



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 3 5 9 / 2 0 2 0

(Sección 2.ª)

San Cristóbal de La Laguna, a 1 de octubre de 2020.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), en representación de (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 320/2020 IDS)\**.

## F U N D A M E N T O S

### I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Sr. Consejero 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 18 de octubre de 2018, a instancias de la representación de (...), por los daños morales derivados del fallecimiento de su padre, (...) como consecuencia de la asistencia sanitaria prestada en dependencias del SCS.

2. La interesada solicita una indemnización de 500.000 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 la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (LRJSP); la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (LOSC); la Ley 41/2002,

---

\* Ponente: Sr. Belda Quintana.

de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y 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. 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) LOSC.

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.

5. No se aprecia que se haya incurrido en deficiencias en la tramitación del procedimiento que, por producir indefensión -y, por ende, la nulidad de lo actuado-, obste un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

6. Finalmente, se ha de recordar que, como repetidamente ha razonado este Consejo Consultivo (Dictamen 99/2017, de 23 de marzo, 166/2019, de 9 de mayo de 2019, y 214/2019, de 6 de junio, entre otros), el que la Administración mantenga relación contractual con una compañía de seguros, no significa que ésta sea parte en el procedimiento; puesto que la Administración responde directamente a los ciudadanos de su actuación, sin perjuicio de que a la aseguradora se le pidan los informes que considere precisos la Administración para la determinación y valoración del daño.

## II

La interesada reclama por lo siguiente:

- Desde 2012 aparecen los primeros síntomas: lipotimias, cansancio, dolor torácico, palidez extrema, sudoración profusa y analíticas alteradas. Ingresa en Cardiología donde se le realizan pruebas y al no encontrar nada anómalo, recibe el alta. La médico de cabecera atribuye sus síntomas a depresión.

- En marzo de 2013, en el Hospital Universitario de Canarias (HUC) se le diagnostica de Linfoma no Hodgkin de células B grado 1, estadio IV, con gran carga

tumoral. Se le prescribe tratamiento. Rituximab, durante 24 meses, que finaliza en noviembre de 2015. Se indican analíticas y PET cada tres o cuatro meses y seguimiento exhaustivo.

- En el 2017, el tumor iba creciendo, pero según la hematóloga, no había síntomas B suficientes para poner 2ª línea, a pesar de que el paciente pidió que se le aplicara el tratamiento.

- En mayo de 2017, se había comprobado la progresión de la enfermedad con biopsia de ADP supraclavicular.

- En septiembre presenta un gran deterioro físico y mental, porque el paciente cada vez se sentía peor y no le aplicaban tratamiento. Aumenta el perímetro abdominal y el deterioro renal.

- El 26 de septiembre de 2017, se le administra Rituximab, entra en parada respiratoria y tienen que intubarlo y llevarlo a UVI, donde pasó dos días por sufrir un shock anafiláctico.

- La biopsia de confirmación, que se solicitó el 19 de septiembre de 2017, no se realizó hasta diciembre de 2017. Tras ir empeorando, los hematólogos deciden tratarlo en 2ª línea con R- Bendamustina.

- Al salir de la UVI se le administra, únicamente Bendamustina, produciéndose una leve mejoría en cuanto a los síntomas B, no al tumor en sí. Se le da el alta el 13 de octubre de 2017 e ingresa nuevamente el 16 de octubre de 2017.

- El 26 de octubre de 2017, se le administra segundo ciclo de Bendamustina.

- El 27 de octubre de 2017, se le administra segunda dosis del segundo ciclo de Bendamustina.

- El 6 de noviembre de 2017, presenta TEP pulmonar derecho de características agudas.

- El 23 de noviembre de 2017, se solicita, con carácter preferente, al Servicio de Cirugía General de Coordinación A, la realización de la biopsia, ya que la B nunca atendió a la petición.

- Se realiza biopsia por laparotomía en diciembre de 2017. Diagnóstico: Linfoma B, alto grado doble hit.

- Se decide por el hematólogo, tratamiento de 3ª línea y se decide tratamiento quimioterápico los días 6,7 y 8 de diciembre.

- Fallece el 26 de diciembre de 2017.

La interesada entiende que existe responsabilidad de la Administración por cada una de las siguientes actuaciones sanitarias llevadas a cabo en la atención al paciente: por la no detección del diagnóstico del linfoma en el 2012; por no diagnosticar ni tratar la recaída de 2017; por insuficiente protección al paciente ante los tratamientos agresivos (Rituximab); por la prescripción inadecuada de quimioterapia + AINES; Por la falta de medios adecuados para obtener un diagnóstico; por infecciones intrahospitalarias.

### III

1. En cuanto al procedimiento de la reclamación patrimonial, se han realizado los siguientes trámites relevantes:

- El procedimiento se inició por la presentación de la reclamación el 18 de octubre de 2018.

- Mediante Resolución de 25 de octubre de 2018 se admitió a trámite la reclamación presentada, la cual se notificó a la interesada y a las entidades aseguradoras del HUC, donde se produjo el daño por el que se reclama.

- Ese mismo día se remite solicitud al Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) para que, una vez recabada la historia clínica y previo informe de los servicios intervinientes que presuntamente hayan ocasionado la presunta lesión (en este caso, los Servicios de Hematología y Hemoterapia del HUC y de Cirugía General-A del HUC, entre otros), informe sobre las lesiones producidas, relación de causalidad con el funcionamiento del servicio y cuantificación de los daños.

- Una vez recabada la documentación clínica e informes pertinentes, el informe del SIP se emite el 10 de julio de 2019.

- Dictado acuerdo probatorio, practicadas las pruebas testificales propuestas por la interesada, y abierto el preceptivo trámite de audiencia, por esta se formularon alegaciones en las que reitera la existencia de negligencia médica que provocaron al paciente lesiones por las que finalmente falleció (errores y/o retrasos de diagnóstico, protección inadecuada frente a tratamientos agresivos, errores en la administración de fármacos, largas estancias hospitalarias innecesaria, infecciones intrahospitalaria y falta de medios adecuados para prestar la asistencia).

- La Propuesta de Resolución, de 28 de julio de 2020, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por la interesada al no concurrir los

requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración, ya que entiende que la asistencia sanitaria que le fue prestada al paciente fue conforme a la *lex artis*, sin que sea informada por la Asesoría Jurídica Departamental al citarse casos concretos análogos resueltos por la citada Asesoría Jurídica.

2. 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).

## IV

1. El Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP) emite informe que acredita la siguiente sucesión cronológica de hechos:

- Desde 2012 aparecen en el paciente los primeros síntomas: lipotimias, cansancio, dolor torácico, palidez extrema, sudoración profusa y analíticas alteradas. Por presentar edemas en las piernas Ingresa en el Servicio de Cardiología donde se le realizan pruebas y al no hallar nada anómalo, recibe el alta. La Médico de Cabecera atribuye sus síntomas a la medicación psiquiátrica que recibía por depresión.

- En marzo de 2013, en el HUC se le diagnostica de Linfoma no Hodgkin de células B grado I, estadio IV, con gran carga tumoral. Se le prescribe tratamiento Rituximab, durante 24 meses, que finaliza en noviembre de 2015. Se indica PET (tomografía por emisión de positrones). La tomografía por emisión de positrones (PET) permite obtener imágenes del interior del organismo y detecta la actividad metabólica de las células. Se emplea sobre todo para el diagnóstico y seguimiento del cáncer. Analíticas cada tres o cuatro meses y seguimiento exhaustivo. Se extraen células madre del paciente para un futuro autotrasplante.

Se realiza radioterapia en palas iliacas.

- En el 2017, el tumor iba creciendo pero según la Médico Hematóloga, no había síntomas B suficientes para poner 2a línea de tratamiento.

- En mayo de 2017, se había comprobado la progresión de la enfermedad con biopsia de adenopatía (ADP) supraclavicular.

- El paciente ingresó en el Hospital en septiembre (habitación con aislamiento), y 11 días más tarde se realiza nuevo PET. Asimismo, el 19 de septiembre se solicitó biopsia de confirmación.

- El 26 de septiembre de 2017, se le administra Rituximab, entra en parada respiratoria y tienen que intubarlo y llevarlo a UVI, donde estuvo ingresado dos días por sufrir un shock anafiláctico. Aunque ya había recibido este fármaco una 18 veces antes de ese shock anafiláctico. Al romperse el aislamiento asegurado en la habitación hospitalaria y ser trasladado -sin otro remedio- a la UVI cabría la posibilidad de contraer infecciones hospitalarias que harían peligrar la vida del paciente.

- La biopsia de confirmación, que se solicitó el 19 de septiembre de 2017, no se realizó hasta diciembre de 2017. Entre tanto, los Médicos Hematólogos deciden tratar al paciente con una 2a línea de tratamiento con R-Bendamustina, prescindiendo del Rituximab.

- Al salir de la UVI el tratamiento con Bendamustina, produce una leve mejoría en cuanto a los síntomas B, no al tumor en sí. Se le cursa el Alta el 13 de octubre de 2017 en evitación de las Infecciones hospitalarias (nosocomiales) e ingresa nuevamente el 16 de octubre de 2017.

- El 27 de octubre de 2017, se le administra segundo ciclo de Bendamustina. Por la mala función renal, se le realiza nefrostomía bilateral, permaneciendo el paciente con dos bolsas de orina y sonda vesical. Comienzan las infecciones nasales.

- El 3 de noviembre de 2017, se realiza Biopsia por ECO. En esos días se coloca un catéter en J para reanudar la conexión de ambos riñones con la vejiga urinaria.

- El 6 de noviembre de 2017, presenta Tromboembolismo pulmonar (TEP) derecho de características agudas.

- El 13 de noviembre de 2018 (*sic*, debe decir 2017), se realiza TAC retroperitoneal y se extraen tres muestras sin resultados concluyentes.

13.- El 23 de noviembre de 2017, se solicita, con carácter preferente, al Servicio de Cirugía General de Coordinación A, la realización de la biopsia.

- El paciente siempre fue informado de la supervivencia, las líneas de tratamiento y del autotrasplante de médula.

- El día 28 de noviembre de 2018 (*sic*, debe ser 2017), comenzó con picos febriles.

- El día 30 de noviembre padece un Herpes Zóster en glúteos con dolor.
- El 1 de diciembre de 2018 (*sic*, debe ser 2017), se realiza biopsia por laparotomía. Diagnóstico: Linfoma B, alto grado doble hit.
- Se decide por el Médico Hematólogo, tratamiento de 3a línea con quimioterápico ICE los días 6,7 y 8 de diciembre.
- El 21-12-2018 (*sic*, debe ser 2017), la TAC realizado indica: enfermedad estable.
- Sin embargo, sufre dos hemorragias cerebrales. El servicio de Neurocirugía descartó la posibilidad de intervención quirúrgica y recomendó tratamiento conservador.
- El paciente padeció convulsiones con fallo multicolor, siendo exitus el 26 de diciembre de 2017 a las 7:00 h.

2. Continúa el citado informe del SIP efectuando las siguientes consideraciones:

*«CONSIDERACIONES*

*1.- Los linfomas denominados no hodgkinianos (LNH), para diferenciarlos del Linfoma de Hodgkin enfermedad de características y pronóstico distintos, son neoplasias hematológicas que tienen en común su origen en células linfoides de distintos tipos.*

*Dentro del término LNH se incluyen más de 20 tipos distintos de cáncer, cada uno con sus características individuales.*

*En los LNH, una célula linfoide, detenida en un determinado estadio madurativo, se reproduce de forma incontrolada, causando con el tiempo el aumento de tamaño del órgano en el que se producen. Dado que el tejido linfático se encuentra en todo el cuerpo, los linfomas pueden aparecer en cualquier parte del organismo y, a partir de allí, diseminarse a otros órganos y tejidos. En la mayoría de los casos empiezan con una infiltración en un ganglio linfático (formas ganglionares), pero otras veces pueden aparecer en otros órganos como el aparato digestivo, la piel, el cerebro, el bazo, el riñón u otros órganos (formas extraganglionares).*

*En el caso que estudiamos, el paciente no presentaba un ganglio linfático inflamado significativo en el que poder practicar un PAAF (Punción a la aguja fina) o una biopsia.*

*La incidencia general de los linfomas no hodgkinianos en nuestro país oscila entre 30 y 70 nuevos casos por millón de habitantes y año. Son algo más frecuentes entre los hombres y entre pacientes con enfermedades del sistema inmune (SIDA, inmunodeficiencias, receptores*

de trasplantes de órganos, enfermedades autoinmunes), infecciones (gastritis por *Helicobacter*, virus de Epstein Barr), y pacientes tratados con quimioterapia o radioterapia.

Aunque de forma mucho menos frecuente, es un tipo de cáncer que también puede afectar a los niños.

## 2.- Tipos de linfomas no Hodgkin:

Desde un punto de vista práctico los LNH se pueden dividir en dos grandes grupos en función de su velocidad de crecimiento.

Los linfomas agresivos, también conocidos como linfomas de alto grado, que tienden a crecer y extenderse rápidamente y suelen provocar síntomas graves. Los más frecuentes son el linfoma difuso de células grandes B (1/3 de todos los linfomas), el linfoma de células del manto, el linfoma T periférico, el linfoma de Burkitt y el linfoma linfoblástico (equivalente a un tipo de leucemia linfoblástica aguda).

Los linfomas indolentes, también llamados linfomas de bajo grado, tienen un comportamiento menos agresivo, con adenopatías de años de evolución y con estado general conservado, a pesar de hallarse por lo general muy extendidos (estadios III y IV). Los más frecuentes son el linfoma folicular, el linfoma de linfocitos pequeños (equivalente a una leucemia linfática crónica), el linfoma linfoplasmocítico/macroglobulinemia de Waldenström), el linfoma de la zona marginal (en los que se incluyen los linfomas MALT) y los linfomas cutáneos T (micosis fungoide y síndrome de Sézary).

Paradójicamente, los LNH agresivos acostumbran a responder bien a los tratamientos quimioterápicos, mientras que los linfomas indolentes son muy difíciles de erradicar por completo, aunque con los tratamientos actuales los pacientes pueden vivir muchos años y la mayoría del tiempo sin síntomas.

Los tipos de linfomas más comunes se presentan basándose en si se originan de los linfocitos B (células B) 85% o de los linfocitos T (células T) 15%.

## 3.- Causas:

Existen muchos tipos de linfomas no Hodgkin. Una de las clasificaciones (agrupaciones) es de acuerdo con la rapidez con que se propaga el cáncer. Este puede ser de bajo grado o escasa malignidad (crecimiento lento), de grado intermedio o de grado alto (crecimiento rápido).

Para la mayoría de las personas, la causa de este cáncer se desconoce. Sin embargo, los linfomas se pueden desarrollar en personas con sistemas inmunitarios debilitados, entre ellas quienes se han sometido a un trasplante de órganos o tienen infección por VIH.

El linfoma no Hodgkin afecta con mayor frecuencia a los adultos. Los hombres lo presentan más frecuentemente que las mujeres. Los niños pueden igualmente presentar algunas formas de este linfoma.

#### 4. - Los síntomas

*Los síntomas de los LNH son muy variables y dependen de cada tipo específico de linfoma y de los órganos que estén afectados.*

*Un gran porcentaje de pacientes son diagnosticados al detectarse una adenopatía. El término adenopatía o linfadenopatía se usa en medicina para describir un aumento del tamaño o la inflamación de un ganglio linfático. Pero como dijimos, el paciente no mostraba ganglio alguno inflamado destacable.*

*De forma característica los pacientes sintomáticos pueden presentar fiebre y escalofríos intermitentes, picazón, sudoración nocturna, pérdida de peso, fatiga e infecciones de repetición (Síntomas B). También pueden producirse manifestaciones como consecuencia del crecimiento del tamaño del bazo (molestias abdominales), de la compresión de un órgano por un tumor de gran tamaño (Tos o dificultad para respirar si el cáncer afecta el timo o los ganglios linfáticos en el pecho, lo cual puede ejercer presión sobre la tráquea o sus ramificaciones, tos, dolor lumbar o abdominal) o del mal funcionamiento de un órgano por su infiltración por las células cancerosas, Hinchazón o dolor abdominal, lo que puede llevar a pérdida del apetito, estreñimiento, náuseas y vómitos, Dolor de cabeza, problemas de concentración, cambios de personalidad o crisis epilépticas si el cáncer afecta el cerebro.*

*Inflamación de los ganglios linfáticos en el cuello, las axilas, la ingle u otras áreas.*

*Los linfomas se suelen clasificar en cuatro estadios en función del número y la localización de los ganglios linfáticos afectados; según estos ganglios linfáticos estén por encima, por debajo o a ambos lados del diafragma, y si la enfermedad se ha extendido a la médula ósea, bazo, o a órganos ajenos al sistema linfático, como el hígado.*

#### 5. - Diagnóstico

*Para efectuar el diagnóstico adecuado del tipo de linfoma, deberá realizarse una biopsia de uno de los ganglios aumentado de tamaño y deberá hacerse el estudio de extensión de la enfermedad (exploraciones encaminadas a averiguar cuántos territorios ganglionares se hallan afectados). Para ello deberán efectuarse análisis de sangre, una o varias pruebas de imagen (radiografías, ecografía, gammagrafía, escáner torácico, abdominal y pélvico, PET corporal) y una biopsia de médula ósea (biopsia del hueso de la cadera) para poder valorar si está afectada por el linfoma.*

*Se llevará a cabo un examen físico y revisará zonas del cuerpo con ganglios linfáticos para sentir si están inflamadas.*

*La enfermedad se puede diagnosticar después de una biopsia del tejido sospechoso, generalmente una biopsia de ganglio linfático.*

*Otros exámenes que se pueden hacer incluyen:*

- Examen de sangre para revisar niveles de proteínas, funcionamiento del hígado, funcionamiento del riñón y nivel de ácido úrico, tomografías computarizadas de Tórax, abdomen y pelvis; biopsia de médula ósea analítica hematológica, examen pulmonar en previsión de Tromboembolismo pulmonar (TEP)

Si los exámenes revelan la existencia de LNH, se harán pruebas adicionales para ver hasta dónde se ha diseminado. Esto se denomina estadificación. La estadificación ayuda a guiar un futuro tratamiento y seguimiento.

En función de las áreas afectas, los linfomas se clasifican en:

- Estadio I: Afección de un único territorio ganglionar o de una sola localización extralinfoide.

- Estadio II: Afección de dos o más territorios ganglionares o estructuras linfoides en el mismo lado del diafragma.

- Estadio III: Afección de territorios ganglionares o estructuras linfoides a ambos lados del diafragma.

- Estadio IV: Afección diseminada de una o más localizaciones extraganglionares (médula ósea, piel, hígado u otros órganos), con o sin afección ganglionar. Es el estadio que sufre el paciente.

El estadio del linfoma va acompañado de las letras A, B, E o S.

- A: El paciente no presenta fiebre, pérdida de peso o sudores nocturnos.

- B: El paciente presenta síntomas (fiebre, pérdida de peso o sudores nocturnos).  
(Síntomas B)

- E: Se encuentra linfoma en un órgano o tejido que no es un ganglio o el bazo.

- S: El cáncer se encuentra en el bazo.

6.- En los linfomas agresivos procede realizar una punción lumbar para estudiar el líquido cefalorraquídeo y poder detectar infiltración del sistema nervioso central por la enfermedad.

En los pacientes jóvenes que así lo deseen, dado que normalmente el inicio de tratamiento no suele ser urgente, procede efectuar criopreservación de semen en los varones y de preservación de la fertilidad en las mujeres.

## 7.- Tratamiento

Al igual que los síntomas, el tratamiento de los LNH es variable en función del tipo de linfoma, la edad y el estado general del paciente, la extensión de la enfermedad y la progresión de la misma.

*Como norma general, los linfomas denominados indolentes (o de bajo grado de malignidad), a pesar de que a veces pueden hallarse muy extendidos por el organismo, tienen una muy lenta evolución, por lo que pueden no requerir tratamiento inmediato tras el diagnóstico de la enfermedad. En ellos, la respuesta al tratamiento suele ser buena pero casi nunca curativa del todo por lo que, con el tiempo, el linfoma volverá a aparecer.*

*Contrariamente, los linfomas agresivos (o de alto grado de malignidad) tienen una evolución más rápida, hecho que obliga a tratarlos rápidamente, pero suelen responder muy bien al tratamiento, siendo frecuente alcanzar la remisión completa de la enfermedad (ausencia de síntomas y de enfermedad demostrable empleando los métodos de estudio de extensión antes citados) y en muchos casos la curación de la misma.*

*El tratamiento de los linfomas indolentes puede variar entre los distintos subtipos. Así, en el linfoma folicular (el más frecuente) y en pacientes asintomáticos, la abstención terapéutica se considera la actitud más adecuada. En pacientes con enfermedad localizada, la radioterapia puede ser el mejor tratamiento. Para el resto de pacientes, no existe un tratamiento que pueda considerarse estándar, pero los actuales se basan en el empleo de Rituximab (anticuerpo monoclonal contra el receptor CD20 que presentan específicamente las células linfoides neoplásicas) asociado a uno o varios agentes quimioterápicos clásicos. Si no hay respuesta al tratamiento o la enfermedad vuelve a aparecer, puede plantearse un esquema quimioterápico distinto que podrá incluir también otros anticuerpos monoclonales o fármacos contra nuevas dianas terapéuticas. En el caso que nos ocupa, se le administró Bendamustina como segunda línea del tratamiento y quimioterapia ICE en tercera línea de tratamiento. En algunos casos, en función de la respuesta, la edad y estado general del paciente, se podrá considerar realizar un trasplante autogénico (del propio paciente) o un trasplante alogénico (de donante compatible) de intensidad reducida.*

*Por contra, en los linfomas MALT el tratamiento se basa en combatir el estímulo antigénico que ha originado la transformación neoplásica (infecciones, procesos inflamatorios locales, enfermedades autoinmunes, etc.) por lo que el tratamiento puede ser únicamente el tratamiento de la infección o la patología causal, si bien en estadios avanzados o si el linfoma no responde a los tratamientos anteriormente citados suele ser necesario añadir al mismo quimioterapia convencional asociada o no a Rituximab.*

*El tratamiento de los linfomas agresivos también es variable en función del tipo de linfoma, su extensión, la edad y estado general del paciente. Así, en el más frecuente, el linfoma difuso de células grandes B, el esquema quimioterápico más empleado es el denominado R-CHOP, que asocia Rituximab a ciclofosfamida, adriamicina, vincristina y prednisona, con una frecuencia de administración y número de ciclos variable según cada caso. La radioterapia puede ser efectiva para tratar áreas afectas localizadas o masas muy grandes. El trasplante de progenitores hematopoyéticos (normalmente autogénico y más*

excepcionalmente alogénico) queda limitado en esta enfermedad a los pacientes refractarios al tratamiento de primera línea o en recaída, siempre que la enfermedad permanezca quimiosensible.

*El tratamiento depende de:*

- *El tipo de LNH*
- *El estadio del cáncer apenas se lo diagnostican*
- *Su edad y salud general*
- *Síntomas, que incluyen pérdida de peso, fiebre y sudoración nocturna*

*Puede administrarse quimioterapia radioterapia o ambas. O es posible que no necesite tratamiento inmediato.*

*En algunos casos, se puede usar la radioinmunoterapia. Esto implica unir una sustancia radiactiva a un anticuerpo que esté dirigido a las células cancerosas e inyectar la sustancia dentro del cuerpo.*

*Se puede intentar un tipo de quimioterapia llamada terapia dirigida. Utiliza un fármaco para apuntarle directamente a objetivos específicos (moléculas) en o sobre las células cancerosas.*

*Usando estos objetivos, el fármaco inhabilita las células cancerosas por lo que no pueden diseminarse.*

*Se pueden administrar dosis altas de quimioterapia cuando el LNH reaparece o no responde al primer tratamiento aplicado. Esto va seguido de un trasplante de células madre autólogo (usando sus propias células madre) para recuperar la médula ósea después de las altas dosis de quimioterapia. Con ciertos tipos de LNH, estas medidas terapéuticas se utilizan en la primera remisión para buscar y lograr una cura.*

*Al paciente se le extrajeron células madre.*

*Es posible que se necesiten transfusiones de sangre o de plaquetas si los recuentos de glóbulos son bajos.*

*Posibles complicaciones El LNH en sí mismo y su tratamiento pueden conllevar problemas de salud. Estos incluyen:*

- *Anemia hemolítica autoinmunitaria, una afección en la cual el sistema inmunológico destruye los glóbulos rojos*
- *Infección. El paciente sufrió infección nasal y herpes zóster en glúteo*
- *Efectos secundarios de los medicamentos de quimioterapia. El paciente sufrió shock anafiláctico por el Rituximab*

*8. - Pronóstico*

*El pronóstico es muy variable para cada subtipo de linfoma. Así, en los linfomas foliculares, a pesar de la escasa probabilidad de curación completa con el tratamiento, la probabilidad de supervivencia es muy prolongada y la mayoría de pacientes viven más de 10 años después del diagnóstico. Por contra, los linfomas agresivos, suelen responder muy bien al tratamiento y la probabilidad de curación de un paciente con un linfoma difuso de células grandes, que pueda recibir el tratamiento de forma correcta, se sitúa en el 60-80%.*

*9.- Al respecto aclarar que la enfermedad -en este caso, enfermedad neoplásica/cancerosa del LNH- es un proceso evolutivo y como tal tiene fases. Resultaría fácil diagnosticar, con todas las fases expuestas. La sospecha diagnóstica está basada en la presencia de síntomas y signos, pero si éstos no se manifiestan, no es posible tal sospecha».*

### 3. Finalmente, el informe del SIP llega a las siguientes conclusiones:

#### «CONCLUSIONES

*1.- En la mayoría de los casos los LNH empiezan con una infiltración en un ganglio linfático (formas ganglionares), pero en ocasiones pueden aparecer en otros órganos como el aparato digestivo, la piel, el cerebro, el bazo, el riñón u otros órganos (formas extraganglionares) y son difíciles de detectar salvo que en estos órganos se produzca sintomatología por compresión habida cuenta las grandes masas de adenopatías que los circundan.*

*En el caso que estudiamos, el paciente no presentaba un ganglio linfático inflamado significativo (forma ganglionar) en el que poder practicar un PAAF (Punción a la aguja fina) o una biopsia.*

*2.- Según la Médico Hematóloga, no existirían síntomas B suficientes para instaurar una 2ª línea de tratamiento. Los síntomas B se refiere a síntomas sistémico de fiebre, prurito, sudores nocturnos y pérdida de peso. La presencia o ausencia de síntomas B tiene un valor pronóstico y se recoge en el estadiaje de estos linfomas.*

*El PET de mayo de 2016 informó de la progresión de la enfermedad, pero sin síntomas B para instaurar la segunda línea de tratamiento.*

*3.- En los primeros días de septiembre, el paciente presenta un gran deterioro físico y mental, y cada vez se sentía peor. Aumenta el perímetro abdominal y el deterioro renal. La Médico de Cabecera indicó que los síntomas que padecía eran propios de la enfermedad. No traslado a hospital. Recomienda acudir a la cita prevista.*

*4.- El Rituximab es un anticuerpo monoclonal contra el receptor CD20 que presentan específicamente las células linfoides neoplásicas. Además, se puede asociar a uno o varios agentes quimioterápicos clásicos. Es el anticuerpo monoclonal más utilizado como tratamiento de primera línea en el LNH.*

*En el paciente el Rituximab siempre provocaba algún tipo de alergia, pero pasajera. En cambio 26 de septiembre de 2017 la reacción al Rituximab derivó en Shock Anafiláctico. Este hecho provocó que se sustituyese el Rituximab por una segunda línea de tratamiento con Bendamustina y quimioterapia ICE en tercera línea de tratamiento.*

*5.- Este tipo de cáncer (LNH) tiene un crecimiento y evolución lenta. En el caso que nos ocupa los primeros síntomas pueden remontarse al año 2012 y constatamos que fue le diagnosticado en marzo de 2013. Estuvo en tratamiento hasta el año 2015 sin progresión de la enfermedad.*

*El PET informó de la probable progresión del LNH, en mayo de 2016.*

*Por tanto, las pruebas complementarias para los LNH no suelen indicarse (resulta infrecuente) de forma urgente, ni preferente, y pueden solicitarse, acomodando las citas a la gestión más conveniente que precise el hospital, obviamente siempre sobrecargado.*

*6.- En el HUC al paciente le practicaron tres biopsias:*

*- En mayo de 2017, Biopsia de adenopatía (ADP) supraclavicular.*

*- El 3 de noviembre de 2017, Biopsia por ECO.*

*- En diciembre de 2017, Biopsia por laparotomía por el Servicio de Cirugía General de Coordinación A.*

*7.- Por la observación de la Historia Clínica e Informes analizados, obrantes en el expediente y emitidos por los Servicios Asistenciales del Servicio del Servicio Canario de la Salud que atendieron a la paciente, debe inferirse que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas, en el curso de la atención otorgada y, por lo tanto, la actuación dispensada, debe calificarse de: Correcta.*

*8.- Por lo tanto estimamos que, para determinar la responsabilidad de la Administración Sanitaria, fuera parte del daño suscitado y nexo de causa entre éste y la atención médica dispensada, debe existir una infracción que pueda demostrarse, del arte adecuado de actuación en los profesionales Médicos denominado: lex artis, siendo éste el referente para determinar la actuación correcta de aquéllos. La lex artis ad hoc (correcto acto médico ejecutado por el profesional de la Medicina) es fundamental pues permite delimitar los supuestos en los que verdaderamente puede haber lugar a responsabilidad, exigiendo que no solo exista el elemento de la lesión si no también la infracción de dicha lex artis. Observamos que se han seguido las pautas diagnósticas y terapéuticas establecidas en estos casos, no existiendo evidencia de que la asistencia prestada haya sido inadecuada a la lex artis.*

*De tal modo es esto así, que si no es posible asociar al efecto dañoso, una infracción de la lex artis, no cabría estimar la reclamación que se promueve.*

*Consideramos que en modo alguno debe deducirse responsabilidad en la Administración Sanitaria por toda actuación de los servicios asistenciales que tenga relación causal con el efecto dañoso suscitado. La responsabilidad sólo derivaría de la inadecuada atención y disposición de medios médico-quirúrgicos. Así pues, si no está presente esa inadecuada atención y disposición de medios, se entiende que el daño ocurrido no resulta antijurídico y por tanto, aquél, no es imputable a la Administración Sanitaria.*

*Desde otro punto de vista, la mera relación causal si la hubiere, entre la atención médica prestada y el resultado adverso, no generaría per se responsabilidad en la Administración, siempre y cuando se hubiesen dispuesto para la atención de la paciente, de los medios que -de modo razonable-, se precisaran para el diagnóstico.*

*9.- La numerosa jurisprudencia del Tribunal Supremo y de los Tribunales Superiores de Justicia, nos señala que no por reiterado deja de ser cierto que “ (...) a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficiario para el paciente (...) ” La lex artis constituye un principio según el cual la labor médica es una obligación de medios y no de resultados.*

*10.- Este razonamiento es apropiado, ya que incluso en una buena práctica asistencial, no es posible prever todo efecto nocivo y por ende, la Administración Sanitaria no puede tornarse en una entidad de curación asegurada en todo procedimiento asistencial, ni ser señalada como la causante de todo daño que se produzca en el transcurso de cualquiera de sus correctas actuaciones. La Medicina se limita, en la actualidad, a proporcionar los medios para intentar la prevención, paliación o sanación de las patologías, sin pretender que el resultado de un procedimiento médico-quirúrgico sea siempre el esperado y sin garantizar resultados exitosos en lo que a recuperación de la salud disipada, se refiere.*

*11.- No queda resuelto por parte del señor reclamante, que la asistencia sanitaria dispensada fuera contraria a la lex artis, ni que se produjera quebranto de las reglas inherentes a la misma; y no se infiere, por ello, que hubiese mala praxis; antes bien, puede sostenerse que existen numerosos elementos de juicio en la historia clínica que acreditan una correcta asistencia y, por tanto, NO debe establecerse responsabilidad patrimonial ya que la existencia de ésta requiere de nexo causal -que entendemos no existe- entre la atención médica prestada y el resultado adverso; toda vez que para haber lugar a declarar la responsabilidad en la Administración Sanitaria, es indispensable que ésta se demuestre y pruebe por quién la pretende.*

12.- *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.*

13.- *Por todo lo hasta ahora expuesto, el Servicio de Inspección Médica y Prestaciones, a la vista de la documentación recabada luego de analizada la reclamación y a la luz de los hechos advertidos, considera -por conclusión razonada- que no cabe estimar la actuación de los Servicios Asistenciales de la Administración Sanitaria como la causa del daño reclamado, toda vez que la asistencia prestada se ajustó a la *lex artis ad hoc*, valorando como correcta la actuación dispensada por aquéllos, y, por tanto, carente de antijuridicidad; no hallando nexo de causalidad -necesario para la pretensión reclamada-, ni proceder anormal alguno en el curso del proceso asistencial de: Síndrome proliferativo; Linfoma Folicular estadio IV-B, con gran carga tumoral. La transformación de un linfoma folicular a linfoma difuso de células grandes B, es la causa de muerte más frecuente en los pacientes con Linfomas Foliculares, como ocurrió en el paciente del ERP analizado.*

14.- *Por consiguiente, no concurriendo los requisitos determinantes de responsabilidad, el Servicio de Inspección Médica considera que no procede estimar Responsabilidad Patrimonial en la Administración Sanitaria».*

## V

1. Hemos reiterado en múltiples ocasiones (por todos, Dictamen 64/2020, de 18 de febrero), que según el actual art. 32.1 LRJSP -similar al anterior art. 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común- el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, 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 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 aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

2. Como también hemos dichos en múltiples ocasiones (ver por todos, Dictamen 57/2020, de 18 de febrero, en el ámbito de la sanidad, la Sentencia del Tribunal Supremo de 28 de marzo de 2007 afirma que *«la responsabilidad de la Administración sanitaria no deriva, sin más, de la producción del daño, ya que los servicios médicos públicos están solamente obligados a la aportación de los medios sanitarios en la lucha contra la enfermedad, mas no a conseguir en todos los supuestos un fin reparador, que no resulta en ningún caso exigible, puesto que lo contrario convertiría a la Administración sanitaria en una especie de asegurador universal de toda clase de enfermedades. Es por ello que, en cualquier caso, es preciso que quien solicita el reconocimiento de responsabilidad de la Administración acredite ante todo la existencia de una mala praxis por cuanto que, en otro caso, está obligado a soportar el daño, ya que en la actividad sanitaria no cabe exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, pues la función de la Administración sanitaria pública ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria con empleo de las artes que el estado de la ciencia médica pone a disposición del personal sanitario, mas sin desconocer naturalmente los límites actuales de la ciencia médica y sin poder exigir, en todo caso, una curación»*).

Asimismo, entiende el Tribunal Supremo en sentencia de 23 de septiembre de 2009 (recurso de casación n.º 89/2008) *«que el hecho de que la responsabilidad sea objetiva, no quiere decir que baste con que el daño se produzca para que la Administración tenga que indemnizar, sino que es necesario, además, que no se haya actuado conforme a lo que exige la buena praxis sanitaria, extremos éstos que deben quedar acreditados para que se decrete la responsabilidad patrimonial de la Administración»*.

La Sentencia del Tribunal Supremo de 11 de abril de 2014 declara también:

*«Las referencias que la parte recurrente hace a la relación de causalidad son, en realidad un alegato sobre el carácter objetivo de la responsabilidad, que ha de indemnizar en todo caso, cualquier daño que se produzca como consecuencia de la asistencia sanitaria.*

*Tesis que no encuentra sustento en nuestra jurisprudencia tradicional, pues venimos declarando que es exigible a la Administración la aplicación de las técnicas sanitarias, en función del conocimiento en dicho momento de la práctica médica, sin que pueda mantenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño. La responsabilidad sanitaria nace, en su caso, cuando se ha producido una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado. Acorde con esta doctrina, la Administración sanitaria no puede ser,*

por tanto, la aseguradora universal de cualquier daño ocasionado con motivo de la prestación sanitaria».

De lo anterior se desprende, pues, que cumple a los facultativos prestar la asistencia sanitaria aconsejable en cada caso con los medios adecuados a su alcance, pero no garantizar un resultado, por lo que la obligación de indemnizar solo surgirá cuando se demuestre que la actuación de los servicios sanitarios fue defectuosa o negligente, ya sea en el diagnóstico de la enfermedad o en su tratamiento.

3. En el presente procedimiento la pretensión resarcitoria de la reclamante se fundamenta en que hubo negligencia en la asistencia sanitaria que se prestó al padre de la reclamante.

Sin embargo, sin la constatación de estos extremos de 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.

La Propuesta de Resolución, con fundamento en los distintos informes y pruebas obrantes en el expediente, refuta las alegaciones de la reclamante, que se limita a exponer una serie de afirmaciones sobre la existencia de negligencias médicas que le produjeron la muerte al paciente. Sin embargo, de la documentación clínica y de otros informes médicos obrantes en el expediente se desprende que se le prestó una adecuada atención médica: se le realizaron todas las pruebas diagnósticas necesarias y los tratamientos pertinentes de acuerdo con la evidencia científica disponible, por lo que en su manejo se ha respetado exquisitamente la *lex artis*, sin que hubiera demora en el diagnóstico ante la falta de síntomas, los tratamientos fueron los adecuados ante los síntomas presentes, las distintas pruebas y tratamientos se fueron realizando a medida que se iban requiriendo, sin que se aprecie tardanza en su realización (la última biopsia solicitada se intentó de tres maneras distintas, las dos primeras fueron infructuosas y la quirúrgica se realizó en un plazo de 11 días), no siendo determinantes, por demás, las infecciones hospitalarias que el paciente sufrió en el desgraciado resultado final.

En suma, pese a la atención recibida, el *exitus* del paciente se debió al desarrollo de su grave patología, linfoma no hodgkiniano.

En definitiva, este Consejo entiende que la asistencia prestada ha sido en todo momento conforme a la *lex artis ad hoc*, según la jurisprudencia aludida anteriormente, ya que se realizaron las pruebas necesarias y se trató adecuadamente

al paciente en todas las fases de su patología; esa adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis* rompe el necesario nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y los daños por los que se reclama y, por ende, impide, al ser un requisito esencial para ello, el surgimiento de la responsabilidad de la Administración prestadora del servicio, por lo que se ha de concluir que la Propuesta de Resolución, que desestima la pretensión resarcitoria de la reclamante, es conforme a Derecho.

## C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución, desestimatoria de la reclamación formulada por la interesada, se considera adecuada a Derecho.