



Consejo Consultivo de Canarias

## DICTAMEN 390/2019

(Sección 2ª)

La Laguna, a 7 de noviembre de 2019.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad el Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 360/2019 IDS)\**.

## FUNDAMENTOS

### I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 29 de enero de 2018 a instancia de (...), por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia sanitaria recibida en dependencias del Servicio Canario de la Salud.

2. El reclamante no cuantifica la indemnización solicitada por los daños sufridos, pero de estimarse, superaría los 6.000 euros, cantidad que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del titular de la Consejería para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación con el art. 81.2, de carácter básico, de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

También son de aplicación las Leyes 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y

\* Ponente: Sra. de León Marrero.

obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y no extemporaneidad de la reclamación.

4. Se ha sobrepasado el plazo máximo de seis meses para resolver (arts. 21.2 y 91.3 LPACAP); sin embargo, aún expirado este, y sin perjuicio de los efectos administrativos y en su caso económicos que ello pueda comportar, sobre la Administración pesa el deber de resolver expresamente (art. 21.1 y 6 LPACAP).

5. El órgano competente para instruir y resolver este procedimiento es la Dirección del Servicio Canario de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

A la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud le corresponde la incoación y tramitación de los procedimientos de responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario conforme a la Resolución de 23 de diciembre de 2014, de la Directora, por la que se deja sin efecto la Resolución de 22 de abril de 2004, y se delegan competencias en materia de responsabilidad patrimonial en distintos órganos de este Servicio.

6. No se aprecia que se haya incurrido en deficiencias formales en la tramitación del procedimiento que, por producir indefensión a las partes, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

## II

1. La sucesión de hechos alegada por el interesado es la siguiente:

En el año 1994 fue diagnosticado de leucemia linfática crónica con diversas crisis a lo largo de los años que ha requerido varios ingresos hospitalarios para tratamiento oncológico, lo que fundamentó que en el año 2006 se le instalara catéter venoso central para la terapia de los ciclos quimioterápicos.

Dicho catéter fue retirado en 2014, por lo que lo tuvo instalado desde el 2006 hasta ese año, lo que le generó obstrucción secundaria en el territorio venoso tributario de la vena crónica en fecha 24.02.17, razón por la cual tuvo que ser ingresado en urgencias en el Hospital Insular, realizándose Eco-doppler que evidenció trombosis total y emitiéndose el siguiente informe clínico en fecha 24.02.17:

Motivo de ingreso: Edema cervical derecho

Diagnóstico: «Síndrome de vena cava superior secundario a trombosis venosa crónica en vena cava superior en ambos troncos braquiocefálicos por catéter venoso central (retirado en 2014)».

Entiende el solicitante que en el presente caso concurre mala praxis médica por la persistencia desmesurada de la instalación de un catéter-venoso central sin los controles y las medidas terapéuticas que tal recurso requiere, pues el mismo debió ser retirado con anterioridad, toda vez que su uso prolongado, nada menos que ocho años, máxime sin medidas antitrombóticas coadyuvantes, puede generar una trombosis de la vena cava superior y síndrome de dicha estructura venosa, como ocurrió en el presente caso.

Todo ello ha provocado que padezca las limitaciones reconocidas por el EVI y que han fundamentado su declaración en situación de incapacidad permanente absoluta, presentando disnea a mínimos esfuerzos, tumefacción facial y laterocervical, déficit circulatorio (...); por lo tanto, la actuación sanitaria relatada supone funcionamiento defectuoso de los servicios públicos que no tiene el deber jurídico de soportar, debiendo ser reparado el daño causado en su integridad.

2. Por su parte, el Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), a la luz de la documentación obrante en el expediente (informes médicos e historia clínica), relata la siguiente sucesión cronológica de los hechos:

- El paciente cuenta con antecedentes de ser fumador habitual, estar apendicetomizado y de haber sido diagnosticado en 1994 de leucemia linfática crónica (LLC) B estadio I de RAI/A de Binet.

- Su enfermedad de evolución crónica transcurre durante los primeros 12 años, sin requerir tratamiento, por presentar estadio bajo y estabilidad en los recuentos de sangre periférica. Su asistencia a las consultas durante ese período es irregular, no acudiendo a las citas programadas, según datos recogidos en la propia historia e informes clínicos del paciente.

- El paciente con clínica típica de esta patología: hepatoesplenomegalia y adenopatías cervicales, axilares, inguinales, en territorios torácico y abdominal, es seguido en consulta externa de Hematología, presentando incremento progresivo de sus adenopatías en TAC realizado en mayo 2006 donde se objetivan múltiples conglomerados adenopáticos.

Diagnosticado de leucemia linfática crónica B estadio I de Rai/A de Binet, se decidió iniciar tratamiento con poliquimioterapia (ciclo FCR).

- El paciente fue ingresado y se le colocó un catéter venoso central (CVC) con reservorio subcutáneo en la vena yugular derecha, por el Servicio de Radiología Vasculosa Intervencionista (RAVI), en mayo de 2006. Tras seis ciclos quimioterápicos entra en remisión completa, por lo que se decide su alta hospitalaria, dejando implantado el CVC debido a la sospecha de recaída dada la edad joven del paciente, dándose las recomendaciones para su mantenimiento e indicando continuar realizando sus controles en Consultas Externas de Hematología.

- Los CVC se mantienen por períodos variables, incluso años, en función del proceso de base del paciente, de las posibilidades de recaída, entre otros. Los cuidados que han de tenerse con el catéter en la vida cotidiana, y el mantenimiento de los mismos le son informados al paciente.

- Posteriormente el paciente cambia su residencia y deja de acudir a consultas de Hematología, según se desprende de la propia historia clínica y de los informes médicos, incluido el informe del Jefe de Servicio de Hematología.

- En fecha 11/01/2011 padeció una Neumonía extrahospitalaria en lóbulo inferior derecho.

Durante su ingreso recibió terapia antibiótica, con mejoría, y de los datos de la historia clínica y del informe del Jefe de Servicio de Hematología se desprende que no hubo ninguna alteración, ni clínica (edema, eritema), ni radiológica, relacionada con el CVC, en relación con trombosis venosa o mal funcionamiento del mismo.

- En fecha 27/07/2012 consta en curso evolutivo de Hematología, que presenta buen estado general, sin adenopatías externas (mínimas); desde julio/2006 se encuentra en remisión, aunque empiezan a aparecer linfocitos en sangre periférica (SP), por lo que probablemente en pocos años necesite tratamiento. Se mantiene actitud expectante. El paciente no acude a consultas de forma regular, lo que se infiere de la nota escrita en evolutivo donde se lee «el paciente no acudió a consulta. No se da cita hasta que venga».

- Posteriormente se constatan en consultas evolutivas de fechas 19-11 y 20/12/2012, incremento, en esta última, de leucocitos: 27400 con linfocitosis: 16 000, con presencia de linfocitos en SP, en un nivel bajo, por lo que se mantiene actitud expectante y seguimiento en consultas de Hematología.

- En fecha 27/06/13 acude a consulta de seguimiento de Hematología y se le deriva a consultas de ORL por Sinusitis complicada. Se le solicita TAC de senos nasales.

- En fecha 12/07/2013 se detalla en consulta realizada a ORL, que presenta clínica de sinusitis desde octubre/2012 (rinorrea, insuficiencia respiratoria nasal, cacosmia, cefalea facial y dolor facial al agacharse a coger peso). Dado que no mejora con tratamiento farmacológico se le propone para cirugía: septoplastia y turbinoplastia por Hipertrofia de cornetes y en ese mismo año 2013, es operado.

- En consultas sucesivas de Hematología de fecha 26/09/13 se detalla que el TAC de senos (facial) es normal. Sin cambios significativos en controles hematológicos con respecto a los previos. Está asintomático. Actitud expectante.

- En febrero de 2014, en consulta de mantenimiento y limpieza del CVC se constata que no refluye, y es por ello, que Hematología indica su retirada, procedimiento que es realizado en fecha 24/02/14, sin incidencias, por el Servicio de RAVI mediante Cavografía (estudio venoso contrastado que guía el procedimiento, permitiendo visualizar y descartar trombosis en los vasos sanguíneos).

- En consultas de control evolutivo de Hematología de fechas 26/06/2014 a nivel hematológico hay incremento de cifras de leucocitos: 21000 x mm<sup>3</sup>, con 15000 linfocitos, con respecto a previos. Se constata que está asintomático. Se mantiene actitud expectante.

- En fecha 28/05/15 hay incremento significativo de leucocitos y linfocitos. Se diagnostica Recaída de su leucemia linfática crónica (LLC). Se le pide TAC y se cita en tres meses.

- En fecha 03/09/2015 se detalla en curso evolutivo, que dada la progresión de su LLC, progresivo incremento del tamaño de las adenopatías (adenopatías cervicales bilaterales de hasta 2 cm, axilares e inguinales), se realiza un seguimiento estrecho, ya que en los próximos meses, probablemente necesitará nueva tanda de tratamiento quimioterápico por progresión de la enfermedad. Se solicita fármacos (IF y FISH) para tratamiento, TAC y analítica.

- En consulta sucesiva de 23/10/15 se describe estudio TAC (realizado el 8/10/15): en el cuello se visualizan múltiples ganglios laterocervicales (el mayor en el espacio izquierdo mide 18x11x11 mm; supraclaviculares, la mayor en hueco supraclavicular izquierdo midiendo 10x15 mm. En estudio tórax se advierte la

presencia de múltiples ganglios axilares y mediastínicos conservando su normal arquitectura. El mayor en la axila derecha tiene un tamaño de 20x10 mm y el mayor de los izquierdos 20x14 mm. En estudio de abdomen y pelvis, presencia de esplenomegalia de 14,7x23x9,9 cm, con circulación colateral. Múltiples ganglios en el tronco celíaco, el mayor de 20x29 mm, y en torno a la arterial mesentérica superior. Observándose, también, a nivel retroperitoneal periaórtico y en el espacio interaórticocava, el mayor de 18x12 mm. A nivel de cadenas iliacas no presentan un tamaño significativo. El estudio concluye con impresión diagnóstica de: Esplenomegalia homogénea. Ganglios en rango patológico a nivel abdominal y retroperitoneal. Enfisema centrolobulillar de predominio en lóbulos superiores. Derrame pleural derecho laminar. Ateromatosis aortoiliaca. Diverticulosis colónica. Debido a la recaída y bajo el diagnóstico de LLC estadio II de Rai B de Binet, se remite al Hospital de Día (HD) para iniciar tratamiento quimioterápico.

- En fecha 27/10/15 se detalla en curso evolutivo, que recibirá 6 ciclos de FCR (quimioterapia) cada 28 días, tras segunda progresión de leucemia linfática crónica (LLC), iniciando el primer ciclo el 28/10/15 en Hospital de Día.

- En fecha 16/01/17 fue atendido en el Servicio de Urgencias por cuadro de tos productiva con disnea y sensación de distermia, sin aumento de temperatura. Además, comenta, enrojecimiento de la cara acompañada de edema, cuadros que se vienen presentando desde hace unos dos años (es la primera vez que se recoge este dato en la historia clínica, ese mismo día comenta a su Médico de Atención Primaria que dichos síntomas son de días de evolución).

A la exploración presenta buen estado general y está normohidratado y normocoloreado. Se describe que no hay lesiones cutáneas, ni dolor a la palpación ni enfisema subcutáneo. Sí hay presencia de taquipnea y roncus dispersos en ambos campos pulmonares, de predominio en base derecha, no se aprecian edemas ni signos de trombosis venosa periférica, motivo por el cual el paciente es diagnosticado de insuficiencia respiratoria (SIR), asimismo tras mejoría luego de ser tratado con corticoides y broncodilatadores es dado de alta para seguimiento, que es realizado por su Médico de Familia dado sus antecedentes de Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y tabaquismo.

- Tras dos ciclos de tratamiento quimioterápico, con buena respuesta, se interrumpe el mismo por la presencia de odinofagia (dolor a la deglución) que posteriormente asoció tumefacción laterocervical derecha eritematosa y dolorosa, sin fiebre sobreañadida; trismos, amígdalas inflamadas y asimétricas, en paciente

con piezas dentales cariadas, motivo por el cual ingresó en ORL el día 20/02/17 por sospecha de Síndrome de Lemierre.

- El síndrome de Lemierre es una complicación muy rara de la amigdalitis aguda que se caracteriza por una sepsis grave y la aparición de una tromboflebitis de la vena yugular interna. Generalmente está causado por una bacteria anaerobia, huésped habitual de la flora bucal, que se comporta como patógeno en determinadas circunstancias, como por ejemplo, cuando existe una inmunidad deficiente. Se manifiesta con fiebre, malestar general, dolor inflamación, eritema de zonas facial, cervicales, y dificultad respiratoria debida a múltiples embolias sépticas.

- Realizados los estudios de imagen: Eco-doppler y TAC de cuello se objetiva trombosis total de la luz de la vena yugular interna extracraneal derecha a nivel proximal con extensión hacia distal y trombosis parcial de la luz de la vena yugular interna extracraneal izquierda a nivel proximal, por lo que el paciente es trasladado a Medicina Interna donde recibe tratamiento anticoagulante.

- Rehistoriado el paciente cuenta antecedentes de rubicundez y edema facial y laterocervical bilateral de predominio derecho, sensación de disnea que empeora al agacharse y circulación venosa colateral en tórax y abdomen desde hace aproximadamente 3 años, por lo que es relacionado el proceso con la presencia previa de catéter venoso central (CVC) tunelizado de localización yugular derecha, ya retirado hace tres años; pese a que en el estudio TAC realizado en fecha 08/10/15 no había evidencia de trombosis en el sistema venoso de drenaje del cuello-tórax.

- Con el diagnóstico principal de síndrome de la vena cava superior secundario a trombosis venosa crónica en vena cava superior + ambos troncos braquiocefálicos por catéter venoso central, retirado hacía aproximadamente tres años, y diagnóstico secundario de leucemia linfática crónica en remisión, el paciente es dado de alta el 24/02/17, con tratamiento anticoagulante y seguimiento en consultas externas de Medicina Interna y Hematología.

- En fechas 19/04/17 se describe en consulta de Hematología, que la enfermedad está estable, lo que permite cesar el tratamiento quimioterápico mientras esté anticoagulado, realizando un manejo y vigilancia estrechos de su posible evolución y tratamiento.

- Dado que continúa con clínica de edema facial con signos de congestión facial al agacharse, sin mejoría con tratamiento anticoagulante, se le realiza en fechas 16 y

27/10/17 por el Servicio de RAVI, angioplastia de territorio de cava superior para colocar filtro de cava superior e intentar recanalización de la oclusión pero no se consigue dicha recanalización.

- Su evolución es seguida en consulta de Hematología, se le indica TAC de control. En curso evolutivo del día 20/08/17 se describe TAC de control con muy buena respuesta parcial, con adenopatías en torno al cm abdominales y esplenomegalia de 17 cm. Se concluye que no se iniciará tratamiento hasta progresión.

- En fecha 14/09/17 se le realiza control hematológico evolutivo, con plaquetas en descenso pero no subsidiario de tratamiento aún. El paciente refiere levantarse con cabeza hinchada.

- Tras los resultados obtenidos en los estudios evolutivos, de imagen (enero de 2018) y analíticos (abril de 2018), se trata en sesión clínica la conveniencia de iniciar nuevo tratamiento quimioterápico, decidiendo iniciarlo con Idelasisib para lo cual se solicita biopsia y se remite al paciente al Hospital de Día. Finalmente tras nueva valoración se decide que no existen criterios analíticos, radiológicos o clínicos para iniciar nuevo tratamiento con quimioterápicos, por lo que se indica continuar con seguimiento por Servicio de Hematología dada la enfermedad oncohematológica crónica (LLC), que padece, y por Servicio de Vascular y de Medicina Interna dada la sintomatología en relación con la trombosis de la vena cava superior.

- Determinado el cuadro residual de síndrome de la vena cava superior en paciente con segunda recaída de leucemia linfocítica crónica y las limitaciones orgánicas y funcionales de recaída de proceso oncohematológico, no remisión actual, presentando, además, edema en esclavina y disnea conversacional sin tiraje, el Director provincial del INSS ha aprobado en fecha 22/08/17 la pensión de Incapacidad permanente en grado de Absoluta para todo trabajo.

3. A la vista de esa sucesión de hechos, el SIP realiza las siguientes consideraciones:

«1.- El paciente había sido seguido por el Servicio de Hematología desde 1994 por incremento anómalo de los linfocitos, tras su estudio y seguimiento finalmente fue diagnosticado de leucemia linfocítica crónica estadio I de RAI/B, contando, además, con una clínica típica de este tipo de patología: hepatomegalia (aumento patológico del tamaño del hígado), adenopatías (ganglios) en zonas cervicales, axilares, inguinales y en territorios torácico y abdominal.



2.- Su enfermedad de evolución crónica transcurre durante los primeros 12 años, sin requerir tratamiento inicialmente, por presentar estadio bajo y estabilidad en los recuentos de sangre periférica.

3.- Tras presentar criterios hematológicos, clínicos y radiológicos (TAC donde se objetivan múltiples conglomerados adenopáticos), se decide iniciar tratamiento con poliquimioterapia (ciclo FCR). Para iniciar dicho tratamiento le fue adecuadamente colocado un catéter venoso central con reservorio subcutáneo de localización yugular derecha, por el Servicio de Radiología Vascular Intervencionista (RAVI) en mayo de 2006. Este tipo de procedimiento realizados por RAVI se realizan mediante venografía, lo que reduce el riesgo de trauma en el momento de la inserción y reduce el riesgo de eventos tromboticos.

4.- Tras seis ciclos quimioterápicos entra en remisión completa por lo que se decide su alta hospitalaria, dejando el CVC debido a la alta probabilidad de recaída dada la cronicidad de la enfermedad y su joven edad, proceder justificado y una práctica habitual en el contexto de este tipo de patologías. Se le dan las recomendaciones para el mantenimiento de dicho catéter, como es común en estos casos, y se le indica continuar realizando controles en Consultas Externas de Hematología.

5.- Generalmente el mantenimiento preventivo en estos casos se realiza con lavados del catéter con suero salino, con la finalidad de que no se obstruya y deje ser viable.

6.- Según las guías actuales de la Sociedad Española de Oncología Médica, sobre profilaxis de la enfermedad tromboembólica venosa relacionada con catéter venoso central en paciente con cáncer, no está recomendada generalmente la anticoagulación, ni el uso de trombolíticos como la aspirina, etc., por lo que no se puede decir que la actuación en este caso haya sido inadecuada, dado que el paciente con leucemia linfocítica crónica (cáncer de células sanguíneas) portaba un catéter venoso central con reservorio subcutáneo, que puede ser utilizado durante largos periodos de tiempo, sin que esté recomendada el uso de anticoagulación.

7.- Por otra parte, en pacientes con enfermedades oncohematológicas crónicas en donde se prevé la utilización de sucesivos tratamientos con citotóxicos se suele dejar implantado el catéter venoso central debido a que nuevas inserciones de catéteres aumentan el riesgo de infecciones y trombosis.

8.- Posteriormente el paciente cambia de residencia y deja de acudir a controles por el Servicio de Hematología, según se infiere de la información proporcionada por la Historia clínica y el jefe de Servicio de Hematología.

9.- Seguidamente, en enero de 2011 padeció una Neumonía extrahospitalaria en lóbulo inferior derecho. Durante su ingreso recibió terapia antibiótica, con mejoría, y de los datos de la historia clínica y del informe del Jefe de Servicio de Hematología se desprende que no

hubo ninguna alteración clínica (edema, eritema), ni de otro tipo relacionada con el CVC, en relación con alteraciones trombóticas o la funcionalidad del mismo.

10.- Seis años después, aunque no acude a consultas de forma regular, lo que se infiere de la nota escrita en su historia clínica «el paciente no acudió a consulta. No se da cita hasta que venga» es visto en consulta en fecha 27/07/2012 constando en el curso evolutivo que presenta buen estado general y adenopatías externas mínimas, y aun estando en remisión empiezan a aparecer linfocitos en sangre periférica (SP), por lo que ya se plantea la probabilidad de que en poco tiempo pueda precisar nuevo tratamiento quimioterápico, por lo que es razonable que no se hubieran planteado retirar el CVC.

11.- Ulteriormente se constatan en consultas evolutivas de fechas 19-11 y 20/12/2012, incremento, en esta última de los leucocitos: 27400 con linfocitos: 16000, con presencia de linfocitos en SP, en un nivel bajo, por lo que se mantiene actitud expectante y seguimiento en consultas de Hematología. No se evidencia ninguna clínica sospechosa de trombosis, ni de ninguna alteración relacionada con el catéter venoso implantado.

12.- En fecha 27/06/13 acude a consulta de seguimiento de Hematología y se le deriva a consultas de ORL por sinusitis complicada. Se le solicita TAC de senos nasales. Tampoco en esta cita de control presentaba sintomatología sospechosa de trombopatía.

13.- En fecha 12/07/2013 se detalla en consulta realizada a ORL, que presenta clínica de sinusitis desde octubre de 2012 (rinorrea, insuficiencia respiratoria nasal, cacosmia, cefalea facial y dolor facial al agacharse a coger peso). Dado que no mejora con tratamiento farmacológico se le propone para cirugía: septoplastia y turbinoplastia por Hipertrofia de cornetes y en ese mismo año 2013 es operado. La clínica presentada por el paciente se justifica por alteraciones relacionadas con el aparato nasal, por lo que el tratamiento realizado fue el ajustado al diagnóstico realizado al paciente.

14.- Seguidamente continúa con sus controles, y es en febrero de 2014, según se hace constar en los cursos evolutivos, en la consulta de mantenimiento y limpieza del CVC se constata que no refluye, y es por ello, que Hematología indica su retirada, procedimiento que es realizado por el Servicio de RAVI mediante Cavografía (estudio venoso contrastado que guía el procedimiento permitiendo visualizar y descartar trombosis en los vasos sanguíneos), el día 24/02/14. La realización de este procedimiento, que, además, transcurrió sin incidencias, es fundamental para descartar que en esa fecha el paciente pudiera estar presentando alteración trombótica alguna en esa localización, achacable al catéter retirado o a cualquier otra causa, también demuestra que el paciente sí conocía el mantenimiento y seguimiento que precisaba el dispositivo implantado, y que el mismo se realizaba.

15.- En los siguientes controles evolutivos presenta incremento significativo de leucocitos y linfocitos, y de adenopatías (ganglios cervicales bilaterales de hasta 2 cm, axilares e inguinales), por lo que se diagnostica recaída de su leucemia linfática crónica (LLC), es por ello que se plantea en fecha 03/09/2015 la probabilidad, en breve, de nueva quimioterapia

debido a la progresión de la enfermedad. Se continúan solicitando estudios evolutivos (TAC, analíticas, etc.), lo que demuestra que ese momento el paciente estaba siendo adecuadamente seguido, no habiendo manifestado clínica que hiciese sospechar alteraciones tromboticas en relación con el CVC o con su propia enfermedad oncohematológica.

16.- Por progresión de su enfermedad y previo al tratamiento quimioterápico, le es realizado estudio TAC de cuello, tórax y abdomen en fecha 8/10/15 (más de 18 meses después de la retirada del catéter); en dicho estudio no hay evidencia de edema, dilatación venosa en cuello o tórax, trombosis, o cualquier otro signo que hiciera sospecharla, aunque sí presenta múltiples adenopatías en cuello y tórax, incluso de tamaño apreciable, en relación con la leucemia crónica que padece.

17.- Ante la existencia de esta recaída de la leucemia linfática crónica (LLC), el paciente recibe dos ciclos de quimioterapia, iniciando el primero en fecha 28/10/15.

18.- En fecha 16/01/17 fue atendido en el Servicio de Urgencias por cuadro de tos productiva con disnea y sensación de distermia, comentando, además, la presencia de enrojecimiento de la cara acompañada de edema, cuadros que se vienen presentando desde hace unos dos años (es la primera vez que se recoge este dato en la historia clínica, ese mismo día comenta a su Médico de Atención Primaria que dichos síntomas son de días de evolución). A la exploración presenta buen estado general y está normohidratado y normocoloreado, no se describen lesiones cutáneas, ni dolor a la palpación ni enfisema subcutáneo. Sí hay presencia de taquipnea y roncus dispersos en ambos campos pulmonares, de predominio en base derecha, no se aprecian edemas ni signos de trombosis venosa periférica. Tras la realización de radiografía de tórax que no mostraba signos de neumonía y mejoría clínica, tras ser tratado, el paciente es diagnosticado de insuficiencia respiratoria (SIR), y dado de alta para tratamiento domiciliario con antibioterapia, corticoides y broncodilatadores y seguimiento, que le es realizado por su Médico de Familia dado sus antecedentes de Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y tabaquismo, además de sus controles por Hematología. Así vemos, según estos datos, que el paciente fue adecuadamente atendido según la clínica que presentaba, y que es en esa fecha donde se recoge por primera vez datos referidos de enrojecimiento y edema en la cara, cuando habían pasado aproximadamente tres años de la retirada del catéter intravenoso.

19.- Un mes más tarde y habiendo recibido ya dos ciclos de tratamiento quimioterápico, con buena respuesta, se interrumpe el mismo por la presencia de odinofagia y tumefacción laterocervical derecha con apariencia de absceso periamigdalino, trismos, amígdalas inflamadas y asimétricas, en paciente con piezas dentales cariadas, por lo cual ingresó en ORL el día 20/02/17 con la sospecha de Síndrome de Lemierre.

20.- Realizados los estudios de imagen: Eco-doppler y TAC de cuello se objetiva trombosis total de la luz de la vena yugular interna extracraneal derecha a nivel proximal con

extensión hacia distal y trombosis parcial de la luz de la vena yugular interna extracraneal izquierda a nivel proximal, por lo que el paciente es trasladado a Medicina Interna, donde al ser rehistoriado refiere clínica de rubicundez y edema facial de predominio derecho desde años atrás, por lo que es diagnosticado por ese Servicio, de Síndrome de la vena cava superior secundario a trombosis venosa crónica en vena cava superior + ambos troncos braquiocefálicos por catéter venoso central (retirado hacía aproximadamente tres años); pese a que en el estudio TAC de control realizado en fecha 08/10/15 (más de 18 meses después de retirado el CVC) no había evidencia de trombosis en el sistema venoso de drenaje del cuellotórax.

21.- Tras el diagnóstico el paciente recibe tratamiento anticoagulante y continúa con sus seguimientos tanto por el Síndrome de vena cava superior como por la leucemia linfoide crónica que padece. Procederes adecuados y coherentes con la evolución del paciente.

22.- Por lo tanto, en relación con la propia historia del paciente, y aunque las alteraciones tromboticas diagnosticadas por el Servicio de Medicina Interna hayan sido achacadas a la existencia previa de un catéter venoso central retirado hacía tres años, no se confirma que haya existido negligencia ni falta de diligencia en los diagnósticos, procederes ni tratamientos practicados en base a:

23.- Este tipo de catéteres puede permanecer implantado durante largos períodos de tiempo en los pacientes, que como en este caso, es previsible que tengan que recibir sucesivos tratamientos a lo largo de la evolución de la enfermedad, que es crónica, y especialmente al tratarse de una persona joven.

24.- El paciente, salvo cuando no acudía a los controles debido a su problemática personal, tenía sus controles programados, era atendido conforme a la *lex artis*, y conocía del mantenimiento del CVC que llevaba implantado, y no precisaba de profilaxis con anticoagulantes, según la Sociedad Española de Oncología Médica.

25.- Cuando el catéter es retirado en fecha 24/02/14, no se retira por clínica relacionada con el mismo (no había rubor ni edema facial), sino porque se había obstruido (ya no era operativo), y su retirada se realiza bajo seguimiento radiológico contrastado, lo que confirma que en esa fecha no había trombosis alguna.

26.- Durante el seguimiento del paciente se comprobó tanto en sus controles en consultas externas como en estudio TAC realizado el 8/10/2015 que no había ninguna imagen, edema, dilatación venosa o trombosis de esa zona.

27.- Asimismo, aun considerando que el catéter subcutáneo haya tenido teóricamente algo que ver con el desarrollo del Síndrome de vena cava superior, no es en absoluto, la única causa posible, ya que la trombosis de dicha vena puede estar inducida por otros factores como por ejemplo el hábito tabáquico del paciente, la presencia de adenopatías cervicales y torácicas propias de la evolución de la enfermedad, el propio cáncer, que es un estado

procoagulante y la presencia de infecciones localizadas en la boca (caries, flemones), además del propio tratamiento con agentes citotóxicos (quimioterapia), que es inductor de un estado protrombótico».

4. Con base en lo anterior, el SIP llega a las conclusiones que siguen:

1.- El servicio público actuó en todo instante, conforme a la mejor práctica, a tenor de la evidencia médica actual, no siendo factible exigir a aquél, una acción que supere la mejor praxis sanitaria existente, siendo ésta el resultado de aplicar conocimientos científicos actualizados: Los diagnósticos, pruebas complementarias, tratamientos, y medidas adoptadas, se realizaron de forma adecuada, de acuerdo a los requerimientos y situación del paciente, siguiendo criterios, normas y protocolos actuales.

2.- Asimismo, podemos decir que el paciente ha recibido los tratamientos y los seguimientos adecuados a las patologías que ha ido presentando dentro de la evolución de su enfermedad, quedando confirmado que el paciente sí recibía el mantenimiento del catéter venoso central que tenía implantado, y que en su caso, siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Oncología Médica, no tenía indicación de profilaxis antitrombótica.

3.- Por tanto, con respecto a lo reclamado, no encontramos relación con mala praxis, inasistencia o asistencia inadecuada, sino que hubo atención tanto de cuidados como de medios, adaptados a los que el caso clínico requería en cada momento.

4. Dado el preceptivo trámite de audiencia, el reclamante reiteró que el uso prolongado del catéter puede generar trombosis de la vena cava superior y síndrome de dicha estructura venosa, máxime cuando no se acompaña de medida antitrombótica coadyuvante alguna. Que el tiempo que tuvo implantado el catéter fue de 8 años y que ello fue la causa de la trombosis que padeció, que no se han acreditado otras causas, que el mantenimiento de estos dispositivos corresponde a la entidad sanitaria y que no se ha acreditado en el expediente su ausencia a consultas de Hematología, que había informado de su traslado a Fuerteventura.

6. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por el interesado, por la asistencia sanitaria que le fue prestada, al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración.

### III

1. Como hemos reiterado en múltiples ocasiones (ver por todos, Dictamen 366/2019, de 10 de octubre), según el art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común -norma aplicable al presente caso-, pero similar al art. 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, tal como establece la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone.

Sobre la Administración únicamente recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquella toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

2. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria del reclamante por el «Síndrome de vena cava superior secundario a trombosis venosa crónica en vena cava superior + ambos troncos braquiocefálicos por catéter venoso central» se fundamenta en el mantenimiento prolongado del catéter-venoso central sin los controles y las medidas terapéuticas que tal recurso requiere.

Sin embargo, como hemos reiterado en múltiples ocasiones, sin la constatación de ese hecho es imposible establecer que existe una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por los facultativos del SCS y los supuestos daños por los que reclama. Sin la determinación de ese nexo causal no es posible la estimación de la pretensión resarcitoria.

En este caso, de la documentación clínica y de los otros informes médicos obrantes en el expediente está acreditado que el catéter que se le instaló para el tratamiento de su leucemia crónica puede ser portado durante años, como así se

decidió ante la sospecha de recaída, dada la edad joven del paciente, dándose las recomendaciones para su mantenimiento, como es habitual.

Por su parte, las afirmaciones contenidas en el dictamen aportado por el interesado con respecto a que es imprescindible adoptar medidas antitrombóticas farmacológicas durante el tiempo de permanencia de dicho aditamento al ser un elemento que puede irritar u obstruir la estructura venosa, es refutado, por una parte, por el dato de que el síndrome de vena cava superior le es diagnosticado al reclamante en el año 2017, tres años después de su retirada, que fue en el año 2014, a lo que hay que añadir, por otra parte, que según las guías actuales de la Sociedad Española de Oncología Médica, sobre profilaxis de la enfermedad tromboémbolica venosa relacionada con catéter venoso central en paciente con cáncer, no está recomendada generalmente la anticoagulación, ni el uso de trombolíticos como la aspirina, etc., por lo que no se puede decir que la actuación en este caso haya sido inadecuada, dado que, como ya se dijo, el paciente con leucemia linfocítica crónica portaba un catéter venoso central con reservorio subcutáneo que puede ser utilizado durante largos períodos de tiempo.

Cuando el catéter es retirado el 24 de febrero de 2014, no se retira por clínica relacionada con el mismo (no había rubor ni edema facial), sino porque se había obstruido (ya no era operativo) y su retirada se realiza bajo seguimiento radiológico contrastado, lo que confirma que en esa fecha no había trombosis alguna.

También es relevante destacar que, dada la recaída de su leucemia linfática crónica (LLC) y más de 18 meses después de la retirada del catéter, le es realizado el 8 de octubre de 2015 un TAC de cuello-tórax y abdomen, que diagnosticó un repunte de su leucemia crónica, pero no reveló la existencia de trombosis en el sistema venoso de drenaje del cuello-tórax, ni el paciente refirió en ningún momento sintomatología ni clínica ni radiológica que mostrara o hiciera sospechar trombosis alguna ni durante el período en el que tenía implantado el CVC ni 18 meses después de retirado el mismo.

Es el 20 de febrero de 2017, tras dos ciclos de tratamiento con quimioterapia, con buena respuesta, cuando se interrumpe dicho tratamiento por la presencia de cuadro de odinofagia, que asoció tumefacción laterocervical derecha eritematosa y dolorosa, trismus, amígdalas inflamadas y asimétricas, en paciente con piezas dentales cariadas, motivo por el cual ingresó en ORL el día 20/02/17 por sospecha de Síndrome de Lemierre.

Cuando se realizan Eco-doppler y TAC de cuello se objetiva trombosis total de la luz de la vena yugular interna extracraneal derecha a nivel proximal, con extensión hacia distal y trombosis parcial de la luz de la vena yugular interna extracraneal izquierda a nivel proximal, por lo que el paciente es trasladado a Medicina Interna donde recibe tratamiento anticoagulante. Es en ese momento, no antes, cuando el paciente precisa de tratamiento anticoagulante, dado que presenta diagnóstico de trombosis. También es en ese momento, y no antes, cuando el paciente menciona clínica de rubicundez y edema facial de predominio derecho.

Asimismo, el desarrollo del Síndrome de vena cava superior tiene varias causas posibles, ya que la trombosis de dicha vena puede estar inducida por otros factores como por ejemplo el hábito tabáquico del paciente, la presencia de adenopatías cervicales y torácicas propias de la evolución de la enfermedad, el propio cáncer, que es un estado procoagulante y la presencia de infecciones localizadas en la boca (caries, flemones), además del propio tratamiento con agentes citotóxicos (quimioterapia), que es inductor de un estado protrombótico.

3. De lo anterior se infiere que debe descartarse que el Síndrome de vena cava superior por la que reclama el interesado se deba a la asistencia sanitaria recibida (la no retirada del catéter), que, como afirma el SIP, se adecuo a la mejor praxis sanitaria existente, siendo ésta el resultado de aplicar conocimientos científicos actualizados: Los diagnósticos, pruebas complementarias, tratamientos, y medidas adoptadas, se realizaron de forma adecuada, de acuerdo a los requerimientos y situación del paciente, siguiendo criterios, normas y protocolos actuales. De ello se deriva la inexistencia de nexo causal entre el daño alegado y esa asistencia sanitaria.

En ausencia de ese elemento necesario, no es posible el nacimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, lo que necesariamente fuerza a este Consejo a concluir que la Propuesta de Resolución, desestimatoria de la pretensión resarcitoria del reclamante, se ajusta a Derecho.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, que desestima la reclamación formulada por el interesado, se considera conforme a Derecho.