



Consejo Jurídico
de la Región de Murcia

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 2 de mayo de 2006, x. presenta reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración regional por los daños sufridos con ocasión de la asistencia recibida del Servicio Murciano de Salud.

Según la reclamante, sufrió daños considerables como consecuencia de la no detección a tiempo por el equipo médico del Hospital "Reina Sofía" de Murcia de un tumor, pretendiendo realizarle una operación de cirugía de "tumor colon transverso-ángulo hepático colon", en lugar de la resección del tumor, que es lo que exigen los protocolos médicos.

Así mismo, afirma que las pruebas necesarias para detectar el tumor no se le hicieron hasta dos días antes de la operación, "*lo cual no concuerda con una práctica adecuada médica que debe evitar y prever las consecuencias de una actuación*".

Según relata, el 3 de diciembre de 2004, acude al Servicio de Urgencias del Hospital remitida por el médico de cabecera para descartar hepatitis, dada la elevación de transaminasas que presentaba la paciente, lo que fue atribuido a contingencias laborales, pautando tratamiento farmacológico.

Con posterioridad, entre el 21 de enero y el 3 de febrero de 2005, y por prescripción de un especialista en digestivo, se le realiza ecografía de hígado, vesícula, bazo y riñones, que no revelan ninguna anormalidad.

El 16 de febrero se realiza una TAC que permite alcanzar el diagnóstico de "tumor estenosante e infiltrativo de colon transverso", ingresando el 14 de marzo para someterse a intervención quirúrgica programada para el 22 de marzo.

Sigue la reclamante que, considerando que la cirugía que se le pretendía aplicar era de carácter experimental, sin que existiera dentro del equipo de cirugía un Oncólogo, decide retirar su consentimiento para la cirugía y solicitar una segunda opinión en marzo de 2005 en el Hospital "San Jaime" de Torrevieja (Alicante). Allí se le diagnostica un adenocarcinoma de intestino grueso que se considera irresecable, comenzando tratamiento quimio y radioterápico el 23 de marzo de 2005, aunque posteriormente (el 6 de julio) se le practica una hemicolectomía derecha ampliada. Más adelante (20 de diciembre) será intervenida de nuevo por recidiva tumoral, reiniciándose quimioterapia el 2 de enero de 2006.

Por todo lo expuesto solicita el abono de los gastos ocasionados por la asistencia recibida en el centro privado, así como una indemnización por los daños que sufre, que no cuantifica.

Aporta junto a su reclamación copia de facturas expedidas a su nombre por el Hospital "San Jaime".

SEGUNDO.- Con fecha 13 de junio de 2006, el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud admite a trámite la reclamación y encarga su instrucción al Servicio Jurídico del Ente, que requiere a la reclamante para que proponga los medios de prueba de que pretenda valerse.

Igualmente, solicita copia de la historia clínica al Hospital General "Reina Sofía" e informes de los profesionales que atendieron a la reclamante.

TERCERO.- Por el Hospital se remite copia de la historia clínica de la x. así como informe del

Dr. x., médico adjunto del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, según el cual:
"X. fue remitida a nuestro Servicio por Digestólogo de Zona con el diagnóstico de estenosis de colon (visto en enema opaco).

Es ingresada por Urgencias el 14-3-05. En los días siguientes se realizan los estudios diagnósticos pertinentes y se practica hemotranfusión de 2 concentrados de hematíes. Con el diagnóstico de certeza de adenocarcinoma de intestino grueso se programa intervención quirúrgica para el día 22-3-05, firmando la paciente los consentimientos informados (quirúrgico y anestésico) específicos de esta cirugía.

El día 21-3-05, a las 15 horas, la paciente y familia solicitan hablar con Cirujano de Guardia (Dr. x.) al que plantean el deseo de requerir una segunda opinión en otro Centro Hospitalario.

El Cirujano de Guardia (Dr. x.) respetando el derecho de la paciente a una segunda opinión:

- Suspende la intervención.
- Facilita fotocopias de informes y radiografías para la consulta de 2^a opinión.
- Realiza informe provisional de alta por no disponer de Secretaría a esa hora.
- Le da a firmar a la paciente la revocación de consentimiento quirúrgico y documento de Alta Voluntaria oficial del Hospital.
- Y le desea buena suerte.

En todo lo anteriormente expuesto nos remitimos a informe de alta definitivo y anotaciones en Historia Clínica.

Es todo lo que tenemos que manifestar en relación con la reclamación de x".

CUARTO.- Por la reclamante se propone como prueba la documental, consistente en el historial clínico del Hospital Reina Sofía.

QUINTO.- Por el Tribunal Superior de Justicia de Murcia se solicita copia del expediente administrativo para su incorporación al Procedimiento Ordinario nº 204/2007 iniciado a instancia de x., esposo de la reclamante -fallecida el 23 de junio de 2006-, quien actúa en nombre y representación de su hijo menor de edad.

Así mismo, se requiere al Servicio Murciano de Salud para que emplace a las partes interesadas.

SEXTO.- Solicitado, con fecha 25 de julio de 2006, informe a la Inspección Médica, es evacuado el 22 de enero de 2009, alcanzando las siguientes conclusiones:

"1.- X., fue valorada por primera vez por un especialista en digestivo el 21 de Enero de 2005. Si bien en dos ocasiones había acudido a servicio de urgencias por otros motivos y reflejado sufrir dolor abdominal difuso e intermitente, la paciente no presentaba ni la edad, ni los factores de riesgo, ni los síntomas (que reflejan todos los autores consultados) que ayudan a sospechar que existe un tumor de colon. Desde que fue valorada por el digestólogo, se le solicitaron las pruebas complementarias para detectar patología abdominal, estas se solicitaron por orden de menor a mayor riesgo para el paciente, ecografía primero (que no dio positiva) y enema opaco, que dio el diagnóstico de presunción.

2.- Desde que fue valorada por primera vez por el digestólogo hasta que se obtuvo un diagnóstico transcurrieron menos de dos meses, por lo que no se puede decir que exista retardo en el mismo ni que éste tuviera causa efecto con el estadio, ya que ni siquiera se realizó la cirugía una vez diagnosticada.

3.- Una vez realizado el diagnóstico de presunción, la paciente permaneció ingresada en el hospital que le corresponde y le realizaron en cuatro días todas las pruebas que establece la medicina basada en la evidencia para confirmación, delimitación y estadaje del tumor. También se le realizó el preceptivo preoperatorio, siendo apta para la intervención, y firmó los consentimientos informados de cada prueba cruenta que se le realizó y de la autorización de anestesia y la intervención quirúrgica.

4.- Para todos los autores, la cirugía es prioritaria como tratamiento inicial del tumor de colon transverso y posteriormente y de forma adyuvante (es decir, una vez libre de tumor por la cirugía), será valorada por el oncólogo y tratada en su caso por quimioterapia u otras terapias, motivo por el que aún no había participado del protocolo el Oncólogo, como reclama la paciente. Aunque el tratamiento del cáncer colo-rectal debe de ser un tratamiento multidisciplinario, es decir, que intervengan varias especialidades como son la Cirugía, la Oncología y la Radioterapia, sin olvidar que la base del mismo hoy en día sigue siendo la Cirugía.

5.- Queda demostrado que el protocolo al que iba a ser sometida la paciente no es una terapia experimental, ya que hay consenso en todos los especialistas consultados de que la resección del tumor es la primera pauta terapéutica y esta técnica viene siendo la misma desde hace décadas (y por tanto contrastada) y se realizan miles de intervenciones de este tipo a diario en España

6.- La paciente, libremente, tal y como establece la ley decidió no aceptar el protocolo propuesto por el servicio de cirugía del Hospital General Universitario Reina Sofía, y que como se ha demostrado en el apartado anterior es el que procede en el estadio II b que estaba el tumor, para todos los especialistas consultados y la bibliografía que existe al respecto.

a. Ley 41/2002, artículo 2:

- 3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.

- 4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.

b. La paciente siendo informada de las consecuencias de su decisión, decidió amparada por sus derechos la revocación de la autorización para la intervención y el alta voluntaria, asumiendo la responsabilidad de la misma.

CONCLUSIÓN

Concluimos que la actuación de los servicios sanitarios públicos fueron (sic) correcta para la medicina basada en la evidencia, tanto en tiempo como en forma, la paciente libremente decidió rechazar dicho tratamiento y así queda reflejado en la revocación de la intervención y la firma del informe de alta".

SÉPTIMO.- El 28 de noviembre de 2008, los herederos de la reclamante aportan al procedimiento un informe médico que concluye como sigue:

"1a.- X., casada con un hijo, de 36 años, fallece el 23 de junio de 2006 como consecuencia de la diseminación proximal y carcinomatosis a distancia de un Adenocarcinoma infiltrante y estenosante de colon derecho que se le diagnosticó en marzo de 2005, tras la práctica de enema opaco, y colonoscopia con biopsia del colon derecho, en el Hospital General Reina Sofía de Murcia, del Servicio Murciano de Salud.

2ª.- Con sintomatología y antes de ser diagnosticada del Carcinoma, durante 11 meses la enferma fue sometida a varios tratamientos médicos por parte del Médico de Cabecera, Dermatólogo y Alergólogo, Ginecólogo sin que se llegara a un diagnóstico de aproximación o de certeza de la causa que provocaba la sintomatología. Recibió tratamiento que suponían efectivo, sin confirmar cual es el proceso patológico por ninguno de los procedimientos analítico diagnósticos complementarios específicos y necesarios.

3ª.- El mantenimiento prolongado de un tratamiento médico inadecuado e ineficaz de un proceso patológico no filiado, por falta de utilización de los medios diagnósticos adecuados en el momento oportuno, se considera una Praxis Médica no acorde con los Conocimientos científico-médicos del momento, en un proceso donde el tiempo (diagnóstico precoz) y el mejor conocimiento del grado de afectación real de la enfermedad (estadiage), son factores decisivos

para el éxito o fracaso de la terapéutica a aplicar, y la supervivencia.

4ª- Existe una clara relación de causalidad entre la asistencia sanitaria recibida, que durante un prolongado periodo de tiempo (casi un año) no se planteó la posibilidad ni la hipótesis de un diagnóstico peligroso para la enferma, y que permite y ocasiona tardanza en obtener el diagnóstico de adenocarcinoma de colon derecho con la evolución desfavorable del proceso tumoral. El retraso de once meses en el diagnóstico del adenocarcinoma de colon transverso en una mujer de 34 años transformó lo inicialmente curable, (estadio A o B1) en un adenocarcinoma invasor en estadio evolutivo más avanzado, cuya curación ni fue posible ni tan siquiera dejó una razonable supervivencia disfrutando la paciente de una calidad de vida medianamente aceptable".

Este informe fue remitido a Inspección Médica para su consideración en la elaboración de su correspondiente informe.

OCTAVO.- Por la aseguradora del Servicio Murciano de Salud se aporta informe médico colegiado, según el cual:

- "1. La paciente acudió a la Consulta de su MAP en abril de 2004 para solicitar un régimen para adelgazar.*
- 2. Tras las pruebas analíticas realizadas se aprecia la existencia de una anemia microcítica.*
- 3. No se aprecia ninguna clínica compatible con la existencia de una neoplasia de colon.*
- 4. La primera causa de anemia microcítica de las mujeres en la treintena son las alteraciones menstruales.*
- 5. La atención en la consulta de alergia está plenamente justificada por presentar una urticaria crónica.*
- 6. Posteriormente la paciente acude a la urgencia del hospital sin que se detectaran indicios de presentar una neoplasia de colon.*
- 7. Tras acudir a la Consulta de digestivo se solicitan las pruebas correctas de acuerdo con la patología que presentaba la paciente, analítica, ecografía y enema opaco.*
- 8. Es tras la realización de esta prueba cuando se envía al HRS en donde se aprecia una neoplasia avanzada de colon derecho.*
- 9. Un 25% de pacientes son diagnosticados de neoplasia avanzada de colon.*
- 10. De manera correcta se programa para cirugía siendo la paciente y la familia los que solicitan el alta voluntaria para realizar tratamiento quirúrgico en otro Centro, de otra comunidad.*
- 11. El tratamiento quirúrgico y oncológico que se realiza en este centro está disponible en la sanidad pública de Murcia.*
- 12. De acuerdo con la documentación examinada se puede concluir en que todos los profesionales que trajeron a la paciente lo hicieron de manera correcta".*

NOVENO.- El 17 de marzo de 2009, la instrucción solicita a los reclamantes que acrediten su representación y que aporten el certificado de defunción de la x. y de la declaración de herederos, todo lo cual fue remitido por los interesados.

DÉCIMO.- Otorgado trámite de audiencia a las partes, los reclamantes presentan escrito de alegaciones en el que manifiestan su disconformidad tanto con el informe de Inspección Médica como con el de la aseguradora, ratificándose en las conclusiones médico legales del informe pericial aportado por la parte actora, pues consideran que la ausencia de diagnóstico precoz a través de las pruebas pertinentes hizo que la paciente permaneciera desasistida de la grave enfermedad que padecía de modo injustificado, de forma que el diagnóstico tardío, después de once meses de presentar síntomas, provocó el fallecimiento de la paciente, existiendo una clara relación de causalidad entre el servicio público y el daño sufrido.

Así mismo, cuantifican el importe de la indemnización solicitada en 140.683,28 euros.

Se aporta, asimismo, declaración de herederos ab intestato de la paciente fallecida.

UNDÉCIMO.- Con fecha 5 de junio de 2009, el órgano instructor formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar que no concurren en ella todos los requisitos a los que el ordenamiento jurídico anuda el nacimiento de la responsabilidad patrimonial de la Administración, singularmente el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público y el daño alegado, ni la antijuridicidad de éste.

En tal estado de tramitación y una vez incorporados los preceptivos extracto de secretaría e índice de documentos, se remitió el expediente en solicitud de Dictamen, mediante escrito recibido en el Consejo Jurídico el pasado 16 de junio de 2009.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El presente Dictamen se emite con carácter preceptivo, al versar sobre una propuesta de resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial tramitado por la Administración regional, de conformidad con lo establecido en el artículo 12.9 de la Ley 2/1997, de 19 de mayo, del Consejo Jurídico de la Región de Murcia (LCJ), en relación con el 12 del Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RRP).

SEGUNDA.- Legitimación y plazo para reclamar.

1. La legitimación activa corresponde a la paciente, en tanto que es quien sufre en su persona los daños derivados de la asistencia sanitaria, a tenor de lo previsto en el artículo 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LPAC), en relación con el 31 de la misma Ley y con el 4.1 (RRP).

La muerte de la reclamante durante la tramitación del procedimiento y la posterior incorporación de sus herederos, no altera la conclusión alcanzada acerca de la existencia de legitimación activa para reclamar. De hecho, la actuación de aquéllos en el procedimiento inicialmente se limita a asumir la posición procesal de la fallecida, pues únicamente aportan un informe médico-legal, sin alterar la causa de pedir ni la pretensión indemnizatoria, si bien, con ocasión del trámite de audiencia, ya reclaman por los daños sufridos por cada uno de ellos como consecuencia del óbito de su esposa y madre, respectivamente, lo que les confiere asimismo la condición de interesados en el procedimiento.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional, en su condición de titular de la función pública de asistencia sanitaria de la población y titular del centro sanitario (Hospital General "Reina Sofía") donde se atendió a la paciente.

2. La reclamación fue interpuesta dentro del plazo de un año que el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC) establece para la prescripción del derecho a reclamar, pues, aunque el adenocarcinoma se diagnostica el 18 de marzo de 2005, los daños que, según la reclamante, se derivan del mismo no se encuentran estabilizados a dicha fecha, sino que continúa el tratamiento y la evolución de la enfermedad meses después, incluso en el momento mismo de formular la reclamación.

TERCERA.- Necesidad de completar la instrucción.

El procedimiento ha seguido, en líneas generales, el establecido para la tramitación de este tipo de reclamaciones por la LPAC y el RRP, con la excepción del plazo máximo para dictar y notificar la resolución, que ya ha excedido en mucho el de seis meses establecido por el

artículo 13 RRP.

No obstante, atendidas las imputaciones efectuadas por los reclamantes, se advierten en el expediente carencias esenciales que impiden un pronunciamiento sobre el fondo y reclaman una instrucción adicional respecto a la llevada a cabo.

En efecto, las alegaciones del escrito inicial de reclamación señalaban como causa de los daños padecidos por la enferma tanto el retraso en la obtención de un diagnóstico acertado de sus dolencias como lo inadecuado del tratamiento quirúrgico que se le proponía por el equipo médico del Hospital General "Reina Sofía". Para fundamentar la primera de ambas imputaciones, la reclamante comienza su relato de la asistencia sanitaria recibida aludiendo al episodio en que acude al Servicio de Urgencias del citado Hospital el 3 de diciembre de 2004. Sin embargo, cuando el 28 de noviembre de 2008 los herederos de la paciente se personan en el procedimiento administrativo iniciado por su familiar ya fallecida y aportan un informe médico crítico con la asistencia recibida por aquélla, la fundamentación del retraso diagnóstico del tumor se modifica, en la medida en que ahora se imputa dicho retraso a la inadecuada valoración de los síntomas que presentaba la paciente (sobre todo, dolor abdominal, anemia ferropénica y pérdida de peso) por el médico de atención primaria y a la omisión de pruebas diagnósticas que habrían permitido detectar la naturaleza oncológica de los males que aquejaban a la enferma. Se fija, incluso, una fecha concreta en la que la persistencia de los síntomas, presentes desde la primera visita al médico de cabecera el 20 de abril de 2004, y su resistencia al tratamiento instaurado, debieron llevar a éste a sospechar la existencia del tumor. Dicha fecha es el 17 de julio de 2004.

En este informe, unido al procedimiento por los interesados, se concreta y precisa la imputación principal de retraso diagnóstico al que se pretende vincular causalmente la muerte de la paciente. Sin embargo, no consta en el expediente el informe de los médicos que asistieron a la paciente entre el 20 de abril de 2004 y el 14 de marzo de 2005, fecha en la que ya se diagnostica la existencia del tumor, siendo necesario traer al procedimiento, al menos, los del médico de atención primaria y el del Especialista de Digestivo que trataron a la enferma, pues es a su actuación, en especial a la del primero, a la que se imputa el daño (artículo 10.1 RRP). Del mismo modo, debe traerse al procedimiento la historia clínica de la paciente correspondiente a ese período comprendido entre el 20 de abril de 2004 y el 14 de marzo de 2005.

Asimismo, el informe de la Inspección Médica, que únicamente se refiere a la atención sanitaria prestada a la paciente desde la fecha (3 de diciembre de 2004) indicada por ella en su reclamación inicial, habría de extenderse a efectuar una valoración crítica de la asistencia recibida antes de esa fecha, pues es en esas consultas previas (desde el 20 de abril de 2004) en las que el informe médico aportado por los interesados sitúa el momento en que se debió sospechar la existencia del tumor.

Del mismo modo, sería conveniente que la Inspección Médica valorara las afirmaciones del informe pericial de parte, pues en él se concretan los hechos y razonamientos técnicos en los que se basa la alegación del retraso diagnóstico, alcanzando conclusiones radicalmente distintas a las contenidas en el informe inspector, toda vez que considera que era posible haber anticipado el diagnóstico del tumor, mediante una mejor valoración de los resultados de las pruebas realizadas, o bien mediante la práctica de otras no realizadas (sangre oculta en heces) o realizadas tardíamente (colonoscopia, TAC y enema opaco).

En atención a todo lo expuesto, el Consejo Jurídico formula la siguiente

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Debe completarse la instrucción conforme a lo indicado en la Consideración Tercera

de este Dictamen.

Del resultado de las nuevas actuaciones instructoras habrá de conferirse trámite de audiencia a los interesados, previamente a la formulación de una nueva propuesta de resolución y solicitud de Dictamen sobre el fondo a este Consejo Jurídico.

No obstante, V.E. resolverá.

