



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº **96/2018**

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 11 de abril de 2018, 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 del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 15 de noviembre de 2017, sobre responsabilidad patrimonial instada por x y otra, como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (expte. **350/17**), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- Con fecha de registro de entrada de 3 de marzo de 2014, x, en nombre y representación de x, y, presentó reclamación de responsabilidad patrimonial por mala *praxis* médica causante de la muerte de su hijo x como consecuencia de un astrocitoma de alto grado (folios 1 a 34 expte.).

Tras relatar los hechos ocurridos hasta el fatal desenlace, considera que la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria se fundamenta en las siguientes actuaciones:

1º.- Ausencia de consentimiento informado al no haber existido información ni completa, ni continuada ni veraz sobre el proceso de la enfermedad, ni porcentaje del riesgo de la operación, los posibles tratamientos ni las posibles alternativas al tratamiento quirúrgico.

2º.- Mala *praxis* médica determinante de la pérdida de oportunidad de supervivencia del paciente, consistente en la ausencia de estudio previo a la intervención quirúrgica, errores sucesivos en el diagnóstico, pronóstico y seguimiento.

En cuanto a la indemnización solicitada, la cuantifica en 95.000 euros, desglosados del siguiente modo:

- 45.000 euros por daño moral, y,
- 50.000 euros por pérdida de oportunidad.

SEGUNDO.- Por Resolución del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (SMS) de 12 de marzo de 2014 se admitió a trámite la reclamación de responsabilidad patrimonial, que fue notificada a los reclamantes el día 27 de dicho mes (folios 35 a 36 bis expte.).

Al mismo tiempo la reclamación se notificó a la Gerencia de Área de Salud I -Hospital Virgen de la Arrixaca-, Área VIII -Hospital Los Arcos del Mar Menor-, Área II -Hospital Santa Lucía-, a la Correduría -- a efectos de su traslado a la Compañía Aseguradora del Servicio Murciano de Salud, a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y a la Dirección de los Servicios Jurídicos a efectos averiguar si existían antecedentes judiciales sobre el asunto (folios 37 a 42 expte.).

TERCERO.- Fueron recabados y remitidos la historia clínica del paciente (folios 45 a 203 expte.), y el informe de los profesionales implicados.

En el oficio del Hospital Santa Lucía al SMS se indica que se envía el historial clínico del paciente en un CD; CD que no se encuentra en el expediente remitido a este Consejo Jurídico.

De entre los informes emitidos por los profesionales que atendieron al paciente en los distintos Hospitales, cabe destacar los siguientes:

1º.- Informe, de 28 de marzo de 2014, del Dr. x del Servicio de Medicina Interna del Hospital Los Arcos del Mar Menor (folio 55 expte.), en el que indica que *"El paciente arriba citado ingresó en el Servicio de Medicina Interna a mi cargo el día 03/01/2013, aquejando cuadro de aproximadamente un mes de evolución consistente en "mareos", cervicalgia, cefalea, y en los últimos días asociando visión doble binocular. Se realizaron las pruebas complementarias convenientes y se diagnosticó de LOE (Lesión Ocupante de Espacio) frontal izquierda sugestiva de neoplasia glial de grado medio (según el informe de la RNM). Tras conocer dichos datos se comentó el caso con Neurocirugía de nuestro hospital de referencia (HUVA) los cuales aceptaron al enfermo, siendo trasladado de cama a cama el día 10/01/2013 (para más información ver informe completo de dicho ingreso)".*

2º.- Informe, de 10 de mayo de 2014, del Dr. x del Servicio Regional de Neurocirugía del Hospital Virgen de la Arrixaca (folios 128 a 135 expte.), en el que, tras exponer pormenorizadamente las actuaciones llevadas a cabo con el paciente y las consideraciones médicas al respecto, concluye que:

"1.El paciente fue estudiado y tratado con diligencia y de acuerdo a normas reconocidas y aceptadas de conducta médica (lex artis) desde el principio y durante todo el curso de su enfermedad. No parece aceptable ningún reproche a este respecto.

2.Que se trata de un desenlace desafortunado y precoz ocurrido a un paciente con un diagnóstico de enfermedad incurable debido a la propia naturaleza y extensión de su enfermedad desde el principio, si bien dicho desenlace no era esperable en tan corto espacio de tiempo".

3º.- Informe del Jefe de Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Santa Lucía (folios 207 a 209 expte.), que, en relación a los tiempos utilizados en ese Servicio, indica que *"La primera noticia que tenemos sobre el paciente es el día jueves 31/1/2013,...*

El paciente es citado con carácter urgente el día jueves 7/2/2014 (es decir, transcurridos 4 días hábiles) para valoración.

El día 7/2 es valorado por la Dra. x, realizando la anamnesis, la exploración física del paciente y solicitando vía telefónica el informe de anatomía patológica de la intervención, y solicitando una Resonancia Magnética postoperatoria obligatoria para poder planificar el tratamiento posterior. El día 7/2/2013 todavía no está el informe de anatomía patológica por lo que se cita al paciente el día 14/2/2014, y ante la no asistencia se llama por teléfono al familiar, que nos comunica que el paciente va a ingresar en Hospital Arrixaca, y que avisarán cuando puedan acudir a nuestra consulta.

El día 20/2/2013 es dado de alta en Hospital Arrixaca y se realiza RMN postquirúrgica el 26/2/2014, que es informada el 27/2 por lo que citamos al paciente el jueves 28/2/2013 en nuestra consulta, y una vez que ya conocemos todos los datos relativos de la enfermedad del paciente se le informa del diagnóstico definitivo que es GLIOMATOSIS CEREBRI, se le informa del tratamiento y del pronóstico infausto de la enfermedad.

Ese mismo día se realiza en nuestro Servicio el TAC de simulación imprescindible para poder realizar la planificación de Radioterapia.

El domingo 3 de marzo el paciente ingresa en Hospital GU Santa Lucía, en el Servicio de Oncología Médica por cefalea y coma trasladándose a UCI donde fallece el 5/3.

Por tanto, no ha habido el tiempo material mínimo para poder iniciar el tratamiento de radioterapia, que por supuesto NO ESTÁ INDICADO cuando el paciente presenta ya un mal estado funcional (ECOG 3-4).

Los tiempos transcurridos desde la intervención quirúrgica (21/1/2013) durante la asistencia en nuestro Servicio están adecuada y éticamente justificados por:

1. Tiempo necesario de recuperación después de una intervención quirúrgica para iniciar la radioterapia: aproximadamente entre 4 y 6 semanas.
 2. Tiempo necesario para obtener el informe anatomopatológico definitivo y poder establecer el mejor tratamiento para el caso.
 3. Tiempo necesario para realizarse RMN postquirúrgica, imprescindible para la planificación del tratamiento.
 4. Tiempos derivados del segundo ingreso en el Servicio de Neurocirugía del Htal Arrixaca del 14 al 20/2/2013..."
- 4.- Informe, de 31 de marzo de 2014, del Dr. x del Servicio de Rehabilitación del Hospital Los Arcos del Mar Menor (folio 54 expte.) en el que expone:

"1a visita; día 06-02-2013; remitido por Servicio de Neurocirugía de HUV Arrixaca tras su alta el 31-01. Es valorado en consulta por una hemiparesia D pero el paciente presentaba unos balances tanto articular como muscular dentro de los límites funcionales, pero debido a una parálisis del VI par del ojo izquierdo presentaba una diplopía que le provocaba una mala adecuación a la marcha, motivo por el cual recomiendo como queda escrito en este y sucesivos informes, emplear un bastón como elemento de seguridad para la marcha. En la consulta como se puede deducir de la lectura del informe, no fue lo único que se realizó sino que queda detallada la exploración física que se realizó, la anamnesis y en función de la misma se planifica su revisión.

Debido a que el paciente estaba pendiente de nueva revisión por servicio de oncología radioterápica y NCG, y pese a su buena situación funcional en esa visita, se le vuelve a dar una revisión con fecha 01-03-2013, a fin de comprobar si su situación funcional era la misma o no, siempre con la previsión de valorar si en algún momento pudiera precisar ayuda por parte del servicio de Rehabilitación.

Acude a su 2a cita el 01-03-2014 (sic, quiere decir 2013), pero no acude para valorar la cefalea como dice en la reclamación sino que viene a su cita programada, donde el paciente informa que ha precisado un ingreso en NCG, se le ha tratado con corticoterapia intensiva + manitol, continua con tratamiento corticoideo y estaba pendiente de iniciar la semana siguiente tratamiento radioterápico (todo ello está registrado en la historia clínica). El paciente estaba funcionalmente peor que en la primera valoración y por dicho motivo, en previsión de valorar su estado al finalizar el tratamiento radioterápico, se le vuelve a dar otra cita a la cual no pudo ya asistir por el desenlace de su enfermedad.

Por parte de este Servicio se le atendió en tiempo y forma adecuada como se puede deducir de la lectura de los informes de asistencia, quedando en todo momento el proceso asistencial abierto con unas citas de revisión destinadas a determinar, si en algún momento del proceso evolutivo hubiera precisado de nuestros servicios".

Con fecha 16 de junio de 2014 se solicita de la Inspección Médica informe valorativo de la reclamación formulada (folio 210 expte.).

CUARTO.- Requerido por parte de la instructora del expediente a los reclamantes para que concretaran los medios de prueba de los que intentaran valerse, con fecha 21 de octubre de 2014 presentan informe pericial emitido por el Dr. x, doctor en Medicina y Cirugía (folios 218 y 219 expte.), quien se manifiesta en los siguientes términos:

"De los documentos obrantes en nuestro poder se puede deducir que el paciente se intervino bajo criterios diagnósticos erróneos tanto en la localización (extensión) como en el estadio de gravedad del tumor.

La (RM) de fecha de 10/01/2013 y primera que se le realiza al paciente nos acerca a un diagnóstico de neoplasia glial de grado medio en hemisferio izquierdo, dejando entrever la posible afectación del hemisferio derecho por Gliosis- Edema... El TAC realizado en esa misma fecha sin embargo, solo apunta hacia una hipodensidad de sustancia blanca a nivel frontal izquierdo.

No nos consta que exista en el historial clínico ninguna otra prueba radiológica previa a la intervención del

paciente, por lo que creemos que el cirujano se basó en los informes radiológicos descritos anteriormente.

Con el diagnóstico del glioma frontal izquierdo de bajo grado se plantea la intervención quirúrgica que, según la hoja operatoria (folio nº 15 del historial clínico) y otros informes (folio nº 2) consistió en abordaje del tumor mediante craneotomía frontoparietal izquierda y resección en bloque de la lesión (exéresis del tumor).

Durante la intervención se envían unas muestras del tumor (Biopsia intraoperatoria), folio nº 2, la anatomía patológica que informa en este caso de glioma de bajo grado, podría mantener al cirujano en su error de menor agresividad del tumor, intentándose su extirpación en bloque, lo cual no se consigue, ya que el tumor infiltraba zonas elocuentes (folio nº 25).

De la anatomía patológica definitiva se deduce (folio nº 2) que la lesión es un Astrocitoma Anaplásico (grado III de la OMS); sin embargo, en la RM realizada en el postoperatorio inmediato (23/01/2013), aún se persiste en que se trata de un glioma de bajo grado, mientras que en el informe de alta del propio cirujano 30/01/2013, se acepta como diagnóstico el de Astrocitoma Anaplásico frontolateral izquierdo (con "PROBABLE" extensión a hemisferio contralateral).

Solo veinte días después, en un posterior ingreso y alta por su cirujano (día 20/02/2013) se informa, que el diagnóstico motivo de ingreso es el de "Glioma frontal izquierdo BILATERAL intervenido" aceptándose ya por el cirujano y sin lugar a dudas, la afectación de ambos lóbulos frontales.

Finalmente, el día 26/02/2013, en el informe de la resonancia magnética realizada por la doctora x, se refiere al acto quirúrgico como "resección parcial /biopsia de la lesión", lo que contradice la afirmación de la extirpación del tumor en bloque; asimismo, apunta hacia un diagnóstico de Gliomatosis Cerebri (presencia de una minoración expansiva e infiltrante bihemisférica).

Desde su primera RM (10/01/2013) hasta la realizada el 26/02/2013, han transcurrido apenas 1 mes y 16 días, escaso período de tiempo para pensar en que la propia desdiferenciación del tumor podría ser la responsable de tan brutal evolución, por lo que, desde nuestro punto de vista creemos que el paciente ingresó con un tumor en estadio más avanzado de lo que en principio se estimó, si esto se hubiese tenido en cuenta el paciente podría haberse visto favorecido de algún otro tratamiento alternativo al quirúrgico (quimio-radioterapia), sin poner en duda la gravedad de la lesión y su posible nefasto desenlace".

QUINTO.- La Compañía Aseguradora -- aporta dictamen pericial del Dr. x, especialista en Anatomía Patológica, de 25 de agosto de 2014 (folios 258 a 264 expte.), quien, tras formular las oportunas consideraciones médicas, concluyó que:

"1ª.- No se reconoce relación causal entre la actuación médica y el fallecimiento del paciente. La gliomatosis cerebri, especialmente en presencia de progresión tumoral acelerada, es inevitablemente mortal a corto plazo, sea cual sea el tratamiento al que se someta al paciente. En consecuencia tampoco puede reconocerse pérdida de oportunidad.

2ª.- Entrando en el fondo del asunto, es evidente que ante el cuadro clínico manifestado por el paciente se realizaron las oportunas técnicas de imagen que permitieron la sospecha de tumor cerebral y que ante esa sospecha se procedió de forma correcta derivando al paciente a Neurocirugía.

3ª.- Ante el carácter irresecable del tumor estaba indicada la cirugía sin intención radical, para obtención de material de biopsia que permitiera la confirmación diagnóstica, tal y como se hizo. La técnica empleada (obtención de material de biopsia "en bloque" mediante cirugía abierta), fue la indicada en estos casos.

4ª.- Tras la intervención se derivó al paciente a Oncología Radioterápica, conforme a lo usual en estos casos. Se inició la preparación para este tratamiento mediante técnica de simulación dentro del periodo de tiempo de ??reposo postoperatorio" obligado para evitar los inevitables efectos secundarios que se producirían sobre el lecho quirúrgico y el cerebro en caso de instauración prematura.

5ª.- El tratamiento radioterápico no llegó a aplicarse por la progresión acelerada del proceso que dio lugar a un rápido deterioro clínico y a la muerte del paciente.

6ª.- De lo anterior cabe deducir que la actuación médica fue correcta y ajustada a la Lex Artis aplicable en estos casos".

SEXTO.- Con fecha 28 de septiembre de 2016 se emite informe por la Inspección Médica (folios 224 a 257 expte.), en el que, tras un exhaustivo examen de las actuaciones practicadas, se concluye que:

"A. El paciente x consultó en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor, por presentar una sintomatología consistente en mareo y diplopía (visión doble); fue diagnosticado de forma adecuada en dicho hospital de una LOE (lesión ocupante de espacio) frontal izquierda....

B. Posteriormente fue derivado al Servicio de Neurocirugía del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA) donde se practicó una craneotomía, con biopsia y una descompresión intracraneal, con exéresis de la LOE cerebral diagnosticada, y el estudio anatomopatológico posterior de la pieza quirúrgica extraída.

C. Está acreditado en la historia clínica que previamente a la intervención quirúrgica realizada por neurocirugía se cumplimentó la autorización para intervenciones quirúrgicas y procedimientos diagnósticos cruentos de neurocirugía (vs consentimiento informado).

D. Está acreditado en la historia clínica que durante el seguimiento postquirúrgico que se realizó mediante TAC y RMN, se confirmó la existencia de lesiones tumorales a distintos niveles del cerebro, por lo que fue derivado para su valoración urgente y para tratamiento por oncología radioterápica, y mientras se obtenían los resultados del estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica extraída. Dichas actuaciones médicas se adecúan a la praxis médica actual.

E. A la vista del informe del estudio de anatomopatológico que se realizó de la pieza quirúrgica, y de las imágenes obtenidas mediante RMN de seguimiento, se estableció que el diagnóstico definitivo era el de un Astrocitoma Anaplásico grado III de la OMS - Gliomatosis cerebri.

F. El paciente después de ser derivado de forma urgente al Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Clínico Universitario de Santa Lucía (HCUSL) fue citado de forma inmediata en este servicio de oncología radioterápica para su estudio y para la planificación del tratamiento radioterápico. Dicho tratamiento únicamente podía ser paliativo.

G. En el periodo de la recuperación postoperatoria y previamente al inicio del tratamiento con radioterapia, y como consecuencia de una complicación de su lesión cerebral, el paciente presentó un episodio de hipertensión intracraneal con una progresión de la lesión cerebral tumoral, y una herniación uncal, que evolucionó hacia un estado de coma y su fallecimiento posterior.

H. A la vista de la documentación médica que se acompaña con el expediente de la RP nº 119/14 las actuaciones médicas que se realizaron se han ajustado a la praxis médica actual: habiéndose seguido el protocolo de diagnóstico de la LOE cerebral, y habiéndose realizado un procedimiento neuroquirúrgico (craneotomía, con descompresión quirúrgica y biopsia) de la LOE parietal izquierda, seguido del estudio anatomopatológico posterior de la pieza quirúrgica extraída. El cual estableció el diagnóstico de Astrocitoma Anaplásico grado III de la OM\$.

I El paciente no pudo ser tratado de forma paliativa mediante radioterapia; pues durante la evolución de la enfermedad que padeció (Gliomatosis cerebri) se presentaron complicaciones médicas (hipertensión intracraneal y herniación uncal) que causaron su fallecimiento antes de que pudiese iniciarse dicho tratamiento paliativo".

SÉPTIMO.- Otorgado trámite de audiencia a las partes en el procedimiento, a efectos de que formularan alegaciones y presentaran los documentos que estimaran convenientes (folios 265 a 266 expte.), el reclamante presentó escrito (folios 269 a 276 expte.) en el que reiteró las alegaciones vertidas en su escrito inicial y acompañó un escrito que se autodenomina "ampliación al informe médico pericial de 17 de octubre de 2013" en el que el Dr. x afirma que existió un error de diagnóstico porque "Ante esta dicotomía en la información, informe escueto e irrelevante del TAC más sospecha de malignidad en la RM, lo más acertado hubiese sido repetir ambas exploraciones previamente a la cirugía, para conseguir un conocimiento lo más cercano posible a la realidad, pruebas que a posteriori (en el post inmediato y tardío) se realizaron e informaron perfectamente de la evolución de la enfermedad". Sigue afirmando que también existió un error de tratamiento, porque "Con la información errónea de las pruebas anteriormente citadas, el cirujano se dispone a extirpar un tumor que creía reseccable en su

totalidad y siguiendo el protocolo de estos casos toma previamente tres muestras del tumor para biopsia intraoperatoria, el diagnóstico equivocado de malignidad con que informa de nuevo el estudio intraoperatorio de estas muestras, glioma de bajo grado, (Documento 2), apoyan el hecho de que el acto quirúrgico se prolongase durante 6 horas sin duda con la intención de extirpación total del tumor". En cuanto al desenlace indica que "Tras unos 43 días desde la intervención, y con síntomas continuados que aluden a hipertensión craneal, aunque es cierto que en las exploraciones pertinentes se descarta hemorragia intracraneal, no se indica nada sobre la hipertensión larvada y producida por el edema postquirúrgico, que de igual forma pudo llevar al exitus del paciente", por lo que termina concluyendo que "reconociendo el pronóstico nefasto de la lesión que padecía el paciente, creemos que apoyados en la única RM previa a la intervención que ya apuntaba a cierta malignidad, lo indicado habría sido un nuevo estudio radiológico para confirmar la malignidad del tumor y su extensión real (reseñar las RM posteriores a la intervención, donde se aprecia y diagnostica con toda claridad la ocupación de la lesión en ambos hemisferios etc), y conocidos estos datos realizar una biopsia estereotaxica, para confirmar el diagnóstico, todo esto, por su menor agresividad hubiese permitido instaurar un tratamiento coadyuvante y demorar en lo posible el resultado tan fulminante que se dio tras la intervención".

OCTAVO.- Con fecha 4 de enero de 2017 se solicita de la Inspección Médica que emita informe complementario (folio 294 expte.) este es evacuado con fecha 14 de febrero de 2017 ratificándose en las conclusiones del informe anterior (folios 297 a 306 expte.).

NOVENO.- Otorgado nuevo trámite de audiencia a los reclamantes (folios 307 a 308 bis expte.), con fecha 12 de abril de 2017 presentan escrito en el que ponen de manifiesto el retraso en la resolución del procedimiento y se ratifican en sus alegaciones anteriores (folios 310 a 318 expte.).

DÉCIMO.- La propuesta de resolución, de 6 de noviembre de 2017 (folios 319 a 334 expte.), desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial por no concurrir los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial.

ÚNDECIMO.- Con fecha 15 de noviembre de 2017 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 (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.- Régimen jurídico, legitimación, plazo y procedimiento.

I. La Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), ha sido derogada por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP, Disposición derogatoria única, párrafo 2, letra a)), la cual, junto a la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de régimen jurídico del sector público (LRJSP), configuran una nueva regulación de la responsabilidad patrimonial de la Administración. No obstante, a tenor de lo que establece la Disposición transitoria tercera, letra a) LPACAP, a los procedimientos ya iniciados antes de la entrada en vigor de la Ley no les será de aplicación la misma, rigiéndose por la normativa anterior. Por tanto, la nueva regulación será aplicable a los procedimientos de responsabilidad patrimonial iniciados a partir del día 2 de octubre de 2016 (Disposición final séptima LPAC 2015), no siendo el caso del sometido a Dictamen, cuya solicitud es de 3 de marzo de 2014.

II. Los reclamantes ostentan legitimación activa para reclamar, de conformidad con lo previsto en el artículo 139.1 LPAC.

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.

III. La acción resarcitoria ha de considerarse temporánea, toda vez que se ejercitó el 3 de marzo de 2014, antes del trascurso del año que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 142.5 LPAC. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas. Dado que el fallecimiento del hijo de los reclamantes se produjo con fecha 5 de marzo de 2013, la reclamación estaría presentada dentro de plazo.

IV. 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 en contra del principio de eficacia por el que se ha de regir el actuar administrativo (artículo 3 LPAC).

TERCERA.- Responsabilidad patrimonial administrativa en materia sanitaria. Consideraciones generales.

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: *"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, recogidos por los artículos 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia, son los siguientes:

- 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 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 STS, Sala 3ª, 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 STS, Sala 3ª, 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, más 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 1ª, 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 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.

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).

CUARTA.- Concurrencia de los requisitos determinantes de la responsabilidad patrimonial en el presente caso. Falta de acreditación.

Para los reclamantes, la relación de causalidad entre el actuar de la Administración sanitaria y el fallecimiento de su hijo se fundamenta en la ausencia de consentimiento informado y la mala *praxis* médica que dio lugar a la pérdida de oportunidad de supervivencia.

Frente a tales imputaciones, la propuesta de resolución sometida a Dictamen, sustentada en la historia clínica, los informes que se han aportado por los facultativos intervinientes, la compañía de seguros del Servicio Murciano de Salud y la Inspección Médica, alcanza la conclusión de que no ha existido una actuación sanitaria contraria a la *lex artis* en el tratamiento del paciente.

Analicemos estas cuestiones:

A) Ausencia de consentimiento informado al no haber existido información ni completa, ni continuada ni veraz sobre el proceso de la enfermedad, ni porcentaje del riesgo de la operación, los posibles tratamientos ni las posibles alternativas al tratamiento quirúrgico.

Comoquiera que la doctrina de este Consejo Jurídico acerca del derecho y correspondiente deber de información en el ámbito asistencial sanitario es conocida por la Consejería consultante, habiendo sido expuesta en multitud de dictámenes emitidos a petición suya, se omite su reproducción. Baste ahora con recordar que, de conformidad con el régimen jurídico de la autonomía del paciente y el elenco de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, recogido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el paciente tiene derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, comprendiendo, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias (art. 4). Este derecho de información se particulariza en el artículo 8 de la Ley, como consentimiento informado, libre y voluntario del afectado, que habrá de recabarse para toda actuación en el ámbito de su salud. El consentimiento habrá de serlo por escrito cuando se refiere a intervención quirúrgica (como es el caso), procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, y para obtenerlo habrá de ofrecerse información suficiente al paciente sobre el procedimiento de aplicación y sus riesgos.

El artículo 8.2 y 3 de la Ley 41/2002 exige un consentimiento prestado por escrito en los casos de intervención quirúrgica. Consentimiento escrito del paciente que será necesario para cada una de dichas actuaciones y que contendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos. De conformidad con el artículo 10.1 de la indicada Ley se informará al paciente, al menos, de los siguientes extremos: a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad; b) los riesgos relacionados con las circunstancias personales [o profesionales del paciente;](#) y c) los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.

Como se afirma en la Jurisprudencia del Tribunal Supremo (por todas Sentencia de 22 junio 2012 de su Sala de lo Contencioso-Administrativo) *"Actualmente partimos de que el consentimiento informado supone "la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a la salud"* (art. 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica). Es evidente la necesidad de informar sobre posibles riesgos (art. 8.3 Ley 41/2002).

También se prevé respecto de procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente. Todo ello, a salvo claro está de situaciones en que deban adoptarse decisiones urgentes adecuadas para salvar la vida del paciente o cuando el paciente no esté capacitado para tomar decisiones.

Se ha recordado en la Sentencia de 29 de junio de 2010, recurso de casación 4637/2008 lo dicho en la Sentencia de 16 de enero de 2007, recurso de casación 5060/2002 sobre que "El contenido concreto de la información transmitida al paciente para obtener su consentimiento puede condicionar la elección o el rechazo de una determinada terapia por razón de sus riesgos".

NOVENO

Y una constante jurisprudencia (Sentencias de 16 de enero de 2007, recurso de casación 5060/2002, 1 de febrero de 2008, recurso de casación 2033/2003, de 22 de octubre de 2009, recurso de casación 710/2008, Sentencia de 25 de marzo de 2010, recurso de casación 3944/2008, manifiesta en que el deber de obtener el consentimiento informado del paciente constituye una infracción de la "lex artis" y revela una manifestación anormal del servicio sanitario.

No solo puede constituir infracción la omisión completa del consentimiento informado sino también descuidos parciales. Se incluye, por tanto, la ausencia de la obligación de informar adecuadamente al enfermo de todos los

riesgos que entrañaba una intervención quirúrgica y de las consecuencias que de la misma podían derivar.

Debe insistirse en que una cosa es la incerteza o improbabilidad de un determinado riesgo, y otra distinta su baja o reducida tasa de probabilidad aunque si existan referencias no aisladas acerca de su producción o acaecimiento".

Por tanto, para proceder a la operación consistente en craneotomía, biopsia y descompresión que se practicó al reclamante resultaba necesario recabar el consentimiento del paciente por escrito, en la medida en que no concurre ninguna de las circunstancias que, al amparo del artículo 9 Ley 41/2002, permiten prescindir de la previa obtención del consentimiento escrito, y antes de solicitarlo del paciente correspondía al médico responsable del proceso asistencial ofrecerle cumplida información acerca de las consecuencias esperables y de los riesgos, tanto típicos o comunes como personalizados, de la operación a que se enfrentaba.

La doctrina de este Consejo Jurídico en relación con el carácter genérico de los documentos de consentimiento informado y su relevancia en orden a la prueba de la información realmente facilitada a los pacientes, puede sintetizarse en la siguiente consideración del Dictamen 20/2013:

"El consentimiento que aparece en el expediente ha sido prestado mediante la firma de un formulario más o menos genérico. En relación con esta cuestión, la jurisprudencia del Tribunal Supremo es variada. En alguna ocasión el Alto Tribunal ha manifestado que es a la Administración a quien corresponde probar la existencia de información y que la firma por el paciente de un papel-formulario genérico aceptando someterse a una intervención quirúrgica no basta (entre otras, Sentencia de 28 de junio de 1999). Sin embargo, en otras sentencias posteriores ha venido a declarar que "es cierto que la fórmula que figura en el impreso -una vez informado de los métodos, etc.- es genérica, pero el contenido específico a que se refiere -su concreción en el caso de que se trata- ha sido implícitamente asumido por el paciente, lo que, jurídicamente, significa que la carga de probar que no es cierto que la información se haya dado o que ésta es insuficiente, se desplaza al firmante... No puede descargarse toda la responsabilidad de una actuación jurídica -para el caso la explicitación de una autorización para acto médico que debe darse al paciente- sobre los servicios sanitarios. Es el paciente -o, en su caso, el familiar o allegado que lo asiste o sustituye- quien puede y debe solicitar -si lo considera necesario- que se le dé una información más elocuente y que, siempre con la necesaria precisión técnica, se haga constar esa información detallada por escrito" (STS 27 de noviembre de 2000). En esta misma línea argumentativa el Tribunal Supremo en Sentencias de 4 de abril y 3 de octubre de 2000, manifiesta que no se puede pretender una información excesiva al paciente que dificultaría el propio ejercicio de la función médica; sólo para aquellos casos en los que la información hubiera sido verbal se produce la inversión de la carga de la prueba y compete a la Administración acreditar que el paciente tuvo conocimiento del tipo de intervención que le iba a practicar y de sus posibles consecuencias. Como en el supuesto que nos ocupa la información no fue verbal, corresponde a la reclamante probar que la recibida fue incompleta o defectuosa, sin que haya desplegado actividad probatoria, más allá de sus propias manifestaciones, para enervar la eficacia de dicho documento..."

En este sentido, en el informe, de 10 de mayo de 2014, del Dr. x del Servicio Regional de Neurocirugía del Hospital de la Arrixaca, en relación con la falta de consentimiento informado, afirma que *"El paciente fue debidamente informado de: (1) la necesidad de la operación, (2) beneficios y (3) riesgos la misma, firmando el Consentimiento Informado tras esta información verbal y escrita"; "El paciente fue informado de la existencia de su lesión, informándole a la vez de la necesidad de realizar una biopsia de la misma para determinar su naturaleza, ya que este tipo de imágenes por la RNM no son diagnósticas por sí solas"; "no se ofrecieron otras opciones terapéuticas, ya que estas se derivan del conocimiento de la lesión, y sólo se ofrecen después del diagnóstico anatomopatológico de la lesión"; "El procedimiento quirúrgico a utilizar en cada caso se decide, por lo general, en sesión clínica, ya que no es objeto de discusión con los pacientes"; "dada la gran extensión de la lesión y su propagación por las fibras nerviosas de un hemisferio cerebral a otro, nunca se ofreció al paciente la opción de una extirpación total"; "La reclamación dice textualmente: "En el Consentimiento Informado no aparece el diagnóstico, ni se le explica la clase de cirugía a realizar...". Aun siendo cierto que dichos extremos no se especificaran por escrito, tanto el diagnóstico como la intervención se explicaron verbalmente"; "Se reprocha igualmente que se ofreciera un formulario tipo y no específico de C.I. Aunque disponemos de estos formularios específicos, la mayoría dan un listado no personalizado de las posibles complicaciones que, a nuestro entender es a veces excesivo y lejos de la realidad de cada paciente, y cuyo fundamento es sobre todo el de la "medicina defensiva". La comunicación directa y explicaciones verbales son lo que la mayoría de los pacientes demanda".*

En el informe, de 28 de septiembre de 2016, de la Inspección Médica, en el apartado de JUICIO CRÍTICO afirma

que "2) Está acreditado en la historia clínica y así consta en el expediente...la existencia de una autorización para intervenciones quirúrgicas y procedimientos diagnósticos cruentos (vs consentimiento informado) para la cirugía que se le practicó en el HCUVA por el Servicio de Neurocirugía para el tratamiento y el diagnóstico anatomopatológico de dicha LOE cerebral. Este consentimiento está firmado por el paciente y por el facultativo que luego realizó la intervención quirúrgica". Nos dice también que en el detalle del consentimiento informado "se exponen las complicaciones genéricas y las complicaciones específicas de la intervención quirúrgica realizada", para terminar concluyendo que "Está acreditado en la historia clínica que previamente a la intervención quirúrgica realizada por neurocirugía se cumplimentó la autorización para intervenciones quirúrgicas y procedimientos diagnósticos cruentos de neurocirugía (vs consentimiento informado)".

Por su parte, el informe, de 25 de agosto de 2014, aportado por la Compañía de Seguros --, también afirma en cuanto al consentimiento informado que "Existe documento de consentimiento informado firmado por el paciente, que incluye los riesgos generales y específicos de la intervención. Aunque es cierto que no recoge las alternativas a la cirugía, también lo es que no existen tales alternativas".

A ello tenemos que añadir que los reclamantes son los padres del fallecido, cuando éste estaba casado y con dos hijos y que, según el Informe de Cuidados de Enfermería que obra al folio 189 del expediente, la cuidadora principal era su mujer, de quién no se ha presentado declaración alguna o propuesto como testigo para que pudiera desmentir las afirmaciones que realiza el Dr. x en su informe sobre que la información no solo se produjo de forma escrita sino principalmente verbal, por lo que debemos concluir que sí hubo consentimiento informado adecuado y suficiente.

B) Mala praxis médica determinante de la pérdida de oportunidad de supervivencia del paciente, consistente en la ausencia de estudio previo a la intervención quirúrgica, errores sucesivos en el diagnóstico, pronóstico y seguimiento.

El informe de parte, de 17 de octubre de 2013, del Dr. x concluye que "desde nuestro punto de vista creemos que el paciente ingresó con un tumor en estadio más avanzado de lo que en principio se estimó, si esto se hubiese tenido en cuenta el paciente podría haberse visto favorecido de algún otro tratamiento alternativo al quirúrgico (quimio-radioterapia), sin poner en duda la gravedad de la lesión y su posible nefasto desenlace". Posteriormente, en la ampliación a dicho informe concluye que "reconociendo el pronóstico nefasto de la lesión que padecía el paciente, creemos que apoyados en la única RM previa a la intervención que ya apuntaba a cierta malignidad, lo indicado habría sido un nuevo estudio radiológico para confirmar la malignidad del tumor y su extensión real (reseñar las RM posteriores a la intervención, donde se aprecia y diagnostica con toda claridad la ocupación de la lesión en ambos hemisferios etc), y conocidos estos datos realizar una biopsia estereotaxica, para confirmar el diagnóstico, todo esto, por su menor agresividad hubiese permitido instaurar un tratamiento coadyuvante y demorar en lo posible el resultado tan fulminante que se dio tras la intervención".

Consideramos que el referido informe parte de un presupuesto de hecho erróneo, cual es suponer que cuando se realiza la intervención el cirujano desconocía que el tumor alcanzaba a ambos hemisferios y que no realizó nueva resonancia magnética previa a la cirugía. Sin embargo, en el informe de la resonancia magnética realizada el 8 de enero de 2013 (folio 115 expte.) se concluye tajantemente "Lesión frontal izquierda intra-axial de márgenes mal definidos y que se acompaña de gliosis-edema que afecta también al hemisferio derecho". A su vez, en el informe de alta del HCUVA de 30 de enero de 2013 (folio 123 expte.), entre las pruebas complementarias previas al procedimiento quirúrgico, se describe "RM cerebral: lesión frontoparietal izquierda que se extiende desde región cortical, sustancia blanca subcortical, corona radiada con afectación de cuerpo calloso y probable extensión a hemisferio contralateral".

Del expediente administrativo se puede comprobar que en las dos resonancias magnéticas realizadas con carácter previo a la intervención se evidenciaba que la lesión se extendía por ambos hemisferios y que sí se practicó una nueva resonancia magnética en el HCUVA antes de intervenir, por lo que partiendo el informe de parte de hechos erróneos sus conclusiones no pueden ser fiables.

Por el contrario, en el informe del Dr. x, ya referido, se afirma que "En el caso de este paciente se escogió la opción segunda (biopsia y descompresión tumoral a cielo abierto). De todas formas, dada la gran extensión de la lesión y su propagación por las fibras nerviosas de un hemisferio cerebral a otro, nunca se ofreció al paciente la opción de una extirpación total... En el caso de x, el abordaje del tumor se realizó por el hemisferio cerebral izquierdo, donde la lesión era más voluminosa, lo que permitiría tanto la obtención de un trozo más grande para su

análisis como la realización (al mismo tiempo) de una descompresión tumoral.

La anotación sobre la operación acerca de que se llevó a cabo ¿extirpación en bloque? evidentemente se refiere al trozo destinado a biopsia y no a una resección tumoral completa... En casos de lesiones extensas y bilaterales, como la de x, o de tumores múltiples (glioma multicéntrico) la extirpación total está contraindicada en todos los centros del mundo. No existe, pues, diagnóstico erróneo por parte del cirujano. Bien al contrario, existe un proceder conforme a las normas elementales de una buena práctica de la Neurocirugía... las dos únicas opciones para un proceso como el de x eran operar o no hacerlo. Ninguna prueba de neuroimagen, TAC o RNM craneales, fue capaz de dilucidar si las lesiones del paciente correspondían a un tumor (astrocitoma o glioma), a un linfoma, o incluso a un proceso inflamatorio o desmielinizante. Insistiendo en este extremo basta con leer los informes de dichos estudios cerebrales (TAC o RNM) para comprobar las diferentes interpretaciones de los mismos, primeramente se indica "probable" afectación del hemisferio cerebral derecho, luego se informa de edema, cambios postquirúrgicos e incluso de lesiones isquémicas postquirúrgicas. No se puede, pues, detallar el diagnóstico, el pronóstico y las alternativas de tratamiento cuando no se dispone aún de diagnóstico anatomopatológico. No se puede irradiar un cerebro o tratar con quimioterapia una lesión cerebral de origen tan incierto. Ello sí que hubiera supuesto un error diagnóstico. Igualmente hemos señalado antes que cada tipo tumoral suele requerir dosis diferentes de radioterapia y regímenes diferentes de quimioterapia. Para mayor dificultad diagnóstica también hubo disparidad entre la biopsia intraoperatoria de astrocitoma de bajo grado al diagnóstico anatomopatológico definitivo que informó de astrocitoma de alto grado (grado 3 sobre 4 de la OMS)

Las dificultades diagnósticas se deben a la propia naturaleza del tumor de x, ya que es bien conocido el hecho de que ciertos tumores inicialmente de bajo grado se malignizan con el tiempo y se convierten en tumores de alto grado. Además, el estudio biopsico de los gliomas puede variar de unas zonas a otras ya que los tumores no presentan una uniformidad celular.

Esto también viene a corroborar el acierto en la indicación de realizar la biopsia a cielo abierto ya que ello permite un diagnóstico más seguro porque se dispone de una muestra mayor de tejido para analizar...

Por otra parte, una vez realizada la biopsia, estaba claro que, aun siendo un tumor cerebral (astrocitoma) de bajo o alto grado, su extensa expansión bilateral, en ambos hemisferios cerebrales, cruzando a través de las fibras del cuerpo caloso, convertían al tumor en inextirpable. Los tratamientos reconocidos para este tipo de tumores consisten en biopsia, con o sin descompresión cerebral, radioterapia de todo el cerebro, y quimioterapia.

Tanto en los astrocitomas benignos como en los malignos de esta extensión, el pronóstico depende más de su localización y propagación a través del cerebro que del grado de resección ya que en todas estas lesiones infiltrantes la extirpación total es necesariamente incompleta. El astrocitoma en ¿alas de mariposa?, los gliomas multicéntricos (es decir los que nacen de varias zonas cerebrales simultáneamente), y la gliomatosis cerebral tienen un comportamiento semejante y un pronóstico infausto. También es conocido que la respuesta individual a todos los tratamientos es sumamente variable. El hecho de no haber sabido el diagnóstico definitivo de la biopsia hace que la opinión inicial sobre el pronóstico y supervivencia fueran algo más optimistas. La supervivencia del astrocitoma grado 3 (astrocitoma anaplásico) es de 2-3 años aproximadamente. Sin embargo, esta supervivencia se ve claramente disminuida cuando el tumor es difuso, con extensión bilateral, o multicéntrico oscilando la supervivencia entre 48 a 265 días...

x fue visto en varias ocasiones, en diversos hospitales (Los Arcos, Santa Lucía y Virgen de la Arrixaca), y por diversos médicos quejándose de dolores de cabeza. Durante el proceso del paciente se realizaron un total de nueve exploraciones de neuroimagen (5 TACs y 4 RNM de cerebro), lo que atestigua la diligencia con que el paciente fue atendido. En ninguna de estas exploraciones realizadas en nuestro o en los otros hospitales se detectó progresión tumoral u otro tipo de complicaciones (como hemorragia etc). Las cefaleas son un síntoma frecuente de los tumores cerebrales, e incluso se exacerban tras las operaciones debido al edema postquirúrgico. Estas cefaleas se tratan con corticoides y suelen responder bien a los mismos. De todas formas no se hubiera considerado nunca una reintervención por no estar así indicada.

La radioterapia normalmente se inicia tras un tiempo después de la operación para permitir la cicatrización de la piel y el tejido cerebral y para evitar las fases iniciales del postoperatorio en que habitualmente existe edema cerebral que se puede acentuar con este tratamiento.

Probablemente, el desgraciado desenlace del paciente se debió a un aumento rápido de presión intracraneal que

condujo al encajamiento del cerebro, coma y ulterior defunción.

La revisión en Consulta de Neurocirugía para 3 meses es un plazo habitual entendiéndose: (1) que se le ofrece al paciente la posibilidad de adelantar la cita o de acudir a urgencias si su Médico o el propio paciente lo consideran necesario, (2) que tras el alta de Neurocirugía los pacientes pasan a control de los Servicios de Oncología, que en el caso de x era el del Hospital Santa Lucía. Habitualmente, los servicios se ponen en contacto, incluso telefónico para comentar los casos cuando surge alguna circunstancia que lo requiera".

Por su parte, el informe pericial aportado por la Compañía Aseguradora, cuando describe la praxis aplicable al caso de la gliomatosis cerebri (GC) (que era la que padecía el paciente), afirma que "De acuerdo con los criterios de la OMS es un glioma difuso, con un patrón de crecimiento excepcionalmente infiltrativo y extenso...

La GC presenta un comportamiento biológico habitualmente agresivo, por lo que la OMS la clasifica como de grado III de malignidad, aunque en las biopsias tomadas de la lesión el tumor se exprese como de grado más bajo...

El diagnóstico de certeza requiere ineludiblemente el estudio microscópico de muestras tomadas de la lesión, mediante biopsia por punción o "a cielo abierto", que revelará su carácter tumoral...La GC es una tumoración irreseccable, por lo que la cirugía solo tiene un papel diagnóstico...

Pese al tratamiento el pronóstico es infausto a corto plazo...no suele superar los seis meses, aunque puede alcanzar el año. Con cierta frecuencia, en el seno de una GC puede ocurrir transformación del tumor a glioblastoma, lo que supone una progresión acelerada del proceso con deterioro rápido del paciente que lleva a la muerte en un tiempo aún menor..."

En cuanto a la cirugía practicada al paciente, afirma que "la sospecha de tumor cerebral obliga ineludiblemente a la cirugía para confirmación del diagnóstico mediante biopsia y, si es posible, para extirpación de la lesión con intención radical...En este caso es evidente que la extirpación de la lesión con intención radical era imposible, dada su gran extensión; tratar de extirparla en su totalidad habría supuesto un daño funcional de extraordinaria gravedad y, probablemente, la muerte del paciente como consecuencia de la cirugía...

No debe confundirse extirpación "en bloque" con extirpación radical. El primer término no se refiere a la cantidad de tumor extirpado sino a la obtención de un único fragmento lo más grande posible de la lesión...En consecuencia, el hecho de que en nuestro caso se haga referencia a la extirpación en bloque no supone que se pretendiera extirpar la totalidad del tumor (lo que era manifiestamente imposible dada su extensión...

3ª.- En cuanto al diagnóstico...el único diagnóstico de certeza se consigue con el estudio anatomopatológico del material biológico obtenido del tumor.

Este estudio se realiza habitualmente en dos fases:

1ª Mediante biopsia rápida informada durante el transcurso de la intervención (biopsia intraoperatoria)...Con esta biopsia se pretende exclusivamente confirmar que el tejido que va a extirparse corresponde a la zona lesionada y anticipar si se trata o no de un tumor...y no es infrecuente que lo que parece un tumor de bajo grado en intraoperatoria corresponda a un tumor de alto grado en el estudio del material posteriormente estudiado.

2ª Mediante biopsia diferida informada tras el estudio del material extirpado...Este estudio...es el que se considera definitivo en cuanto al grado de malignidad del tumor...

En nuestro caso, la biopsia intraoperatoria fue informada de glioma de bajo grado. Sin embargo, el estudio posterior del material extirpado determinó la existencia de un glioma anaplásico de alto grado, siendo este diagnóstico el que debe considerarse como definitivo a tenor de las consideraciones anteriores.

4º.- En cuanto a la radioterapia.

El tratamiento de elección de los tumores cerebrales inextirpables es la radioterapia craneal...es obligado esperar un tiempo tras la cirugía antes de comenzar la radioterapia, tiempo que corresponde al requerido para la cicatrización del lecho quirúrgico y la desaparición del edema secundario a la intervención. Este tiempo se estima

entre 4 y 6 semanas...no debe en ningún caso aplicarse sin contar con la confirmación diagnóstica de la naturaleza tumoral de la lesión y de su grado de malignidad...

Puesto que el 21-1-13 se llevó a cabo intervención quirúrgica y el 28 de febrero del mismo año se procedió a la simulación previa a la radioterapia, resulta manifiestamente evidente, con independencia de cualquier otra consideración, que el tiempo transcurrido entre ambos eventos está dentro del obligado periodo de "reposo postoperatorio" que debe preceder al tratamiento radioterápico y, por tanto, carece de sentido el pretender que existió un retraso en la instauración de dicho tratamiento...

6º.- En cuanto a la evolución del proceso y a la pérdida de oportunidad.

El proceso tumoral habría evolucionado de la misma forma con independencia de la actuación médica, por lo que no puede reconocerse relación causal entre dicha actuación y la muerte del paciente...

Así pues no hay pérdida de oportunidad. El glioma de alto grado asociado a gliomatosis cerebri es mortal a corto plazo, (a muy corto plazo si se produce progresión rápida debida a transformación en glioblastoma, como parece ocurrió en nuestro caso) y, por tanto, sea cual fuese la asistencia médica la muerte del paciente era inevitable".

Por último, en el informe de la Inspección Médica de 28 de septiembre de 2016, tras el estudio pormenorizado del expediente y de la bibliografía médica, se constata:

"3) Está acreditado en la historia clínica que para el diagnóstico de la LOE cerebral se siguió el algoritmo de diagnóstico que se establece para esta patología en la bibliografía médica:

1. Diagnóstico radiológico mediante imagen: TAC/RMN.

2. Estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica extraída durante la intervención quirúrgica...

4) Queda acreditado en la historia clínica, que durante la intervención quirúrgica realizada el día 21/01/2013 se practicó una craneotomía, una biopsia y una descompresión quirúrgica (con disminución del aumento de la presión intracraneal que estaba produciendo la LOE cerebral debido a su efecto masa).

5) A continuación se remitió la pieza extraída quirúrgicamente...para su estudio anatomopatológico definitivo. Dicho estudio permitió establecer el diagnóstico de Astrocitoma Anaplásico grado III de la OMS...

8) Una vez realizado el estudio de la pieza obtenida mediante dicha exéresis y establecido el diagnóstico anatomopatológico definitivo de la lesión, y tras comprobarse la persistencia de restos tumorales intracraneales...la opción que se planteó fue el tratamiento con radioterapia.

9) Dicha indicación de tratamiento radioterápico se ajusta a los protocolos médicos que actualmente se recogen en la bibliografía médica en relación a esta lesión cerebral, y según los cuales el tratamiento es paliativo mediante quimioterapia o radioterapia.

10) Queda acreditado...que el paciente fue valorado por el Servicio de Oncología Radioterápica de forma inmediata...

11) Para la iniciación del tratamiento con radioterapia, es conveniente que se conozca el diagnóstico anatomopatológico de la lesión, también es necesario un estudio previo...A todo lo anterior debe añadirse la existencia de un periodo de recuperación postquirúrgica...

12) ...el diagnóstico que se estableció..., fue el de un Astrocinoma Anaplásico grado III de la OMS...; el cual junto con las imágenes obtenidas mediante RMN... llevaron a establecer como diagnóstico clínico definitivo el de Gliomatosis Cerebri. Cuyo tratamiento según la bibliografía actual es paliativo mediante el tratamiento con quimioterapia o con radioterapia.

13) Durante el periodo de recuperación postquirúrgico y antes del inicio del tratamiento paliativo mediante la

radioterapia, el paciente desarrolló una complicación médica al presentar una hipertensión intracraneal y una progresión rápida de su enfermedad, produciéndose a su vez una herniación uncal, un estado de coma y el fallecimiento posterior".

El informe termina concluyendo que *"A la vista de la documentación médica que se acompaña con el expediente...las actuaciones médicas que se realizaron se han ajustado a la praxis médica actual".*

A la vista de lo expuesto, coincidimos con la propuesta de resolución en que no se ha acreditado en el procedimiento que existiera una actuación sanitaria contraria a la *lex artis*, por lo que no podemos apreciar que exista una relación de causalidad adecuada y suficiente entre el daño alegado y el funcionamiento del servicio sanitario regional, no procediendo la estimación de la reclamación de responsabilidad patrimonial presentada.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, que no aprecia la concurrencia de los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración, singularmente el nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño alegado, que no cabe considerar antijurídico.

No obstante, V.E. resolverá.

