



Dictamen nº 73/2021

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 22 de abril de 2021, 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 12 de febrero de 2021 (COMINTER_43878_2021_02_12-01_49) y CD recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 17 de febrero de 2021, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.ª X como consecuencia de los daños sufridos por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2021_029), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El día 19 de abril de 2016 tuvo entrada en el Servicio Jurídico de la Secretaría General Técnica del Servicio Murciano de Salud (SMS) una reclamación de responsabilidad patrimonial presentada el anterior día 15 del mismo mes en el registro por D.ª X, por los daños que decía haber sufrido como consecuencia de la defectuosa asistencia que había recibido desde que en mayo de 2013 fue intervenida en el Hospital General Universitario "Virgen de la Arrixaca" (HUVA) de histerectomía más doble anexectomía por tumor ovárico izquierdo, con juicio diagnóstico definitivo de carcinoma de ovario, recibiendo también tratamiento con quimioterapia. Despues de ese proceso sufrió otro como consecuencia de la detección de un carcinoma de tiroides cuyo tratamiento se retrasó indebidamente.

Afirma en su declaración que *"Desde que en mayo de 2014 se nota bultoma cervical que consulta a su médico de familia que la deriva al Hospital Virgen de la Arrixaca hasta que se realiza la TIROIDEKTOMÍA transcurren 12 meses y desde que se realiza el 23-09-2014 la PAAF ECOGUIADA cuyo diagnóstico determina ADENOPATÍA LA TEROCERVICAL DERECHA CON CARCINOMA ALTAMENTE SUGESTIVO DE ORIGEN TIROIDEO: Como primera opción CARCINOMA PAPILAR POR TTF1+ y CK19+ transcurren SIETE MESES. Tiempo excesivo que influye negativamente en el pronóstico ya que finalmente se produce una METÁSTASIS en diversos ganglios como se determina en el informe de Anatomía Patológica de 4-5-2015."*

La reclamación se basa también en la existencia de una lesión del nervio espinal derecho que limita el buen funcionamiento de su brazo y que considera producido por un error en la intervención a que fue sometida. Expresamente señala que la reclamación se formula por la existencia de una *"lesión en el nervio espinal derecho que le supone una grave limitación del brazo derecho ya que no puede ni mantener un vaso, es evidente que es consecuencia de la intervención, sin haber sido -ni siquiera- informada de esta secuela, ya que sólo se le advirtió que podrían verse afectadas las cuerdas vocales temporalmente como consecuencia de la intervención. También es consecuencia directa de la misma la afectación que sufre en la deglución y masticación, y de los que tampoco fue informada"*.

Termina la reclamación solicitando una indemnización por importe de 500.000 €, sin mayor concreción, incluyendo tanto las secuelas físicas como el daño moral, y acompañaba a la misma diversa documentación clínica solicitando que por un perito competente se informara sobre la intervención quirúrgica realizada, las secuelas que padecía y la relación de causalidad entre la actuación de la administración y los daños ocasionados.

SEGUNDO.- Por resolución de 25 de abril de 2016 del Director Gerente del SMS se admitió a trámite la reclamación presentada, se ordenó la incoación del expediente número 338/16 y se designó al Servicio Jurídico del SMS como órgano encargado de la instrucción. La resolución fue notificada a la interesada, a la Correduría de

seguros "Aón Gil y Carvajal, S.A." para su traslado a la compañía aseguradora, a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, y a la Gerencia del Área I, HUVA, requiriendo la remisión de la historia clínica de la paciente y el informe de los profesionales que la atendieron.

TERCERO.- Con escrito de 14 de julio de 2016, el Director Gerente del HUVA remitió la copia de la historia clínica que se había solicitado, así como el informe de la doctora Y, Facultativa Especialista de Área (FEA) de Endocrinología, de 26 de mayo de 2016, y el evacuado por la doctora Z, FEA de Rehabilitación, de 31 de mayo del mismo año. Al no haberse remitido el informe del servicio que hubiera causado la presunta lesión, mediante escrito de 20 de julio de 2016 se requirió a la Dirección Médica del HUVA su envío. En respuesta a dicho requerimiento se remitió el informe del doctor P, jefe de Sección de la Unidad de Endocrinología, evacuado el 8 de septiembre de 2016.

CUARTO.- El instructor del procedimiento comunicó a la interesada con escrito de 26 de octubre de 2016 la admisión de las pruebas propuestas en su solicitud y la incorporación al expediente de la historia clínica y de la evacuación de los anteriores informes. Por último, le comunicaba que el expediente iba a ser remitido para su informe al Servicio de Inspección de Prestaciones Asistenciales de la Consejería de Sanidad (Inspección Médica), lo cual efectuó mediante escrito del día siguiente. De todo lo anterior dio traslado también a la Compañía "Mapfre seguros de empresas".

QUINTO.- Un escrito de la interesada comunicando el cambio de domicilio a efecto de notificaciones se presentó en el registro el día 5 de enero de 2017. A continuación, figura en el expediente, sin escrito que lo incorpore, un informe médico pericial de la empresa "--", emitido por el doctor D. Q, especialista en Cirugía General y Aparato Digestivo y en Cirugía Torácica, el 20 de diciembre de 2016.

SEXTO.- Por acuerdo de 27 de febrero de 2017 se ordenó la apertura del trámite de audiencia notificándolo a la interesada y a la Compañía aseguradora, compareciendo la primera ante el órgano instructor el día 6 de marzo de 2017, según se acredita con una diligencia extendida al efecto. En dicha comparecencia solicitó y obtuvo copia de determinados documentos integrados en el expediente.

SÉPTIMO.- El día 15 de marzo de 2017 la interesada presentó en el registro un escrito de alegaciones en el que daba cuenta del desarrollo temporal de los procesos de que se había visto aquejada y que fundamentaban su reclamación amparándose en el retraso experimentado en la actuación de los servicios sanitarios desde el momento en que se sospechó la existencia del carcinoma del tiroides y la intervención quirúrgica a que fue sometida (nueve meses después del diagnóstico), teniendo en cuenta que era una enferma que ya había padecido un carcinoma de ovario un año antes, lo que, según su criterio, habría exigido una mayor prontezza en la resolución del asunto. Junto con ello, denunciaba la inexistencia de consentimiento informado para la primera intervención a que fue sometida, la relativa al cáncer de ovario, que se realizó el 29 de mayo de 2013, intervención en la que se produjo la rotura del tumor de células de granulosa, lo que denotaba la mala praxis. Y en cuanto a la ejecución de la segunda, la del carcinoma de tiroides, el día 16 de abril de 2015, la mala praxis seguida durante la misma era la causante de la lesión parcial severa del nervio espinal derecho, origen, a su vez, de la apraxia bucolingual con dificultad deglutoria que padecía, siendo así que ambas lesiones no figuraban como tales riesgos en el consentimiento informado sin fechar que figuraba en el expediente.

En el escrito de alegaciones manifestaba su disconformidad con el informe médico pericial del doctor Q, de la empresa --, por las razones expuestas, y dejar constancia de que "[...] como consecuencia de las lesiones derivadas de la intervención de Ca de Tiroides, con fecha 21 de Octubre de 2015, a la vista de la severa limitación del nervio espinal derecho, la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social, reconoció a la Sra. X afecta de Gran Invalidez, al precisar la asistencia de una tercera persona para realizar los actos más esenciales para la vida diaria, tales como comer, y vestirse". La citada resolución y otra documentación clínica se adjuntaba al escrito de alegaciones, que concluía solicitando que se unieran al expediente y que se suspendiera el procedimiento hasta recibir el informe de la Subdirección de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria (SIPA), no realizando propuesta alguna hasta ese momento.

El órgano instructor remitió la nueva documentación a la SIPA y a la Correduría de seguros mediante escritos de 27 de marzo de 2017.

OCTAVO.- El 30 de mayo de 2017 tuvo entrada en el registro un nuevo escrito de la interesada modificando el inicial en el sentido de que la cantidad a reclamar, que pasaba a ser de 95.020,30 € en lugar de los 500.000 euros

que inicialmente había solicitado. Y ello lo hacía al amparo de un informe pericial que citaba pero que en ese momento no incorporaba al expediente.

NOVENO.- Con comunicación interior de 12 de junio de 2017 se remitió al órgano instructor el informe de la Inspección Médica evacuado el día 7 del mismo mes y año. En sus conclusiones se afirma que la primera intervención quirúrgica a que fue sometida se realizó correctamente y que, si bien no constaba el documento firmado mostrando su consentimiento, sí constaba que fue informada el día 21 de mayo de 2013 del alcance de la intervención a que se iba a someter y sus riesgos. Por lo que a la segunda intervención respecta, en el informe se niega que fuera injustificado el retraso en su ejecución porque había sido incluida en la lista de espera quirúrgica de forma programada dado el comportamiento relativamente benigno y de crecimiento lento del carcinoma papilar y que, aunque en el expediente no apareciera fechado el documento de consentimiento informado, la paciente había recibido la información precisa cuando al firmar el 4 de noviembre de 2014 consintió la inclusión en la lista de espera quirúrgica. Por último, en cuanto a la lesión parcial del nervio espinal derecho se afirmaba que se trataba de complicaciones inherentes al acto quirúrgico y no demostrativas de mala praxis.

DÉCIMO.- Mediante acuerdo de 21 de junio de 2017 se abrió un nuevo trámite de audiencia que fue notificado a la Compañía de seguros y a la interesada, compareciendo ésta nuevamente ante el órgano instructor el día 5 de julio de 2017 solicitando copia de determinados documentos, tras lo cual presentó un nuevo escrito de alegaciones en el registro el día 11 de julio de 2017. Repetía sus anteriores manifestaciones y discrepaba del informe de la Inspección Médica en todo lo relativo a que no apreciaba negligencia médica, existencia de consentimiento informado, y sobre que no había existido mala praxis ni retraso injustificado en el tratamiento del carcinoma papilar. Adjuntaba a las alegaciones un informe médico pericial del doctor D. R, de 28 de marzo de 2017, a cuya vista limitaba su reclamación a la cantidad de 95.020,30 euros. El facultativo concluía que se trataba de un caso para cuyo diagnóstico se tomó un tiempo excesivo (2 meses para el estudio ecográfico y dos meses más para el histológico) a pesar de que se trataba de una enfermedad de excelente pronóstico en cuanto a la supervivencia con tratamiento con radioiodo, y que *"[...] también es cierto que ese tiempo, unido a los muchos meses que, de forma inexplicable tratándose de una enfermedad neoplásica, tardó en operarse, con toda probabilidad jugaron papel en la necesidad de realizar un abordaje quirúrgico más complejo que favoreció la aparición de las lesiones intraoperatorias acontecidas, que generan importantes daños y secuelas que podrían haber sido evitados en caso de ser más diligentes en el tiempo, ya que se deben a la inclusión de las estructuras lesionadas entre el magma de tejido y los ganglios extirpados que de haber actuado con mayor precocidad hubieran también sufrido una menor afectación infiltrativa"*. Las alegaciones y la documentación anexa fueron remitidas a la SIPA y a la Compañía de seguros mediante escritos de 1 de septiembre de 2017.

UNDÉCIMO.- El 2 de octubre de 2017 se remitió el informe complementario de la Inspección Médica de 21 de septiembre anterior en el que confirmaba la inexistencia de retraso injustificado en el tratamiento del carcinoma papilar, la inexistencia de mala praxis en la lesión parcial severa del nervio espinal derecho, la inclusión de los problemas de deglución en los riesgos contemplados en el consentimiento informado firmado por la paciente para la tiroidectomía incluido en la historia clínica, aunque sin fecha, y reconocía la inexistencia en ella del consentimiento informado para cirugía de ovario. Con escrito de 16 de octubre de 2017 fue remitido el informe a la Correduría de seguros.

DUODÉCIMO.- A la vista de las alegaciones imputando mala praxis en la intervención quirúrgica de carcinoma de ovario y la falta de consentimiento informado, el instructor del procedimiento solicitó el 19 de diciembre de 2017 a la Gerencia del HUVA el informe de los profesionales que la atendieron con tal motivo. La petición fue atendida y remitida con escrito de 11 de enero de 2018 adjuntando el informe del doctor D. S, jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología, así como copia de determinados documentos contenidos en la historia clínica en papel y en el programa informático SELENE referentes a la paciente. El informe confirmaba la inexistencia de mala praxis en la intervención quirúrgica del cáncer de ovario y, en cuanto a la ausencia de consentimiento informado se adjuntaba una copia del firmado por la paciente y se indicaba que en la historia clínica figuraba el documento en que constaba que el facultativo que la asistió el 29 de mayo de 2013 le informó de las opciones a realizar dependiendo del resultado de la biopsia intraoperatoria, así como que también constaba ese consentimiento entre la documentación de inclusión en la lista de espera quirúrgica. El informe y la documentación adjunta fueron remitidos a la SIPA y a la Correduría de seguros con escritos de 16 de enero de 2018.

DECIMOTERCERO.- Un nuevo informe de la Inspección Médica fue remitido el 6 de noviembre de 2020. En sus conclusiones venía a mantener las de sus anteriores informes añadiendo que, a la vista de la nueva documentación examinada, sí constaba el consentimiento informado de la paciente cuando se sometió a la

laparoscopia y anestesia general por el cáncer de ovario.

DECIMOCUARTO.- Abierto un nuevo trámite de audiencia por acuerdo del instructor de 9 de noviembre de 2020 y notificado a la compañía de seguros y a la interesada, ésta presentó un escrito solicitando copia de los folios 273 a 303 del expediente administrativo, que le fueron facilitados el 11 de noviembre siguiente.

DECIMOQUINTO.- Un nuevo escrito de alegaciones de la interesada fue presentado en el registro el día 16 de noviembre de 2020, manteniendo las ya realizadas anteriormente. Dicho escrito fue notificado a la Compañía aseguradora con escrito de 20 de noviembre de 2020 sin que conste actuación por su parte.

DECIMOSEXTO.- El 9 de febrero de 2021 se elevó propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación por no reunir los requisitos legalmente exigibles para reconocer la existencia responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria.

DECIMOSÉPTIMO.- En la fecha y por el órgano indicado en el encabezamiento del presente, se solicitó el preceptivo Dictamen de este Consejo Jurídico, acompañando el expediente y su extracto e índice reglamentarios.

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 142.3 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LPAC), y el 12 del RD 429/93, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de Responsabilidad Patrimonial de las Administraciones Públicas (RRP), vista la fecha de iniciación del procedimiento.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. La reclamante tiene legitimación para formular la pretensión indemnizatoria objeto del presente procedimiento, por haber sufrido en su persona los daños que imputa al anormal funcionamiento de los servicios sanitarios del SMS, pudiendo ejercer su pretensión indemnizatoria a tenor de lo previsto por el artículo 139.1 (LPAC), en relación con el 4.1 RRP, de aplicación en atención a la fecha en la que ocurrieron los hechos de acuerdo con lo establecido en la disposición transitoria tercera de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP).

Por su parte, la Administración regional está legitimada pasivamente, por dirigirse contra ella la reclamación e imputarse los daños al funcionamiento de los servicios públicos sanitarios de su competencia.

II. En cuanto a la temporaneidad de la acción, a ejercer en el plazo de un año previsto en el artículo 142.5 LPAC, no hay reparo que oponer, vista la fecha de los hechos y la de la presentación de la reclamación (15 de abril de 2016, incluso si tomáramos como *dies a quo* el de la última intervención quirúrgica, 16 de abril de 2015).

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. No obstante, considera este Consejo que ha de llamar la atención por la excesiva dilación en su tramitación, imputable a la dilación en la emisión de los informes de la Inspección Médica y a la petición de la interesada de que se suspendiera la tramitación hasta no contar con la opinión de este órgano.

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 son recogidos por los artículos 32 y siguientes LRJSP 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 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 razonablemente 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, entre muchos otros, 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 ad hoc" como modo de determinar cuál es la actuación médica correcta en el caso de que se trate, 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 (por todas, la STS, Sala 3ª, de 22 de diciembre de 2001).

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

manifesto 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.-Relación de causalidad adecuada entre el funcionamiento de los servicios públicos sanitarios y los daños por los que reclama indemnización. Falta de acreditación.

I. De la reclamación reseñada en el Antecedente Primero se desprende que se imputa a la Administración regional una indebida atención prestada a la reclamante por los servicios del HUVA, en dos ocasiones. Una cuando fue atendida de un proceso tumoral de ovario y otra para extirparle un tumor de tiroides. Según la reclamante en ambos hubo mala práxis y también en ambos se omitió recabar su consentimiento informado. Apoya su reclamación en un dictamen médico pericial evacuado el doctor D. R, de 28 de marzo de 2017 del que hemos reproducido su conclusión en el Antecedente Décimo, según la cual se produjo un retraso excesivo en el abordaje del tratamiento del carcinoma de tiroides lo que contribuyó a su extensión y desarrollo, causa de la profundidad de los tejidos afectados provocando que la intervención quirúrgica para su extracción causara lesiones que, de haber actuado con mayor presteza, no se hubieran producido.

II. La reclamación imputa mala práxis a la actuación tanto del Servicio de Obstetricia y Ginecología como al de Endocrinología del HUVA, impericias que considera concatenadas partiendo del hecho de que en la primera intervención quirúrgica a que se sometió, la de carcinoma de ovario, se produjo la ruptura del tumor de la que parece deducir, la aparición del segundo tumor, el de tiroides que precisó de una segunda intervención origen de las secuelas que padece.

En relación con ello la Administración ha traído al procedimiento diversos informes periciales que contradicen la existencia de mala praxis en ambos casos. Así, por lo que a la primera respecta, el informe de 9 de enero de 2018, del doctor D. S, del Servicio de Obstetricia y Ginecología afirma que *"En cuanto al asunto 1 ("mala praxis en la intervención quirúrgica por cáncer de ovario"), la paciente fue intervenida de forma programada el 29 de mayo de 2013. El acto quirúrgico transcurrió sin incidencias reseñables, y ajustado a protocolo, con la participación habitual del equipo de Ginecología y Cirugía. Se consiguió cirugía completa (RO), es decir, sin evidencias de tejido tumoral restante. Durante la intervención, la tumoración ovárica se rompió debido a su adherencia íntima al peritoneo pélvico del espacio de Douglas, justificada por la infiltración tumoral constatada anatopatológicamente de los tejidos del Douglas (Estadio IIB). La infiltración tumoral a tejido adyacente de un cáncer de ovario implica la ausencia de los planos anatómicos normales. Esto supone una incidencia aumentada de roturas de los tumores que infiltran territorios vecinos durante el procedimiento de disección, siendo lo más importante no dejar tejido tumoral en la cavidad. La clasificación actual de la FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia), de la que se adjunta copia como documento nº 1, establece que en el estadio 11 del cáncer de ovario, la rotura del tumor no supone variación del estadio".* En similar sentido se pronuncia la Inspección Médica en su informe remitido el 12 de junio de 2017 en cuya conclusión segunda (folio 248 vuelto) dice *"[...] La rotura de la tumoración sufrida en el acto operatorio no indica mala praxis, indica el comportamiento agresivo del tumor como factor de mal pronóstico[...]"*.

Por su parte, en cuanto a la intervención quirúrgica del tumor de tiroides, en el informe de 8 de septiembre de 2016 del doctor P (folio número 166) no se advierte de deficiencias en la operación y coincide con el dictamen de la pericial de parte en cuanto al tratamiento posterior con radioiodo. Se puede leer en él que *"La paciente es posteriormente intervenida, realizando tiroidectomía total con vaciamiento central y laterocervical derecho. La AP informa de microcarcinoma de 03 cm derecho variante clásica y unifocal, con tiroiditis linfocitaria y 7 adenopatías positivas de un total de 39. Posteriormente se administró 150 mc de yodo radiactivo. Actualmente la paciente presenta como consecuencia de la cirugía: lesión del nervio espinal derecho con impotencia funcional y dolorimiento de hombro. En las disecciones extensas son posibles lesiones nerviosas con mayor o menor repercusión clínica, dado que prima la radicalidad de la resección sobre la resección tumoral sobre la posibilidad de complicaciones. En el seguimiento la paciente presenta ecografías cervicales normales, rastreo normal y determinaciones de tiroglobulina estimulada menor de 01, por lo que en el momento actual no presenta ningún tipo de persistencia y recidiva de la enfermedad. Afortunadamente este tipo de neoplasias, en este caso de 03 cm, a pesar de tener adenopatías son de muy lenta evolución en su desarrollo y generalmente curables.*

La demora habida entre la detección del tumor y su intervención no es considerada excesiva ni causa del empeoramiento de la enfermedad ni por el informe de 20 de diciembre de 2016, de la empresa -- ni en el de la

Inspección Médica. En el primero de ellos se recoge como primera conclusión (folio número 189) que "El carcinoma papilar de tiroides tiene un pronóstico excelente, con supervivencia cercana al 100%, por lo que desde que se valoró inicialmente a la paciente hasta que se diagnosticó y consecuentemente se intervino de tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar no ocasionó perjuicio alguno en cuanto al pronóstico". Y, es más, en su conclusión final (folio número 190) es terminante al señalar que "A la vista de los documentos contenidos en la Historia Clínica y en los informes aportados, se concluye la existencia de un retraso diagnóstico desde que se valoró inicialmente a la paciente hasta que se diagnosticó el carcinoma de tiroides de unos dos meses, no ocasionando dicho retraso ningún perjuicio en cuanto al pronóstico final". Por su parte, la Inspección Médica también sostiene esta opinión. En su primer informe remitido el 12 de junio de 2017 dice que "El 24/07/2014 la paciente presenta una adenopatía en base cervical derecha maligna con diagnóstico de carcinoma papilar de tiroides, por lo que se inicia correctamente el tiempo de búsqueda del tumor primario en tiroides, que ante las pruebas no concluyentes y la sospecha de metástasis ganglionar cervical de carcinoma de tiroides el 04/11/2014 se incluye en lista de espera quirúrgica de forma programada por el comportamiento relativamente benigno y de crecimiento lento del carcinoma papilar por lo que no hubo retraso injustificado para realizar la intervención quirúrgica ni negligencia médica al realizarse la intervención el 16/04/2015, es decir, 9 meses después de la inclusión en lista de espera quirúrgica".

La denunciada falta de consentimiento informado para la realización de ambas intervenciones es negada por la Administración a la vista de la documentación obrante finalmente en el expediente. La ausencia de dicha documentación determinó incluso la admisión del defecto en el segundo informe complementario de la Inspección Sanitaria, de 21 de septiembre de 2017. Ahora bien, solicitada nueva documentación a la Gerencia del HUVA en diciembre de ese año, se aportó la nueva documentación en enero de 2018 que acreditaba su existencia por lo que en el último informe evacuado por la Inspección Médica en octubre de 2020 (folio número 303 vuelto) se concluye que "1-Según la nueva documentación aportada, mantengo las mismas conclusiones que en el informe de reclamación patrimonial realizado anteriormente. Añadiendo, la confirmación de la existencia del consentimiento informado firmado por la paciente para la laparoscopia y anestesia general que aparece en la nueva documentación y que no se había aportado anteriormente, así como la confirmación de la presencia de dicho consentimiento a fecha de la cirugía del 29/05/2013".

Queda por analizar finalmente si las secuelas que padece la interesada por la afectación del nervio espinal tienen como causa la tardanza en la práctica de la intervención de tiroides y la mala praxis como afirma el informe pericial de parte. Esos argumentos son rebatidos por la Inspección Médica en su último informe de 6 de octubre de 2020 al señalar: "La lesión parcial severa del nervio espinal derecho ocurrida en la paciente, con signos de regeneración nerviosa espontánea demostrado por EMG, es una complicación que tampoco tiene relación con la gravedad de la intervención ni con "el tiempo de espera excesivo" como refiere el informe del Dr. R en su página 7. Es un cáncer que tras la intervención el resultado es: carcinoma papilar de tiroides, convencional, sin invasión, en estadio T1N1MO. Dentro de la Valoración del sistema TNM, T se refiere al tamaño del tumor principal en la que a mayor tamaño mayor numeración (T1 en la paciente, es decir pequeño). La N se refiere al número y ubicación de los ganglios linfáticos cercanos que tienen cáncer (N1 en la paciente). La M se refiere a la diseminación de metástasis a distancia y en la que MO de la paciente indica que no hay diseminación en otras partes del cuerpo. Es decir sin metástasis, en contra de lo que refiere el médico valorador al decir que el carcinoma papilar "ha generado múltiples metástasis ganglionares en el material extirpado", "como prueba de la progresión de una enfermedad que se dejó a su evolución durante 11 meses" .. pág 8. En el informe del médico perito se habla de suposiciones que no son demostrables y que no pueden justificar sus afirmaciones acerca de la posible progresión de la enfermedad, como lo demuestran las afirmaciones: "Dejando graves secuelas que pudieron ser evitadas", "que el siguiente eslabón de progresión hubiera sido la afectación visceral del cerebro ... ", "que si la cirugía fuera más simple se podrían evitar importantes secuelas, ... "el retraso hasta la aplicación de la necesaria extirpación quirúrgica, hace altamente probable que el lecho adenopático se encuentre adherido", .. "en caso de haber procedido con mayor precocidad, muy probablemente la extirpación accidental y lesión del nervio espinal no se habría producido.. y que ha implicado importantes secuelas de gran invalidez".

La conclusión que cabe extraer es que no hay relación de causa-efecto entre los daños por los que se reclama y la actuación de los servicios sanitarios, por lo que no procede reconocer la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina favorablemente la propuesta de resolución en cuanto es desestimatoria de la reclamación presentada al no concurrir los requisitos legalmente exigibles para reconocer la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración.

No obstante, V.E. resolverá.

