



**Consejo Jurídico
de la Región de Murcia**

Dictamen nº 270/2021

El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 8 de noviembre 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 29 de julio de 2021 (COMINTER_234822_2021_07_29-00_52) y CD recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 5 de agosto de 2021, sobre responsabilidad patrimonial instada por D.^a X y otros, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2021_232), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- El día 11 de diciembre de 2014 tuvo entrada en el Servicio Jurídico de la Secretaría General Técnica del Servicio Murciano de Salud (SMS) un escrito por el que D. Z, actuando en su propio nombre, en el de su madre, D.^a X, y sus tres hermanos, (...) presentaba una reclamación de responsabilidad patrimonial contra el SMS por el fallecimiento de su padre, D.W, el 24 de diciembre de 2013 debido a la que él calificaba como deficiente asistencia sanitaria recibida en el Hospital General Universitario “Virgen de la Arrixaca” (HUVA).

En la descripción de los hechos hacía un resumen según el cual *“El paciente [...] después de varias visitas a lo largo de los meses de junio, julio y agosto de 2013 a su doctora de cabecera Dña G, en las que repetidamente refirió que padecía frecuentes diarreas, en ocasiones mezcladas con sangre, y dolor continuo a nivel de hemiabdomen derecho y pérdida de peso 3-4 kilos desde el inicio del cuadro descrito, no recibió más diagnóstico que “un virus estomacal” y ninguna otra prueba médica que coprocultivos (negativos) y en agosto SOH (positivo en tres muestras). Como tratamiento: “abundante agua con limón”. Ante el empeoramiento de su estado y la evidente inutilidad del tratamiento médico prescrito por la Doctora G, mi padre ingresó en fecha 29/08/2013 en medicina interna del Hospital Los Arcos [...]”*. En él se le realizaron distintas pruebas, entre ellas una ecoendoscopia + PAAF cuyo juicio clínico fue el de *“adenocarcinoma de cuerpo pancreático sin evidencia de diseminación a distancia ni invasión de estructuras vasculares vecinas”*. A la vista del diagnóstico desde el Servicio de Cirugía General y Digestivo del Hospital General Universitario Los Arcos (HLA), considerando que se trataba de una patología cuyo tratamiento estaba centralizado en el HUVA fue remitido con carácter urgente para valoración y tratamiento por el doctor B el día 30 de septiembre de 2013, quien, tras una breve consulta, sin informarle de otros posibles tratamientos, le indicó que sería operado en breve. Dice la reclamación que tampoco le informó de la escasa esperanza de vida que tenía la pancreatectomía. Fue intervenido el 16 de octubre de 2013 realizándose una biopsia intraoperatoria con resultado de *“sin malignidad”*, pese a lo cual el doctor B continuó con la intervención realizando colecistectomía, pancreatectomía corpórea caudal con esplenectomía, indicando como diagnóstico quirúrgico *“neopáncreas”*. El cirujano informó a los familiares sobre la intervención que consideró bien realizada avisando de que se trataba de un cáncer maligno *“al que habrá que poner apellidos”* y que habría que estar a las complicaciones que se puedan presentar determinando más adelante si se aplicaba o no otros tratamientos.

Durante la estancia del señor W en la Unidad de reanimación (69 días) se produjeron diversas complicaciones derivadas, según la reclamación, de la agresiva intervención quirúrgica. Fue remitido a planta el 23 de diciembre de 2013 “[...] con cánula de traqueostomía fenestrada sin balón y oxígeno por gafas nasales, consciente, conectado con el medio y tolerando la alimentación”. Según el informe de éxitus del doctor B, en la madrugada del día 24 de diciembre de 2013 sufrió una brusca parada cardiorrespiratoria. En dicho informe aparecía escrito con letras mayúsculas como diagnóstico principal adenocarcinoma de páncreas, lo que según los reclamantes contradecía el diagnóstico del informe de anatomía patológica intraoperatorio en el que aparecía “microhamartoma biliar sin malignidad”. Posteriormente suscribió un nuevo informe en el que al diagnóstico principal se le añade “pancreatitis crónica”.

La reclamación concluye que como resultado del funcionamiento anormal del SMS se ocasionó un daño evidente, concretado en el fallecimiento del Sr. W, existiendo una innegable y directa relación de causalidad entre dicha actuación de la Administración y el resultado de muerte por lo que termina solicitando una indemnización de 137.083,58 €. Adjuntaba una copia de determinados documentos de la historia clínica del fallecido y un informe fechado en Málaga, el 19 de marzo de 2014, de un facultativo, el doctor S, médico especialista en medicina legal y forense sobre la viabilidad de la reclamación por el fallecimiento de don W, que parte de la afirmación de la existencia de error de diagnóstico al indicar que “A.- El diagnostico histopatológico de adenocarcinoma se considera un error diagnostico al no confirmarse despues en la pieza extirpado de forma ni micro ni macroscópicamente. B.- la indicación quirúrgica es mayor por dicho diagnostico histopatológico, sie ndo que si el resultado es una pancreatitis crónica finalmente, no tiene dicha indicación o está ya en desuso” y concluye señalando que “Con todos los datos anteriores, hay razones para la viabilidad de una reclamación patrimonial a la Administración sanitaria pública, basada en deficiencias asistenciales que ha conducido al fallecimiento de D. W.”.

SEGUNDO.- Recibida la reclamación, mediante escrito de 17 de diciembre de 2014, la Jefa del Servicio Jurídico requirió al interesado para que subsanara el defecto consistente en no haber acreditado su legitimación y la representación con los documentos acreditativos de la que decía ostentar. Mediante comunicación de 19 de febrero de 2015 se efectuó dicha subsanación.

TERCERO.- Por resolución de 5 de marzo de 2015 del Director Gerente del SMS se admitió a trámite la reclamación, se ordenó la incoación del expediente número 672/14 y se designó al Servicio Jurídico como órgano encargado de la instrucción.

CUARTO.- Con escrito de 5 de marzo de 2015 el órgano instructor requirió a la Gerencia del Área de Salud I, HUVA, la remisión de copia de la historia clínica del paciente, así como de los informes de los profesionales que estuvieron implicados en su atención.

En esa misma fecha comunicó a la Correduría de seguros “Aón Gil y Carvajal S.A.” la presentación de la reclamación a fin de que se lo comunicará a la compañía aseguradora del SMS.

QUINTO.- Con escrito de 11 de mayo de 2015 la Gerencia del HUVA cumplimentó el requerimiento que había recibido enviando copia de la historia clínica, de un disco CD con imágenes, y los informes del doctor B, Jefe de Sección de Cirugía General, de 31 de marzo de 2015, de la doctora P, de 6 de abril de 2015, remitida con comunicación del doctor M, Jefe del Servicio de Anatomía Patológica, y del doctor N, Jefe de Sección de Anestesia, de 8 de mayo de 2015.

SEXTO.- El órgano instructor dirigió un nuevo escrito el 22 de mayo de 2015 a la Gerencia del Área de Salud VIII, HLA, solicitando el envío de la copia de historia clínica que en dicho hospital obrase, así como de los informes de los profesionales que prestaron asistencia sanitaria al fallecido, incluyendo el informe de su médico de cabecera, la doctora G.

En contestación, el 17 junio de 2015 se remitió la información solicitada, incluyendo el informe de la doctora G de 3 de junio de 2015 además del informe del doctor R, de 4 de junio de 2015.

SÉPTIMO.- Mediante escrito de 31 de agosto de 2015 se remitió desde la Gerencia del Área de Salud II, HSL, una copia del historial clínico del señor W. Uno de los documentos integrantes de dicho envío fue el informe de ecoendoscopia de 18 de septiembre de 2003 en el que queda reflejado el procedimiento utilizado que había sido PAAF asistida por ecoendoscopia y el diagnóstico “LOE pancreática compatible con neoplasia”.

OCTAVO.- El interesado presentó un escrito el 2 de septiembre de 2015 demandando información sobre la situación en que se encontraba la tramitación de su reclamación. En respuesta al mismo, el órgano instructor contestó el 9 de septiembre siguiente que ya se habían recibido los documentos remitidos por las distintas gerencias que habían prestado asistencia al fallecido, que habían sido incorporados al expediente que quedaba a su disposición para lo que, si estimaba necesario su examen, podría hacerlo previa solicitud de cita, y que toda la documentación iba a ser remitida al Servicio de Inspección de Prestaciones Asistenciales de la Consejería de Sanidad para su valoración.

NOVENO.- El Director Gerente del Área de Salud II remitió el 15 de septiembre de 2015 al órgano instructor un informe del doctor V, Jefe del Servicio de Aparato Digestivo, precisando que la asistencia que habían dispensado en el Hospital General Universitario "Santa Lucía" (HSL) se circunscribía a la realización de la ecoendoscopia.

DÉCIMO.- El 7 de octubre de 2015 el órgano instructor remitió toda la documentación a la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria (SIPA) solicitando la evacuación del informe de la Inspección Médica. En esa misma fecha remitió el expediente a la Correduría de seguros.

UNDÉCIMO.- En el expediente consta la copia de un correo electrónico del día 25 de junio de 2018 solicitando a la Gerencia del Área de Salud II, las preparaciones originales de la PAAF realizada el 18 de septiembre de 2013. Lo hacía a petición de la compañía seguros, por ser necesaria para la elaboración del informe pericial. En respuesta al mismo se remitió un informe del doctor V de 10 de julio de 2018 indicando que toda la información sobre la misma debía estar incluida la historia clínica del paciente remitida desde el hospital.

DUODÉCIMO.- Figura unido al expediente el informe médico pericial de la empresa "PROMEDE", elaborado por el doctor D. F, médico especialista en anatomía patológica, de 15 de septiembre de 2018, cuya conclusión final es que *"- El manejo y posterior tratamiento quirúrgico del paciente se realizó según pautas de actuación correcta de la lex artis ad hoc."*

- *No podemos pronunciarnos fehacientemente en cuanto a los estudios anatomopatológicos debido a que no hemos tenido oportunidad de revisar las preparaciones citológicas e histológicas del caso".*

DECIMOTERCERO.- Consta en el expediente una diligencia de la instructora para hacer constar que el 23 de enero de 2019 se comunicó a la compañía de seguros Mapfre los teléfonos y la persona de contacto con la que podían entrar en comunicación en el HSL para que pudieran visionar las preparaciones de la PAAF y completar el informe pericial de septiembre 2018. No obstante, advertido el error en el teléfono proporcionado, se volvió a comunicar el correcto el 6 de marzo de 2019.

DECIMOCUARTO.- Consecuencia de lo anterior fue la modificación del informe pericial de 2018 realizada mediante una addenda, el 16 de mayo de 2019, indicando que *"La imagen citológica corresponde a un adenocarcinoma pancreático de alto grado, siendo nuestro diagnóstico totalmente coincidente con el emitido en su momento por el Dr. J".*

Tal documento fue remitido al SIPA mediante oficio de 27 de mayo de 2019.

DECIMOQUINTO.- El 4 de febrero de 2021 se remitió el informe de la Inspección Médica en la que con el número 8 de su conclusión final se dice que *"Durante su enfermedad la asistencia sanitaria que recibió D. W fue correcta y adecuada en todo momento a la Lex Artis".*

DECIMOSEXTO.- Con oficios de 29 de marzo de 2021 se notificó la apertura del trámite de audiencia a la Correduría de seguros y a los interesados. Éstos comparecieron ante el órgano instructor el día 7 de abril de 2021 solicitando y obteniendo copia de determinada documentación. No consta la formulación de alegaciones.

DECIMOSÉPTIMO.- El 9 de julio de 2021 se elevó propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación al no concurrir los requisitos exigidos por la normativa vigente, en particular, por la inexistencia de relación de causalidad.

DECIMOCTAVO.- En la fecha y por el órgano indicado en el encabezamiento se solicitó el preceptivo dictamen

acompañando el expediente junto con el índice y el extracto de secretaría.

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 la Administraciones Públicas (RRP), vista la fecha de iniciación del procedimiento.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo y procedimiento.

I. Los reclamante tienen legitimación para formular la pretensión indemnizatoria objeto del presente procedimiento, por haber sufrido el daño moral que imputan 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.

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, debiendo llamar la atención por la excesiva dilación en su tramitación, imputable a distintas causas entre las que destaca el retraso en la evacuación del informe de la Inspección Médica.

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 139 y siguientes de la LPAC y desarrollados por abundante jurisprudencia:

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

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

II. Además de estos principios comunes, dada la especialidad de la actuación administrativa 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 (por todas, STS, Sala 3ª, de 22 de diciembre de 2001) 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.

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 u otros análogos.

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

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

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

De la reclamación reseñada en el Antecedente Primero se desprende que se imputa a la Administración regional una mala praxis en la asistencia prestada al Sr. W a raíz del proceso que padeció, desde la existencia de un error

de diagnóstico de la médico de cabecera que achacó los dolores que padecía a un virus estomacal, hasta el también error de diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma al no confirmarse después en la pieza extirpada durante la intervención quirúrgica a que fue sometido el 16 de octubre de 2013 ni en el análisis macroscópico ni microscópico ya que el informe de Anatomía Patológica fue contundente cuando diagnosticó Pancreatitis crónica. En apoyo de sus afirmaciones presentan un informe pericial que así lo considera.

Por su parte la Administración ha traído al expediente diversos informes de los facultativos que asistieron al fallecido en los que niegan la existencia de tales errores, que en conjunto demuestran la adecuación a la *lex artis* del proceder de los servicios sanitarios. Así, en cuanto al diagnóstico inicial de la médico de cabecera, la doctora G (folio 387) rebate los argumentos indicando que fueron tres las ocasiones en las que atendió al paciente. En la primera de ellas, siguiendo el protocolo de actuación para los casos de diarrea aguda sin factores agravantes, el tratamiento consiste en dieta astringente con reposición hídrica y observar evolución pues tales cuadros suelen remitir en la mayoría de los casos. En la segunda, ante la presencia de moco en heces, se solicitó coprocultivo cuyo resultado fue negativo. En la tercera consulta, tras 2 semanas de diarrea, a pesar de no tratarse de una diarrea crónica, es decir, no llevaba más de 4 semanas de evolución, se solicitó una analítica general básica que también resultó normal. Tras ello debió experimentar mejoría porque no volvió a la consulta hasta pasados dos meses y, cuando lo hizo, se solicitaron exploraciones complementarias. Por tanto, considera que la atención dispensada fue adecuada y ajustada a los protocolos habituales, con cita de la Guía de Actuación en Atención Primaria. (Semfyc, 4ª edición, 2011).

La asistencia en el HLA consistió en la realización de diversas pruebas, entre ellas una ecoendoscopia PAAF que llevaron al doctor R, el 23 de septiembre de 2013, a diagnosticar un adenocarcinoma de cuerpo pancreático sin evidencia de diseminación a distancia ni invasión de estructuras vasculares vecinas por lo que, tratándose de proceso cuyo tratamiento se encontraba centralizado fue remitido a la consulta del doctor B del HUCA. Éste, tras verlo en la consulta el 30 de septiembre de 2013, decidió intervenirle quirúrgicamente, realizando la intervención el día 16 de octubre siguiente. Durante la operación tomó una muestra haciendo una biopsia cuyo resultado fue negativo a la presencia de células del adenocarcinoma. Esto ha sido interpretado por los reclamantes como confirmación de que el diagnóstico había sido errado. Sin embargo, la explicación la da el facultativo en su informe de 31 de marzo de 2015, a cuyo tenor “[...] El paciente fue intervenido el 16 de octubre de 2013 mediante anestesia general con ese diagnóstico de adenocarcinoma de páncreas y en el protocolo quirúrgico se especifica que la biopsia intraoperatoria HACE REFERENCIA A LOS BORDES DE RESECCIÓN DONDE SE ESPECIFICA QUE NO HAY MALIGNIDAD. INSISTO SE TRATA DEL BORDE DE RESECCIÓN Y NUNCA DE LA PIEZA QUIRÚRGICA QUE VA A EXTIRPARSE. Siempre en base al informe anatomopatológico previo se consideró a este paciente como portador de una neoplasia de páncreas. Efectivamente existe un informe anatomopatológico posterior en donde se diagnostica una pancreatitis crónica sin evidencia de malignidad en los cortes efectuados en la pieza quirúrgica extirpada. Sin embargo, esto no es motivo para que al paciente se le considere que no ha padecido un adenocarcinoma de páncreas ya que tenemos la confirmación histológica previa. El postoperatorio del paciente estuvo complicado por la patología respiratoria crónica que el paciente sufría desde hacía muchos años y que condujo al final al EXITUS del mismo. En base a las alegaciones vertidas en el escrito señalar que en nuestra actuación quirúrgica nunca hubo error diagnóstico ya que, una vez más insisto la biopsia intraoperatoria hace referencia a los bordes de sección del parénquima pancreático que siempre procuramos que sean negativos, o sea con ausencia de malignidad. Es obvio que el paciente en base a los informes histológicos ha padecido un adenocarcinoma de páncreas en un parénquima con una pancreatitis crónica”.

El autor del informe pericial de PROMEDE que inicialmente emitía una valoración positiva de la adecuación de la asistencia a la *lex artis* (Antecedente Duodécimo), sin embargo salvaba su juicio ante la limitación que le había supuesto no poder acceder a las preparaciones citológicas que precedieron a la realización de la PAAF, sin embargo, una vez que pudo hacerlo se pronunció de manera terminante al indicar en su addenda de 16 de mayo de 2019 que “La imagen citológica corresponde a un adenocarcinoma pancreático de alto grado, siendo nuestro diagnóstico totalmente coincidente con el emitido en su momento por el Dr. J”.

Por último, el informe de la Inspección Médica expone las siguientes conclusiones:

“1- D. W comenzó con síntomas digestivos, tanto la asistencia prestada por su Médico de Atención Primaria como durante su ingreso en el Hospital Los Arcos del Mar Menor fueron correctas.

2- Las pruebas de imagen que se realizaron fueron las pertinentes para el diagnóstico de cáncer de páncreas. El estudio de Anatomía Patológica confirmó la malignidad informando que se trataba de un adenocarcinoma infiltrante.

3- Se intervino quirúrgicamente atendiendo a los criterios de resecabilidad del tumor, realizándose pancreatometomía corporocaudal, técnica indicada para el tumor que presentaba.

4- En el acto operatorio se tomó muestra de los márgenes de resección para su estudio anatomopatológico que se informó de ausencia de malignidad.

5- No hubo por tanto error diagnóstico. El estudio anatomopatológico previo a la intervención quirúrgica indicó la presencia de células malignas con diagnóstico de adenocarcinoma infiltrante. La ausencia de malignidad en el margen quirúrgico de la muestra tomada intraoperatoriamente indica que el cáncer había sido extirpado en su totalidad durante el acto quirúrgico.

6- Durante su estancia en Reanimación sufrió complicaciones que se resolvieron favorablemente, pasando a planta de Cirugía en situación de estabilidad hemodinámica y recibiendo la asistencia sanitaria adecuada.

7- El día 24 de diciembre de 2013 sufrió una parada cardiorrespiratoria que fue la causa del fallecimiento del paciente.

8- Durante su enfermedad la asistencia sanitaria que recibió D. W fue correcta y adecuada en todo momento a la Lex Artis."

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 exigidos legalmente para reconocer la existencia de responsabilidad patrimonial de la administración pública.

No obstante, V.E. resolverá.