estómago, que produjo una pérdida de oportunidad de curación a la paciente; pero hay que señalar que, como indica la Propuesta de resolución (pág. 154), en el presente

caso no se ha producido una pérdida de oportunidad, dado que tan sólo transcurrieron dos meses entre la primera gastroscopia y la detección de la tumoración ovárica, por lo que una detección de la metástasis dos meses antes no habría variado el pronóstico de la enfermedad. Así lo afirma el informe emitido a instancia de la Compañía Aseguradora, según el cual, *"entre la primera endoscopia (30 de junio de 2008), realizada en el Hospital de San Pedro, y la detección de la tumoración ovárica en Consulta ginecológica (4 de septiembre de 2008), transcurrieron únicamente dos meses, por lo que, dado que en dicho momento ya presentaba metástasis a distancia, no pensamos que el hallazgo de la tumoración gástrica en una hipotética segunda endoscopia digestiva alta, realizada unos días tras la inicial, hubiera modificado el pronóstico"* (pág. 134). Y, por todo ello, cabe concluir que, *"aunque se hubiese diagnosticado con anterioridad el carcinoma gástrico metastásico, en el presente caso, dos meses antes con la repetición de la primera gastroscopia, el fallecimiento de la paciente hubiese sido inevitable"* (pág. 154), quedando descartada la relación de causalidad entre dicho fallecimiento y la asistencia sanitaria prestada.

CONCLUSIONES

Única

Procede desestimar la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por D. J. N. C. y otros, al ser la actuación de los Facultativos ajustada a la *lex artis ad hoc* y, por tanto, no ser imputable el daño que se reclama a los servicios públicos sanitarios.

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