



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen 149/2015

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 25 de mayo de 2015, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por el Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación de la Excmo. Sra. Consejera de Sanidad y Política Social), mediante oficio registrado el día 8 de octubre de 2014, sobre responsabilidad patrimonial instada por x, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. 284/14), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha 8 de junio de 2010, x presenta reclamación de responsabilidad patrimonial frente al Servicio Murciano de Salud por los siguientes hechos, según describe:

En febrero de 2008 fue intervenido por medio de orquitectomía izquierda en el Hospital Rafael Méndez, de Lorca. Recibió un ciclo adyuvante de quimioterapia (QT) con esquema BEP del 10 al 15 de marzo de 2008. A finales de marzo ingresó en el Servicio de Neurología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, de Murcia (HUVA), siendo diagnosticado de Melitis Cervical C2-C6 y dorsal difusa (Neuropatía óptica axonal bilateral subclínica). Siguió revisiones en el Servicio de Oncología del citado Centro Hospitalario.

Señala que como consecuencia del deficiente tratamiento médico del que fue objeto, el 22 de junio de 2009 se dictó resolución por parte del INSS en la que se declara su incapacidad permanente en el grado de absoluta para todo trabajo, estableciendo como cuadro clínico residual: "*Afectación del testículo izquierdo, secuelas de mielitis aguda parainfecciosa C2-C6 y dorsal difusa. Neuropatía óptica axonal bilateral subclínica. Alodina dorsal C8-D5*". Según dicha resolución le quedan las siguientes limitaciones orgánicas y funcionales: "*Limitación para la marcha con inestabilidad y marcha atáxica. Incontinencia urinaria y fecal. Actualmente se objetivan severas limitaciones funcionales*".

Ante la situación que presentaba, fue derivado al Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo en el que le informaron "*que está diagnosticado de un síndrome de lesión medular incompleto sensitivo y motor por debajo de D4 (Asia D) vejiga e intestino neurógeno y disfunción eréctil de carácter permanente, de causa médica el 1-3-08*".

Considera que estos daños le han sido causados por la deficiente asistencia que le ha sido prestada por el

Servicio Murciano de Salud, por lo que solicita que los mismos le sean indemnizados.

Finalmente, designa el despacho profesional del letrado x a efectos de notificaciones y solicita que se incorpore al expediente su historial en los Centros Hospitalarios citados.

SEGUNDO.- El 23 de junio de 2010, el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud dictó resolución de admisión a trámite, que fue notificada a las partes interesadas.

Al mismo tiempo se solicitó copia de la historia clínica del reclamante y los informes de los facultativos que le atendieron a las Gerencias de Áreas de Salud I y III.

TERCERO.- Desde la Gerencia de Área de Salud I se remitió copia de la historia clínica e informe del especialista en Neurología, Dr. x (folio 22), quien describe la sintomatología que presentaba el paciente y el tratamiento que le fue prestado conforme a la misma en cada momento.

CUARTO.- Desde la Gerencia de Área de Salud III se remite la documentación clínica solicitada (folios 119 a 223), obrando los informes de los Servicios de Medicina Interna (folios 121 y 122) y de Urología (folio 123), que describen la asistencia prestada al paciente.

QUINTO.- En fecha 16 de septiembre de 2010, el órgano instructor se dirige al reclamante para que proponga los medios de prueba de los que pretende valerse, siendo ésta la documental consistente en los historiales clínicos de los Hospitales Rafael Méndez, HUVA y Nacional de Parapléjicos de Toledo.

SEXTO.- El historial del reclamante en el Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo, una vez obtenida su autorización, fue incorporado al expediente de responsabilidad patrimonial (folios 229 y siguientes).

SÉPTIMO.- El 2 de diciembre de 2010 se recabó el informe de la Inspección Médica y se remitió copia del expediente a la Compañía Aseguradora del Servicio Murciano de Salud (--).

OCTAVO.- Tras reiteradas solicitudes de información sobre el estado de la tramitación del expediente por parte del reclamante, el 17 de mayo de 2014 emite informe la Inspección Médica que alcanza las siguientes conclusiones:

"1) Paciente de 34 años de edad sin AMC diagnosticado de cáncer testicular al que se realiza orquiektomía izquierda y se aplica quimioterapia según esquema BEP de forma correcta y adecuada.

2. Tras quimioterapia sufre como efecto secundario neutropenia febril con diarrea sin productos patológicos, diagnosticada y tratada de forma correcta y adecuada.

3. La neutropenia febril es inherente a la aplicación del tratamiento quimioterápico, es uno de los efectos secundarios más frecuente e importante de la quimioterapia causado por la mielosupresión, que provoca niveles muy bajos de glóbulos blancos que puede provocar infecciones severas.
4. La infección por *Campylobacter jejuni* según lo publicado en la literatura médica, está relacionada con diversos síndromes en los que el sistema nervioso periférico está involucrado, una respuesta inmune se activa a través de mimetismo molecular entre gangliósidos del sistema nervioso periférico y lipo-oligosacáridos de *Campylobacter jejuni*.
5. La mielitis aguda que sufrió el paciente como complicación en el contexto de una neutropenia febril tras quimioterapia, es absolutamente imposible de prever por lo poco frecuente, tiene una incidencia de 1-4 casos nuevos por millón de personas al año, y por el desconocimiento de las causas exactas que la producen.
6. La MAT cuando aparecen los primeros síntomas y signos neurológicos se diagnosticó rápidamente correctamente y el tratamiento que se empleó se ajustó al protocolo.
7. La asistencia prestada ha sido correcta, no hay evidencia de mala praxis".

NOVENO.- Por parte de la Compañía Aseguradora -- se envían dos informes periciales de fechas 2 de enero de 2011 y otro ampliatorio del anterior de 24 de junio de 2014, suscritos por el Dr. x, especialista en Oncología Médica.

Concluye el primero (folio 265, reverso):

1. La neutropenia inducida por poliquimioterapia es uno de los efectos habituales del tratamiento.
2. Las pautas de antibioterapia son empíricas y vienen determinadas por la duración del proceso.
3. En este caso la recuperación hematológica fue rápida y la aplicación de antibioterapia adaptada a lo determinado por los cultivos.
4. La aparición de un cuadro neurológico de mielitis aguda, asociado a infección por *Campylobacter jejuni*, es una circunstancia que solo aparece de forma excepcional según los datos recogidos de la literatura.
5. Un cuadro de esta naturaleza, por sus propias características e inhabitual, carece de tratamiento preventivo.

6. *El manejo de la neutropenia se corresponde con el manejo habitual en estas circunstancias y no parece desprenderse ninguna actitud negligente por lo trascrito en la historia clínica".*

Concluye el segundo (folio 267):

"1. *El tratamiento del carcinoma embrionario testicular se basa en la aplicación de esquemas de poliquimioterapia, habitualmente BEP, muy mielosupresores, con alta posibilidad de neutropenias.*

2. *El tratamiento y manejo del episodio de neutropenia ha sido el adecuado a las circunstancias clínicas.*

3. *La enteritis por *Campylobacter jejuni* ha sido tratada de forma correcta.*

4. *La aparición de un cuadro neurológico, tras la infección por *Campylobacter*, con el desarrollo de un síndrome de Guillen-Barré, es un proceso no previsible, sin ningún tratamiento preventivo descrito.*

5. *Todo el cuadro clínico se ha manejado de forma correcta".*

DÉCIMO.- Otorgado un trámite de audiencia a las partes interesadas, x, en representación del reclamante, presenta escrito de alegaciones (folios 272 y 273) en el que expone que constan acreditados todos los extremos señalados en el escrito de reclamación de responsabilidad y concurren todos los requisitos previstos legal y reglamentariamente para que su representado sea indemnizado, así como que a la vista de la prueba practicada queda patente la relación de causalidad entre el daño cometido y el funcionamiento del servicio público, debido al anormal funcionamiento de los Centros Hospitalarios intervenientes, por lo procede que el Servicio Murciano de Salud responda de los daños causados.

UNDÉCIMO.- La propuesta de resolución, de 29 de septiembre de 2014, desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial porque las imputaciones del reclamante de mala *praxis* médica no han sido acreditadas y por el contrario todos los informes incorporados al expediente concluyen en la correcta asistencia sanitaria.

DUODÉCIMO.- Con fecha 8 de octubre de 2014 se ha recabado el Dictamen preceptivo del Consejo Jurídico, acompañando el expediente administrativo.

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, en relación con el artículo 12 del Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de la Administraciones Públicas (RRP), aprobado por RD 429/1993, de 26 de marzo.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. El reclamante, en su condición de usuario que se siente perjudicado por la actuación de los servicios públicos sanitarios, ostenta legitimación para deducir la presente reclamación de responsabilidad patrimonial, de conformidad con 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 (LPAC), en relación con el artículo 4.1 RRP.

En cuanto a la legitimación pasiva, corresponde a la Administración regional en tanto que es titular del servicio público de atención sanitaria a la población, a cuyo defectuoso funcionamiento se pretende imputar el daño.

II. En cuanto al requisito temporal, el órgano instructor sostiene que la acción de responsabilidad patrimonial presentada el 8 de junio de 2010 podría estar prescrita, en atención al *dies a quo* para el cómputo del plazo anual previsto en el artículo 142.5 LPAC, por los siguientes motivos:

- De adoptarse como *dies a quo* la fecha de 5 de mayo de 2009 (informe del Servicio de Neurología), en la que las secuelas que presentaba el paciente eran ya conocidas, tales como paraparesia leve 4/5 e hipopastelesia distal leve, persistiendo la incontinencia y la disfunción eréctil, la acción presentada el 8 de junio de 2010 habría prescrito según expone el órgano instructor.
- De otra parte, descarta que pueda adoptarse como *dies a quo* la Resolución del INNS de fecha 22 de junio de 2009, en la que se le reconoce su incapacidad por las limitaciones funcionales y orgánicas, a tenor de la jurisprudencia que distingue los efectos jurídicos de las declaraciones de incapacidad y la evolución de la enfermedad y sus secuelas, cuya fijación es previa a aquéllas. Tampoco se considera por el órgano instructor como *dies a quo* la fecha de alta hospitalaria en rehabilitación el 9 de junio de 2009, indicando para ello que según la jurisprudencia no tiene efectos interruptivos.

Sin embargo, no resulta tan palmaria la prescripción de la acción, lo que subyace en cierto modo en la propuesta elevada al entrar a considerar la concurrencia de los restantes requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial, por los siguientes motivos:

1. Conforme al artículo 142.5 LPAC, el *dies a quo* en el caso de daños físicos empezará a computarse desde la

curación o desde la determinación del alcance de las secuelas.

2. Se constata en el historial que en fecha 4 de junio de 2009 el paciente ingresa en el Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo para revisión programada, siendo alta hospitalaria el 9 de junio siguiente, con diagnósticos de mielitis resuelta y problemas de incontinencia y vejiga neurógena. Seguidamente, el 12 de junio, el equipo de valoración de incapacidades propone a la Dirección Provincial del INNS la incapacidad permanentes por las limitaciones para la marcha con inestabilidad y marcha atáxica, incontinencia urinaria y fetal, que objetivan severas limitaciones funcionales. La resolución de incapacidad absoluta para todo trabajo se adoptó el 26 de junio de 2009.

3. De adoptarse como *dies a quo* la fecha de la revisión efectuada y el alta hospitalaria en el Hospital Nacional de Parapléjicos el 9 de junio de 2009 (fecha en la que también se emite el parte de alta de Urología del citado Hospital), tras lo cual se adoptaron las decisiones sobre la incapacidad del reclamante por parte del INSS, la acción ejercitada lo habría sido en plazo.

4. Por parte de la Inspección Médica no se sostiene la extemporaneidad de la reclamación en atención a la asistencia sanitaria prestada, citando como última actuación en el apartado de los Hechos de su informe la descrita con anterioridad en el Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo.

En suma, de adoptarse la fecha indicada de 9 de junio de 2009 como *dies a quo* la reclamación registrada el 8 de junio de 2010 se habría presentado en el límite, pero dentro del plazo anual.

En todo caso, se coincide con el órgano instructor en el razonamiento de la conveniencia de examinar el fondo del asunto por las dudas que se suscitan sobre la prescripción de la acción.

III. El examen conjunto de la documentación remitida permite afirmar que, en lo esencial, se han cumplido los trámites legales y reglamentarios que integran esta clase de procedimientos salvo el plazo máximo para resolver que ha excedido en mucho al previsto reglamentariamente (artículo 13.3 RRP), en contra de los principios de eficacia y celeridad que han de inspirar la actuación administrativa.

TERCERA.- Elementos de la responsabilidad patrimonial en el ámbito sanitario.

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE, según el cual *"los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos"*. Por otra parte, el texto constitucional (artículo 43.1) también reconoce *"el derecho a la protección de la salud"*, desarrollado por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS).

Los elementos constitutivos de la responsabilidad patrimonial de la Administración son recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas.
- Que el daño o lesión sufrida sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos en una adecuada relación causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir alterando el nexo causal.
- Que los daños no se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos.

- Ausencia de fuerza mayor.

- Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

II. Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa que se desarrolla en el campo de la sanidad, ha de tenerse en cuenta que la atención médica que el ciudadano ha de esperar de los servicios públicos no es una prestación de resultado, sino de medios, es decir, que el servicio sanitario ha de aplicar todos los posibles para la curación del paciente, correspondiéndole, por tanto, cualquiera que sea el resultado del tratamiento, una obligación de recursos a emplear por el médico.

La actuación de éste ha de regirse por la denominada "*lex artis ad hoc*", o módulo rector de todo arte médico, como principio director en esta materia, en consideración al caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla (Dictámenes números 49/01 y 97/03 de este Consejo Jurídico). Por lo tanto, de acuerdo con una consolidada línea jurisprudencial mantenida por el Tribunal Supremo, en las reclamaciones derivadas de la actuación médica o sanitaria no resulta suficiente la existencia de un daño, sino que es preciso acudir al criterio de la "*lex artis*" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta, independientemente del resultado producido en la salud o en la vida del enfermo, ya que no le es posible ni a la ciencia ni a la Administración garantizar, en todo caso, la sanidad o la salud del paciente. La "*lex artis*", por tanto, actúa como elemento modulador de la objetividad predicable de toda responsabilidad administrativa, cuando del ámbito sanitario se trata.

Así, la Sentencia del Tribunal Supremo, Sala 3^a, de 22 de diciembre de 2001, afirma *"ciertamente que en el instituto de la responsabilidad patrimonial de la Administración el elemento de la culpabilidad del agente desaparece frente al elemento meramente objetivo del nexo causal entre la actuación del servicio público y el resultado lesivo o dañoso producido, si bien, cuando del servicio sanitario o médico se trata, el empleo de una técnica correcta es un dato de gran relevancia para decidir si hay o no relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público y el resultado producido, ya que, cuando el acto médico ha sido acorde con el estado del saber, resulta extremadamente complejo deducir si, a pesar de ello, causó el daño o más bien éste obedece a la propia enfermedad o a otras dolencias del paciente"*.

Asimismo, la Sentencia del mismo Alto Tribunal, Sala 3^a, de 23 de marzo de 2011, expresa que *"la actividad sanitaria no permite exigir en términos absolutos la curación del enfermo u obtener un resultado positivo, ya que su función ha de entenderse dirigida a la prestación de asistencia sanitaria, utilizando al efecto los medios y conocimientos 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 la curación del paciente"*.

El mismo Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala 1^a, de 24 de mayo de 1999, entiende que *"los criterios médicos a desarrollar se ceñirán a los que se estiman correctos para una actuación concreta, siempre en base a la libertad clínica y a la prudencia (...) y ello supone tomar en consideración el caso concreto en el que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla, así como las incidencias inseparables a una actuación profesional normal, teniendo en cuenta las especiales características del realizador del acto médico, de la profesión, de la complejidad del caso, de la trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos (estado e intervención del enfermo) o exógenos (incidencia de sus familiares o de la misma organización sanitaria), para calificar el acto como conforme o no a la técnica media normal requerida"*.

En este sentido, pues, debe concluirse en que sólo si se produce una infracción de la *"lex artis"* responde la Administración de los daños causados que puedan imputarse a dicha actuación infractora, pues en caso contrario dichos perjuicios no son imputables a la atención sanitaria pública y no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Por lo tanto, analizar la praxis médica durante la intervención sanitaria permite determinar si se trata de un supuesto que da lugar a responsabilidad, no ya porque exista un daño, sino porque se produce una infracción del citado criterio de normalidad de los profesionales médicos; prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que habría de declararse en todos los supuestos de actuaciones médicas en centros sanitarios públicos que, por ejemplo, no pudieran evitar la muerte de un paciente, o la producción de lesiones derivadas de una complicación de una intervención quirúrgica, cuando la correspondiente actuación sanitaria fue realizada conforme a la *"lex artis"*; responsabilidad que, por lo dicho, no puede admitirse en estos casos u otros análogos.

La determinación de si la asistencia sanitaria se ajusta o no a *normopraxis* descansa, de forma necesaria, en la apreciación efectuada por profesionales de la medicina, pues sólo ellos poseen los conocimientos especializados precisos para una adecuada valoración de los actos médicos en el contexto concreto que presenta cada supuesto. Siendo necesarios, por tanto, conocimientos científicos para valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto -artículo 335 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil-, el principal apoyo probatorio de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial ha de ser, para los reclamantes, un informe pericial que ponga de manifiesto los errores u omisiones cometidos durante todo el proceso asistencial (el especial valor probatorio de los informes médicos en los procedimientos de responsabilidad patrimonial derivada de la asistencia sanitaria es puesto de relieve por el Tribunal Supremo, en sentencia de su Sala de lo Contencioso-Administrativo de 1 de marzo de 1999). En el presente caso el reclamante no ha aportado ningún informe pericial que acredite la mala *praxis* imputada a los servicios públicos sanitarios.

En cuanto a la Administración, la valoración de la asistencia prestada ha sido ofrecida, además de por los médicos intervenientes, cuyo informe resulta preceptivo de conformidad con el artículo 10.1 RRP, por el de la Inspección Médica, que, en su calidad de órgano administrativo, se encuentra obligado a efectuar un análisis especialmente objetivo e imparcial de las actuaciones realizadas por los facultativos de la sanidad pública, lo que le otorga un singular valor a efectos de prueba.

CUARTA.- Actuaciones anómalas que se imputan al funcionamiento del servicio público sanitario. Falta de

Según el reclamante, las secuelas que padece (limitación de la marcha con inestabilidad, marcha atáxica e incontinencia urinaria y fecal) fueron consecuencia del deficiente tratamiento médico recibido de los Hospitales Rafael Méndez y HUVA en el año 2008, tras ser intervenido de orquitectomía izquierda, si bien no concreta qué deficiencias se cometieron.

En primer lugar ha de destacarse los términos genéricos en los que se expresa la reclamación, la ausencia de informe pericial para sustentar la inadecuada *praxis* médica y la falta de contradicción en el trámite de audiencia conferido de las apreciaciones técnicas que obran en el expediente y que afirman la adecuación a *normopraxis* de todas las actuaciones sanitarias desarrolladas sobre el paciente.

En segundo lugar, de los informes médicos evacuados en el procedimiento, muy destacadamente el de la Inspección Médica, se desprende que la actuación de los facultativos interviniéntes fue ajustada a *normopraxis*, señalando las causas por las que surgieron las complicaciones al paciente (juicio diagnóstico de la Inspección Médica, folios 261 y 262):

"En el caso que nos ocupa el paciente reclama por deficiente tratamiento médico, analizada la documentación clínica constatamos en historial clínico que el diagnóstico y el tratamiento de su carcinoma testicular es correcto y adecuado confirmado además por resultado de biopsia. Y que la decisión del Servicio de Oncología tras valoración del paciente después de la IQ de prescribir ciclo de quimioterapia según esquema BEP es correcta y adecuada según lo publicado en la literatura médica pues con frecuencia se utiliza para reducir el riesgo de que el cáncer se reproduzca después de extirpar el testículo (los regímenes de quimioterapia que se usan con más frecuencia como tratamiento inicial para el cáncer testicular son: BEP: bleomicina, etopósido y cisplatino, EP: etopósido y cisplatino y VIP: VP-16 (etopósido o vinblastina más ifosfamida y cisplatino). El que el paciente padeciera posteriormente neutropenia febril es inherente a la aplicación del tratamiento quimioterápico, pues es uno de los efectos secundarios más frecuente e importante de la quimioterapia causado por la mielo supresión, que provoca niveles muy bajos de leucocitos, en este caso, neutrófilos lo que puede provocar infecciones severas. El tratamiento empleado para la resolución de la neutropenia febril se ajustó al protocolo pues el manejo del paciente neutropénico se realiza a base de antibióticos contra un conjunto de potenciales patógenos a los que el paciente resulta vulnerable en el período de inmunosupresión, que fue lo que se realizó acertadamente (un régimen antibacteriano de amplio espectro debe ser iniciado rápidamente de forma intravenosa y a las dosis terapéuticas máximas). Cuando uno de los varios cultivos practicados al paciente resultó positivo, en este caso, el coprocultivo fue positivo al campylobacter jejuni se añadió el antibiótico al que se informó que era sensible.

En cuanto a la mielitis aguda que sufrió el paciente como complicación en el contexto de una neutropenia febril tras quimioterapia, afirmar que este proceso es absolutamente imposible de prever por lo poco frecuente, tiene una incidencia de 1-4 casos nuevos por millón de personas al año, y por el desconocimiento de las causas exactas que la producen. Además está constatado en la historia clínica que el paciente no presentó sintomatología neurológica hasta aproximadamente 9 días después del ingreso por neutropenia febril y cuando aparece la primera sintomatología neurológica lo primero que había que realizar es descartar metástasis vertebrales o la presencia de algún absceso vertebral que es lo que se hizo acertadamente derivándose inmediatamente a Servicio de Neurocirugía en el que tras las exploraciones según protocolo se diagnosticó una mielitis aguda de probable origen postinfeccioso a nivel cervical y dorsal en el contexto de neutropenia febril en paciente oncológico con infección entérica por campylobacter jejuni. La infección por campylobacter jejuni según lo publicado en la literatura médica, está relacionada con diversos síndromes en los que el sistema nervioso periférico está involucrado, una respuesta inmune se activa a través de mimetismo molecular entre gangliósidos del sistema nervioso periférico y lipo-oligosacáridos de campylobacter jejuni.

La MAT fue tratada correctamente con corticoides, plasmaférésis y tratamiento rehabilitador. Se sabe según lo publicado en la literatura médica que en casos post-infecciosos de MAT, son los mecanismos del sistema inmunológico, en lugar de infecciones vírales o bacterianas activas, los que parecen desempeñar un papel importante en ocasionar daños a los nervios espinales y aunque todavía no se han identificado los mecanismos exactos de lesión de la médula espinal en estos casos, el estímulo del sistema inmunológico en respuesta a la infección indica que puede ser debida a una reacción autoinmune, es decir, el sistema inmunológico, que normalmente protege el cuerpo contra organismos extraños, ataca por error a los propios tejidos del cuerpo causando inflamación y, en algunos casos, daños a la mielina de la médula espinal. Además, algunos cánceres pueden desencadenar una respuesta inmune anormal que puede conducir a la mielitis transversa. Por lo que la aparición de una MAT como complicación en el paciente era impredecible e imposible de prever, y fue tratada correctamente con arreglo a protocolo. Las secuelas que tiene el paciente están en función del inicio acelerado de los síntomas que tuvo el paciente al haber desarrollado un cuadro de paraparesia aguda en apenas 24 horas que evolucionó a paraplejia y aunque la recuperación de la MAT comienza de 2 a 12 semanas después de los síntomas iniciales, si no hay mejora en los primeros 3 a 6 meses, la recuperación significativa es poco factible".

En consecuencia, al no existir otros elementos de juicio aportados por el reclamante -a quien corresponde la carga de la prueba de sus imputaciones ex artículo 217 de la Ley de Enjuiciamiento Civil-, que lleven a la convicción de que los servicios sanitarios no actuaron conforme al estándar de atención médica exigible a las circunstancias del caso, este Órgano Consultivo dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria, concurriendo igualmente como motivo para ello la falta de concreción de la cuantía reclamada.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- La propuesta de resolución, en cuanto es desestimatoria de la reclamación, se dictamina favorablemente, ya que no se han acreditado los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial.

No obstante, V.E. resolverá.