



Dictamen nº **147/2025**



El Consejo Jurídico de la Región de Murcia, en sesión celebrada el día 5 de junio de 2025, con la asistencia de los señores que al margen se expresa, ha examinado el expediente remitido en petición de consulta por la Ilma. Sra. Directora Gerente del Servicio Murciano de Salud (por delegación del Excmo. Sr. Consejero de Salud), mediante oficio registrado el día 29 de agosto de 2024 (COMINTER 166561) y CD recibido en la sede de este Consejo Jurídico el día 2 de septiembre de 2024, sobre responsabilidad patrimonial instada por D. X, en representación de D. Y y otros, por anormal funcionamiento de los servicios sanitarios (exp. 2024_298), aprobando el siguiente Dictamen.

ANTECEDENTES

PRIMERO.- En fecha 25 de octubre de 2019, un Letrado, que actúa en nombre de D. Y y sus hijos mayores de edad D. Z, D.ª P y D.ª Q, presenta reclamación de responsabilidad patrimonial frente a la Administración regional por el daño derivado de la muerte en el Hospital Clínico Universitario “Virgen de la Arrixaca” (HUVA), el día 28 de octubre de 2018, de D.ª R, esposa y madre, respectivamente, de los reclamantes, que se imputa al funcionamiento del servicio público sanitario prestado por el Servicio Murciano de Salud (SMS).

Relatan los reclamantes que el día 5 de enero de 2017, la paciente acudió al Servicio de Urgencias del HUVA por presentar dolor abdominal, vómitos, diarrea de 24 horas de evolución y febrícula, diagnosticándose “Gastroenteritis aguda” y recibió el alta hospitalaria, con tratamiento sintomático, sin efectuarle prueba diagnóstica alguna, incluyendo ecografía abdominal.

El día 03 de agosto de 2017, a las 11.12 horas, la paciente acudió al Servicio de Urgencias del HUVA, por presentar dolor abdominal localizado en el hipocondrio derecho de dos días de evolución sin otra clínica asociada.

Se efectuó una ecografía abdominal, en Urgencias, y en su hígado, además de esteatosis hepática, se detectaron

múltiples nódulos bilobares de predominio hipoeucogénico, alcanzando el diagnóstico de: "lesión hepática en segmento VII de 5x3.2 cm. Múltiples nódulos hepáticos periféricos".

Tras su ingreso se le efectuaron diversas pruebas (TAC Toraco-abdomino-pélvico, colonoscopia, biopsia, gammagrafía, alcanzando el diagnóstico de: "Metástasis hepáticas de tumor neuroendocrino por probable tumor primario intestinal ("ileal")".

El 8 de octubre de 2017, la paciente ingresó en el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo para cirugía programada, siendo intervenida al día siguiente mediante laparotomía subcostal bilateral. Tras la intervención, recupera lenta pero favorablemente hasta el 7º día de postoperatorio en el que, tras dolor abdominal súbito, se solicita TC abdominal, compatible con dehiscencia de sutura, por lo que se decide reintervención quirúrgica.

El día 16 de octubre de 2017, la paciente fue reintervenida, bajo anestesia general y a través de laparotomía subcostal bilateral previa. Durante el pase de planta del viernes (27/10/17) se objetiva de nuevo salida de material fecaloideo a través de drenaje ambiental por lo que se decide nueva reintervención que se practica a través de laparotomía subcostal bilateral previa.

El día 6 de diciembre de 2017, la paciente reingresó en el Servicio de Oncología del HUVA y, tras tratamiento médico intensivo, se alcanzan los diagnósticos de:

"-Sepsis por catéter por S. Aureus MS.

- Infección urinaria polimicrobiana en relación con sonda vesical.
- Colonización K. Pneumoniae BLEE.
- Insuficiencia renal pre-renal.
- Tumor neuroendocrino de primario ileal con afectación hepática -KI 67 2%.
- Sobreexpresión de receptores de somatostatina, tanto del tumor primario y metástasis.
- Hipertensión arterial.
- Fibrilación auricular anticoagulada con HBPM.
- Hipotiroidismo con tratamiento sustitutivo.
- Rinitis alérgica.
- Asma bronquial.

Tras diversas pruebas posteriores, en junio de 2018 se le realizan dos sesiones de quimioembolización sin éxito, por lo que el día 1 de octubre de 2018 fue sometida a un trasplante de hepático que, tras mala evolución, debió ser retrasplantada el día 23 de octubre de 2018, manteniéndose en todo momento muy inestable, con tendencia a la hipotensión, hasta el 28 de octubre, en que presenta caída progresiva de la tensión arterial, sin respuesta al aporte

de volumen, ni al aumento de la dosis de noradrenalina, siendo exitus a las 15.00 horas del día 28 de octubre de 2018 por shock refractario al tratamiento en el contexto de fracaso multiorgánico (Neurológico, Hemodinámico, Renal, Hepático, etc.).

Tras el relato de hechos, consideran los reclamantes que se produjo una múltiple vulneración de la Lex Artis de la Medicina, enlazada causalmente a la producción del resultado: fallecimiento de la paciente, previsible y evitable con un adecuado manejo médico quirúrgico.

En cuanto a la valoración del daño consideran que deben ser indemnizados en la cantidad total de 290.375 euros.

Con su escrito de reclamación acompaña poder para pleitos, copia del Libro de Familia, certificado de defunción e informes de la medicina pública.

SEGUNDO.- En fecha 25 de octubre de 2019, presentan nuevo escrito de reclamación, indicando que el anterior escrito no estaba completo. El contenido del escrito es, en lo esencial, idéntico al anterior.

TERCERO.- Por resolución del Director Gerente del SMS, de 31 de octubre de 2019, se admite a trámite la reclamación y se ordena la instrucción del procedimiento al Servicio Jurídico del indicado ente público sanitario, que procede a comunicar a los interesados la información prescrita por el artículo 21.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPAC), al tiempo que recaba de la Gerencia del Área de Salud concernidas por la reclamación, la copia del historial clínico del paciente y el informe de los facultativos que le prestaron asistencia.

Del mismo modo, se comunica la presentación de la reclamación a la aseguradora del SMS.

CUARTO.- En la documentación remitida a la instrucción por parte de la Gerencia del Área de Salud I -HUVA-, constan los siguientes informes de los médicos intervenientes:

1. Informe conjunto de la Dra. S, Facultativa del Servicio de Oncología, y del Dr. T, Jefe de Servicio de Oncología Médica, que indican:

"En función de lo referido en el historial clínico de la paciente se trata de una mujer diagnosticada a los 59 años de Tumor neuroendocrino de origen intestinal (íleon) con afectación hepática e índice de proliferación del 2%.

La paciente acude refiriendo una historia de dolor abdominal de 1 mes de evolución con empeoramiento en los últimos días por lo que acude a urgencia hospitalaria. Hallazgo ecográfico en urgencias de lesiones ocupantes de espacio (LOES) a nivel hepático. Queda ingresada para estudio por el Servicio de Medicina Interna.

Pruebas complementarias realizadas durante el proceso diagnóstico:

- Marcadores tumorales: Alfafetoproteína: 2, Ca 15.3:13, Ca 19.9:6, Ca 125:13, CEA: 0.3, Enolasa: 21.

- Ecografía abdominal: Hígado de tamaño dentro de la normalidad, de bordes lisos, con aumento de la ecogenicidad en relación con esteatosis hepática. Presenta múltiples nódulos bilobares de predominio hipoeucogénico. El de mayor tamaño se localiza en segmento IV, periférico que parece retrae la cápsula, de bordes lobulados, hipoeucogénico ligeramente heterogéneo, con vascularización interna, de aproximadamente 5.6 x 3.2 cm. El resto de nódulos son menores de 1cm, excepto uno localizado en segmento VIII, de 2.1 cm. Se completa estudio con la administración intravenosa de contraste (Sonovue, bolo de 2,4 y bolo de 1,2 mL posteriormente). El nódulo dominante presenta hiperrealce en fase arterial, con lavado precoz antes de un minuto tras la administración. El resto de nódulos presenta un comportamiento similar, con lavado precoz respecto al parénquima hepático. Resto dentro de la normalidad.

Conclusión: Múltiples nódulos hepáticos sugestivos de malignidad. Esteatosis hepática difusa moderada.

-TAC tórax. abdomen y pelvis: destaca Hígado de tamaño normal y densidad disminuida de forma difusa, atribuible a esteatosis hepática. Se identifican varias lesiones hepáticas hipodensas y pobemente definidas, dos localizadas en S VIII (53mm de diámetro máximo y 8mm, adyacente a VCI), S IVa (15mm), dos en S VII (27mm y 17mm) y otra dudosa en S II (7mm). Los hallazgos son sugestivos de metástasis hepáticas. Nódulo suprarrenal izquierdo de 16mm, inespecífico. Dudosos engrosamiento parietal focal de íleon terminal, localizado a unos 6cm de válvula ileocecal y de 16mm de diámetro máximo, a valorar posible lesión (su valoración es limitada a consecuencia de escasa distensión ileal). Se recomienda confirmación mediante otras pruebas complementarias. No se identifican signos de obstrucción ni de perforación intestinal. Se aprecian varias adenopatías mesentéricas adyacentes a válvula ileo cecal, la de mayor tamaño de hasta 13mm de eje corto y con una calcificación puntiforme en su interior. No se aprecia líquido libre intraabdominal. Resto sin hallazgos.

- Colonoscopia: Se explora recto y colon hasta íleon terminal unos 7cms, donde impresiona observarse abombamiento de la mucosa ileal, recubierta de mucosa algo congestiva en cara posterior del íleon terminal, de difícil visualización por la posición de la misma. Se biopsia su superficie (fcol) así como la mucosa circundante (fco2). Resto del colon sin lesiones.

-Anatomía patológica - biopsia ileal: mucosa de intestino delgado sin infiltrados inflamatorios de características patológicas.

- Anatomía patológica - biopsia hepática: Tumor neuroendocrino con perfil inmunohistoquímico más a favor de un origen de tipo intestinal con un Ki 67 2%. Inmunohistoquímica positiva para: cromogranina, sinaptofisina y positividad nuclear para CDX2; siendo negativas para TTF-1, Citoqueratina 20 y Citoqueratina 7. El índice de proliferación Ki-67 medido por el método ACIS es del 2%.

- Octreoscan: Hipercaptación patológica del trazador a nivel de íleon terminal y en segmentos V, VII y VIII hepáticos, compatible con tumoraciones con sobreexpresión de receptores de somatostatina, primitiva y metástasis.

Es valorada por el Servicio de Oncología Médica en primera visita el 28 de Agosto de 2017.

Para esta fecha la paciente presentaba un dolor abdominal controlado con analgesia de 1º escalón asociado a una alteración del ritmo intestinal con meteorismo y deposiciones blandas (frecuencia evacuatoria de 3 veces/día). La exploración física en su momento anodina.

Se informa a la paciente y familiares (hijos/sobrina) sobre su diagnóstico y planteamiento médico - terapéutico. Propuesta de resección de tumor primario tras comentar con Cirugía General y Digestivo ante el riesgo potencial de obstrucción intestinal. Posterior inicio de análogos de Somatostatina ante enfermedad metastásica con positividad para receptores de somatostatina según Octreoscan realizado.

El 6 de Diciembre de 2017 la paciente ingresa en el Servicio de Oncología Médica tras cirugía del tumor primario ileal.

A su ingreso se encuentra a una paciente con una astenia invalidante, precisando ayuda para las tareas básicas con escasa ingesta alimentaria e hídrica condicionando un mal estado general con tendencia a la hipotensión y

escasa diuresis. Es valorada en su momento por Cirugía General de Urgencias descartando patología quirúrgica.

Pruebas complementarias realizadas durante su ingreso, a destacar: -Análisis ...

- Radiografía de tórax: sin hallazgos patológicos

- Ecografía renal: Lesiones hepáticas compatibles con metástasis ya conocidas. Resto de estudio sin hallazgos patológicos

-Cultivo de heces 7/12/17: ...

- Urocultivo 7/12/17: *Klebsiella pneumoniae* productor de betalactamasa (AISLAMIENTO DE CONTACTO)

- Urocultivo 10/12/17: *Proteus mirabilis* sensible penicilina y quinolonas

- Hemocultivo periférico y de catéter 14/12: negativo a los 5 días

- Cultivo de sangre de catéter 14/12: *Staphylococcus aureus* resistente a penicilina/eritromicina y clindamicina

- Urocultivo 20/12/17: negativo

- Hemocultivo periférico - catéter 20/12/17: negativos a los 5 días de incubación

- Análisis 21/12/17: Bioquímica: Na 128 resto normal. Hemograma: Hb 9.8 resto dentro de parámetros normales.

Evolución durante su estancia hospitalaria: se inicia tratamiento médico intensivo con fluido y antibioticoterapia de amplio espectro parenteral. Es valorada por Nefrología que ajusta tratamiento médico para corregir la insuficiencia renal. La paciente presenta progresiva mejoría clínica, hemodinámica y de la función renal. Precisa de vía central por mal acceso venoso y colocación de sonda vesical para control de balance hídrico. El 14/12/17 se retira sonda vesical con toma de cultivo, días previos refiere clínica de disuria. Cursa con episodio de retención aguda de orina (RAO) tras retirar sonda necesitando nuevo sondaje y presenta pico febril. Tras resultados de microbiología es valorada por Medicina Infecciosa. Ajusta tratamiento antibiótico y acondiciona seguimiento del mismo por la UHD (Unidad de Hospitalización Domiciliaria).

Dada su mejoría clínica y estabilidad hemodinámica se decide alta hospitalaria y seguimiento en consulta externa de Oncología Médica y Medicina Infecciosa.

La paciente es alta hospitalaria el 22/12/17 con diagnósticos de Sepsis por Catéter por *S. Aureus* MS. Infección urinaria polimicrobiana en relación con sonda vesical. Colonización *K. Pneumoniae* BLEE. Insuficiencia renal pre-renal corregida. Continúa Rehabilitación de forma ambulatoria.

En Enero de 2018 tras completar antibióticos, realización de cultivos de control y valoración por Medicina Infecciosas inicia con análogos de Somatostatina a dosis de 120mg.

Posteriormente se valora en comité de tumores Hepáticos (8/3/18 - 31/5/18) tratamiento ablativo local de la afectación hepática tras nueva reevaluación.

En reevaluación con TAC toraco- abdomen pélvico (28/2/18)-Resonancia hepática (9/5/18) y Octreoscan (22/5/18) se evidencia progresión de enfermedad hepática.

Se plantea Quimioembolización hepática e inicio de 22 línea de tratamiento sistémico con Sunitinib.

Se realiza Quimioembolización hepática en 2 fases:

1º Quimiembolización el 5/6/18 – 2º Quimiembolización el 25/6/18

TAC abdomen del 6/7/18: Control tras dos sesiones de QME hepática. Se embolizó la lesión de mayor tamaño, pues era la que se apreciaba en la arteriografía.

Se compara con el TC de fecha 28 de Febrero: Múltiples LOES hepáticas, hipodensas en las dos fases. La lesión de mayor tamaño presenta menor captación del contraste en la zona central.

Mantiene realce periférico en la parte más inferior de la masa. Las otras LOES (al menos 8 en el LHD y una en el LHI) no muestran cambios con el estudio previo. Porta permeable. Vía biliar no dilatada.

Conclusión: respuesta radiológica parcial, con necrosis superior al 80%, de la lesión tratado con QME. Resto sin cambios.

Se presenta en Comité de Trasplantes el 5/6/18 siendo aceptado para trasplante hepático.

El 17/7/18 inicia Sunitinib a dosis de 37,5mg cada 24 h de forma continuada con tolerancia adecuada manteniendo Somatulina 120 mg. Última consulta en Oncología Médica el 27/9/18 donde se valora tolerancia clínica y hematológica para continuación de tratamiento. Se pauta el mismo con cita en 1 mes más nueva reevaluación. Al ser comunicados de realización de trasplante para el 30/9/18 se suspende medicación.

Trasplante hepático realizado el 30/9/18. Fecha desde la cual la paciente no vuelve a acudir a consulta de Oncología Médica".

2. Informe de la Dra. V, Facultativa del Servicio de Cirugía General, que indica:

"Paciente mujer de 58 años trasplantada de hígado (Septiembre 2018) por metástasis hepáticas no resecables de un tumor neuroendocrino de origen ileal. Como antecedentes personales presenta HTA, AC x FA (anticoagulada con Xarelto) estable e hipotiroidismo. Intervenciones quirúrgicas: túnel carpiano derecho, histerectomía, prótesis rodilla izquierda. Tratamiento crónico..."

En enero de 2017 consultó por clínica de dolor abdominal, vómitos y diarrea, siendo diagnosticada en p. de Urgencias de gastroenteritis aguda y siendo alta, pautándose como recomendaciones dietéticas, control por su médico de cabecera y acudir a p. de Urgencias en caso de empeoramiento.

La paciente consulta en la puerta de urgencias del Hospital Clínico Universitario V. Arrixaca por cuadro de dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho en agosto del 2017, y ante una ecografía con imágenes sospechosas de metástasis hepáticas se ingresa en el Servicio de Medicina Interna para diagnóstico y tratamiento. Con el diagnóstico final de tumor neuroendocrino de localización ileal y metástasis hepáticas, y tras ser evaluada por los Servicios de Oncología y Cirugía, se interviene de forma programada en Octubre del 2017. Durante la intervención (equipo quirúrgico experto) se confirma el tumor ileal, la presencia de metástasis loco-regionales y también a distancia, en ambos lóbulos del hígado, no resecables. Se realiza una resección oncológica amplia (hemicolectomía derecha, que incluye el íleon terminal con el tumor). Una semana después de la resección, aparece un cuadro compatible con una dehiscencia de la anastomosis, por lo que se intervienen de urgencias, hallando una pequeña dehiscencia (<0,5 cm) que se sutura en varios planos. A la semana de esta reintervención, y ante la sospecha de nueva dehiscencia, se vuelve a intervenir de urgencia, encontrando en esta ocasión una dehiscencia completa de la anastomosis íleo-cólica que exige la realización de una resección del segmento afecto, con una nueva anastomosis íleo-cólica sobre tejido sano. Al cuarto día postoperatorio de esta segunda reintervención, ante la sospecha de nueva dehiscencia, se reinterviene (27 de octubre), procediéndose a tratar la peritonitis y a la realización de una ileostomía de seguridad. Finalmente, la paciente es alta hospitalaria en Noviembre del 2017, para seguimiento por consultas externas por Cirugía y Oncología.

Debido a la progresión de la enfermedad oncológica a nivel hepático, es evaluada en Junio del 2018 en el Comité de Trasplante Hepático, decidiéndose su inclusión en lista de espera de trasplante y tratamiento con quimioembolización de los tumores hepáticos y sunitinib, durante la espera, para intentar evitar la progresión de la enfermedad.

La paciente se trasplanta de hígado el 30 de Septiembre del 2018, destacando en el acto operatorio la presencia de una arteriosclerosis severa tanto de la arteria del receptor como la del injerto. Inicialmente evoluciona

favorablemente, pero a las dos semanas del trasplante, aparece una trombosis de la arteria, por lo que se decide incluirla en código preferente para retrasplante hepático, que afortunadamente se lleva a cabo a los pocos días, el 23 de Octubre, requiriendo de una reintervención hemostática en las primeras horas. Desafortunadamente, y a pesar del enorme esfuerzo terapéutico, la paciente desarrolla progresivamente un fracaso multiorgánico los siguiendo días, refractario al tratamiento médico intensivo, siendo exitus el 28 de Octubre del 2018”.

3. Informe de la Dra. W, Facultativa del Servicio de Medicina Interna, que indica:

“En relación a la reclamación patrimonial de referencia, le comunico que la actuación del Servicio de medicina interna se limitó al diagnóstico inicial de la paciente, alta y traslado para seguimiento y tratamiento posterior a los servicios de cirugía general y oncología médica. Revisado el informe de alta del Servicio de Medicina Interna, nos ratificamos en el mismo”.

4. Informe del Dr. D. B, Jefe de Sección de Cirugía General, que indica:

“Paciente mujer de 58 años transplantada de hígado (Septiembre 2018) por metástasis hepáticas no resecables de un tumor neuroendocrino de origen ileal.

La paciente consulta en la puerta de urgencias del Hospital Clínico Universitario V. Arrixaca por cuadro de dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho en agosto del 2017, y ante una ecografía con imágenes sospechosas de metástasis hepáticas se ingresa en el Servicio de Medicina Interna para diagnóstico y tratamiento. Con el diagnóstico final de tumor neuroendocrino de localización ileal y metástasis hepáticas, y tras ser evaluada por los Servicios de Oncología y Cirugía, se interviene de forma programada en Octubre del 2017. Durante la intervención (equipo quirúrgico experto) se confirma el tumor ileal, la presencia de metástasis loco-regionales y también a distancia, en ambos lóbulos del hígado, no resecables. Se realiza una resección oncológica amplia (hemicolecotomía derecha, que incluye el íleon terminal con el tumor). Desafortunadamente, una semana después de la resección, aparece un cuadro compatible con una dehiscencia de la anastomosis, por lo que se interviene de urgencias, hallando una pequeña dehiscencia que se sutura en varios planos. A la semana de esta reintervención, y ante la sospecha de nueva dehiscencia, se vuelve a intervenir de urgencia, encontrando en esta ocasión una dehiscencia completa de la anastomosis íleo-cólica, que exige la realización de una resección del segmento afecto, con una nueva anastomosis íleo-cólica sobre tejido intestinal sano. Al cuarto día postoperatorio de esta segunda reintervención, ante la sospecha de nueva dehiscencia, se reinterviene (27 de octubre), procediéndose a tratar la peritonitis y a la realización de una ileostomía de seguridad. Finalmente, la paciente es alta hospitalaria en Noviembre del 2017, para seguimiento por consultas externas por Cirugía y Oncología.

Debido a la progresión de la enfermedad oncológica a nivel hepático, es evaluada en Junio del 2018 en el Comité de Trasplante Hepático, decidiéndose su inclusión en lista de espera de trasplante y tratamiento con quimioembolización de los tumores hepáticos y sunitibib, durante la espera, para intentar evitar la progresión de la enfermedad.

La paciente se trasplanta de hígado el 30 de Septiembre del 2018, destacando en el acto operatorio la presencia de una arteriosclerosis severa tanto de la arteria del receptor como la del injerto. Inicialmente evoluciona favorablemente, pero a las dos semanas del trasplante, aparece una trombosis de la arteria, por lo que se decide incluirla en código preferente para retrasplante hepático, que afortunadamente se lleva a cabo a los pocos días, el 23 de Octubre. El nuevo injerto funciona adecuadamente, requiriendo la paciente una pequeña reintervención hemostática en las primeras horas. Desafortunadamente y a pesar del enorme esfuerzo terapéutico, la paciente desarrolla progresivamente un fracaso multiorgánico los siguiendo días, refractario al tratamiento médico intensivo, siendo exitus el 28 de Octubre del 2018”.

QUINTO.- En fecha 25 de mayo de 2020 se recaba de la Subdirección General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria el preceptivo informe de la Inspección Médica, que es emitido en fecha 17 de junio de 2024 (4 años después), con las siguientes conclusiones:

- “1. No estaba indicado realizar ninguna exploración complementaria en la asistencia sanitaria del 5/01/17. Y en todo caso, en ninguna atención clínica de una GEA la exploración diagnóstica a realizar es una ecografía.
2. El objetivo de todo el proceso asistencial fue la mejora de la supervivencia con la mejor calidad de vida y prevenir las complicaciones. La asistencia que se prestó se ajustó en todo momento a las recomendaciones indicadas en la bibliografía.
3. Las decisiones quirúrgicas se fueron adoptando: conforme al momento quirúrgico, las condiciones locales y el criterio y la experiencia del equipo quirúrgico.
4. No hubo ningún retraso terapéutico. Los tratamientos se fueron instaurando paulatinamente y los medios diagnósticos controlaban los resultados terapéuticos.
5. Lamentablemente, el resultado final se debe a complicaciones clínicas (no quirúrgicas) inherentes a la complejidad que conlleva un trasplante hepático.
6. No se objetiva durante la asistencia sanitaria prestada ni "negligente actuación de los servicios sanitarios" ni "múltiple vulneración de la Lex Artis””.

SEXTO.- Por la aseguradora del SMS se une al expediente informe médico pericial evacuado por una especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo de en Cirugía Torácica, alcanzando las siguientes conclusiones:

- “1. No había indicación de realizar ecografía abdominal en la atención médica de urgencia el día 5 de enero de 2017.
2. Cuando se diagnosticó la enfermedad estaba avanzada: tumor neuroendocrino con metástasis hepáticas múltiples en ambos lóbulos hepáticos.
3. Con este diagnóstico inicial se trataba de enfermedad avanzada con mal pronóstico en cuanto a la supervivencia.
4. Con este estadio de la enfermedad el tratamiento indicado es resección del tumor primario y tratamiento local, no quirúrgico, de las metástasis hepáticas múltiples (quimioembolización).
5. La 1^a reintervención, el día 9 de octubre de 2017 incluso considerando el mal resultado, fue correcta teniendo en cuenta que la técnica depende de la decisión del cirujano, individualizada para cada paciente.
6. La 2^a reintervención, el día 16 de octubre de 2017 se realizó una técnica incorrecta.
7. La 3^a reintervención, el día 27 de octubre de 2017 se realizó la técnica correcta.
8. El tratamiento local de las metástasis hepáticas iniciado fue el correcto, el cual se indicó cuando mejoraron las condiciones clínicas de la paciente.
9. No se puede afirmar que por el retraso del tratamiento local el resultado, en cuanto a la supervivencia, hubiera sido otro.
10. No había indicación de resección hepática por el volumen y localización de las metástasis.
11. Por no haber tenido respuesta con la quimioembolización, crecimiento de las lesiones y deterioro de la función

hepática, se indicó correctamente el trasplante, pero con alta morbididad.

12. *El trasplante hepático en las metástasis del tumor neuroendocrino tiene indicaciones excepcionales por la alta morbididad.*

13. *El buen resultado en cuanto a supervivencia a los 5 años se obtiene cuando la resección hepática se realiza con metástasis única, no ocurriendo en este caso.*

14. *Las complicaciones que tuvo en el trasplante hepático con resultado de éxito están descritas, son posibles, inevitables, imprevisibles e inherentes a la técnica quirúrgica.*

15. *La paciente falleció por las complicaciones del trasplante hepático, no por las complicaciones de la 2ª intervención. Por lo que, si se hubiera realizado la indicación de trasplante 6 meses antes, la paciente hubiera fallecido seis meses antes.*

CONCLUSIÓN FINAL

A la vista de los documentos contenidos en la Historia Clínica y en los informes aportados, existen datos para concluir que, aun habiendo prestado una asistencia sanitaria deficiente en la 2ª intervención, no se puede afirmar que si el trasplante hepático se hubiera realizado seis meses antes, el resultado hubiera sido otro, ya que la paciente falleció por complicaciones del trasplante".

SÉPTIMO.- Conferido el preceptivo trámite de audiencia a los interesados, el 19 de octubre de 2020 comparece ante la instrucción el representante de los interesados, quien solicita y obtiene copia de la documentación obrante en el expediente.

En fecha 4 de diciembre de 2020, los reclamantes presentan escrito de alegaciones en el que se reiteran en sus alegaciones anteriores y añaden que, fruto de las tres reintervenciones consecutivas se produjo un serio deterioro del estado general de la paciente, por lo que no se pudo comenzar la quimio-embolización hasta el día 02/06/18 -8 meses tras la cirugía- y tras haberse comprobado una clara evolución del crecimiento de las metástasis hepáticas. El pronóstico de un carcinoma Neuroendocrino diferenciado -Grado 1 histológico y grado IV, de extensión, tiene un excelente pronóstico adecuadamente tratado. Entre un 60-70% de estos pacientes siguen vivos a los 5 años de haberse efectuado el diagnóstico.

OCTAVO.- En fecha 19 de junio de 2024 se confiere de nuevo, tras el informe de la Inspección Médica, trámite de audiencia a los interesados.

No consta que hayan formulado alegaciones.

NOVENO.- Con fecha 29 de agosto de 2024, se formula propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, al considerar el instructor del procedimiento que no concurren todos los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria, pues los reclamantes no han llegado a acreditar la falta de adecuación a la *lex artis* de la asistencia médica prestada a su familiar, ni que concurra la antijuridicidad del daño.

En tal estado de tramitación, y una vez incorporado el preceptivo extracto de secretaría y un índice de

documentos, se remite el expediente al Consejo Jurídico en solicitud de dictamen, mediante comunicación interior del pasado 29 de agosto de 2024, complementada con diversa documentación en soporte CD.

A la vista de los referidos antecedentes procede realizar las siguientes

CONSIDERACIONES

PRIMERA.- Carácter del Dictamen.

El Consejo Jurídico ha de ser consultado preceptivamente en las reclamaciones que, en concepto de responsabilidad patrimonial, se formulen ante la Administración regional, de acuerdo 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, y 81.2 LPAC, y con dicho carácter preceptivo se ha recabado y se emite este Dictamen.

SEGUNDA.- Legitimación, plazo para reclamar y procedimiento.

I. Habiendo reclamado el esposo e hijos de la fallecida, no hay obstáculo alguno en reconocerles legitimación para solicitar un resarcimiento económico por el dolor moral derivado de la pérdida y la ruptura de la relación afectiva inherente a su condición familiar, conforme a conocidos criterios jurisprudenciales y doctrinales.

La legitimación pasiva corresponde a la Administración regional, en su condición de titular del servicio público de asistencia sanitaria a la población con ocasión de cuya prestación se produjo el daño reclamado.

II. La reclamación se ha presentado dentro del plazo anual que para la prescripción del derecho a reclamar establece el artículo 67.1 LPAC, toda vez que se ha ejercitado el 25 de octubre de 2019, antes del transcurso de un año desde el fallecimiento de la paciente ocurrido el 28 de octubre de 2018.

III. Se ha seguido el procedimiento previsto en la LPAC para la tramitación de las reclamaciones de responsabilidad patrimonial, sin que se observen carencias esenciales, obrando en el expediente el informe del Servicio a cuyo funcionamiento se imputa el daño, el de la Inspección Médica y el trámite de audiencia a los interesados que, junto con la solicitud de este Dictamen, constituyen los trámites preceptivos de este tipo de procedimientos.

Conviene destacar la ausencia de prueba por parte de los reclamantes de algunos de los elementos determinantes de la responsabilidad patrimonial, cuya carga les corresponde en exclusiva.

Las consecuencias de la omisión de dicha actividad probatoria por parte de los interesados serán analizadas en ulteriores consideraciones. Baste ahora con recordar el carácter de prueba esencial que en los procedimientos de responsabilidad patrimonial por pretendidos errores médicos o defectuosa asistencia sanitaria, reviste la prueba pericial, como de forma contundente expresa la sentencia de la Audiencia Nacional, Sala de lo Contencioso Administrativo, de 27 de junio de 2001, según la cual *“quien reclama debe probar la relación de causalidad antes expuesta (artículo 6.1.2º in fine Reglamento de Procedimientos en materia de Responsabilidad Patrimonial (...), y a tal efecto lo propio habría sido interesar una prueba pericial sobre la bondad de los tratamientos dispensados, prueba vital pues se está en un pleito en el que son convenientes o necesarios conocimientos científicos”*.

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

I. La responsabilidad patrimonial dimanante de la actuación administrativa en el campo sanitario está sometida a la configuración de la responsabilidad de la Administración que se desprende del artículo 106.2 CE: *“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 han sido desarrollados por abundante jurisprudencia, que los configura como sigue:

- La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado con 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 de 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.

En este sentido, sólo en el caso de que se produzca una infracción del deber de aplicación de medios, considerando a tal efecto el estándar de los disponibles aplicado a las circunstancias del caso concreto, responderá la Administración de los daños causados, pues, en caso contrario, dichos perjuicios no habrán de imputarse, en términos jurídicos, a la atención sanitaria pública y, por tanto, no tendrían la consideración de antijurídicos, por lo que deberían ser soportados por el paciente. Prescindir de tal criterio conllevaría una excesiva objetivación de la responsabilidad administrativa, que en tal caso podría declararse en todos los supuestos en los que, con ocasión de cualquier intervención de los servicios sanitarios públicos, no se pudieran evitar los daños a la salud de las personas que se producen por la misma naturaleza de la condición humana; tal resultado, obviamente, no respondería a la configuración constitucional y legal del instituto de la responsabilidad patrimonial de que se trata.

De ahí que, como recuerda el Consejo de Estado en Dictamen 52/2020, sea doctrina jurisprudencial reiterada (por todas, Sentencia de la Sección Quinta de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, de 15 de marzo de 2018, rec. n.º 1016/2016) que, *“frente al principio de responsabilidad objetiva interpretado radicalmente y que convertiría a la Administración sanitaria en aseguradora del resultado positivo y, en definitiva, obligada a curar todas las dolencias, la responsabilidad de la Administración sanitaria constituya la lógica consecuencia que caracteriza al servicio público sanitario como prestador de medios, pero, en ningún caso, garantizador de resultados, en el sentido de que es exigible a la Administración sanitaria la aportación de todos los medios que la ciencia en el momento actual pone razonablemente a disposición de la medicina para la prestación de un servicio adecuado a los estándares habituales; conforme con este entendimiento de l régimen legal de la responsabilidad patrimonial, en modo alguno puede deducirse la existencia de responsabilidad por toda actuación médica que tenga relación causal con una lesión y no concurra ningún supuesto de fuerza mayor, sino que ésta deriva de la, en su caso, inadecuada prestación de los medios razonablemente exigibles”*.

La actuación del médico 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 337/22, 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.

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.- Actuaciones anómalas que se imputan al servicio público sanitario.

I. Consideran los reclamantes que, en el presente caso, se ha producido una múltiple vulneración de la “lex artis” de la medicina que concreta en:

- “• *El día 05/01/17 pudo y debió haberse efectuado una Ecografía abdominal para, con toda probabilidad, haber puesto de manifiesto las LOE's hepáticas.*
- *La intervención efectuada el día 09/10/17, fue correctamente indicada e inadecuadamente ejecutada. Se produjo una dehiscencia de la sutura, previsible y evitable con una adecuada técnica quirúrgica, que provocó una peritonitis fecaloidea y la necesidad de una reintervención urgente.*
- *La reintervención quirúrgica efectuada el día 16/10/17 estuvo, desde un principio, condenada al fracaso. Intentar una sutura directa de una anastomosis ileo-cólica dehisciente, en el contexto de una peritonitis fecaloidea con colección purulenta adyacente a la misma, iba a conducir, -irremisiblemente- a una nueva dehiscencia de la anastomosis, esta vez completa.*
- *La reintervención quirúrgica efectuada el día 23/10/17 era la crónica de un fracaso anunciado. Intentar una nueva anastomosis ileo-cólica en presencia de una peritonitis fecaloidea, vulnera los más elementales principios de cirugía abdominal.*
- *La Intervención quirúrgica efectuada el 27/10/17, resección de la anastomosis, cierre del muñón colónico e ileostomía, pudo y debió haberse efectuado ya en la primera reintervención.*
- *Fruto de las tres reintervenciones consecutivas se produjo un serio deterioro del estado general de la paciente, como ya hemos dejado constancia. Como consecuencia de dicho deterioro no se pudo comenzar la quimio-embolización hasta el día 02/06/18 -8 meses tras la cirugía- y tras haberse comprobado una clara evolución del crecimiento de las metástasis hepáticas.*
- *El pronóstico de un carcinoma Neuroendocrino diferenciado -Grado 1 histológico y grado IV, de extensión, tiene un excelente pronóstico adecuadamente tratado. Entre un 60-70% de estos pacientes siguen vivos a los 5 años de haberse efectuado el diagnóstico. El trasplante hepático -adecuadamente efectuado- hubiera sido la solución para el presente caso. Lamentablemente, no fue así”.*

Estas alegaciones están íntimamente ligadas al criterio de la *lex artis*, pues se pretende vincular la producción del daño con la actuación de los facultativos intervenientes en la asistencia sanitaria, la cual ha de ser valorada y analizada desde la ciencia médica, determinando en qué medida aquélla se ajustó o no a los parámetros de una *praxis correcta*.

La valoración de la actuación facultativa exige un juicio técnico que únicamente puede ser realizado por los profesionales de la medicina. 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 (LEC)-, resultan trascendentales los informes médicos que puedan obrar en el expediente.

Así, la STSJ Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, núm. 681/2021, de 10 de septiembre, sintetiza la doctrina jurisprudencial relativa a la exigencia de la prueba pericial médica en procedimientos de responsabilidad patrimonial en los siguientes términos:

“... es sabido que las alegaciones sobre negligencia médica deben acreditarse con medios probatorios idóneos, como son las pruebas periciales médicas, pues estamos ante una cuestión eminentemente técnica y este Tribunal carece de los conocimientos técnicos-médicos necesarios, por lo que debe apoyarse en las pruebas periciales que figuren en los autos, bien porque las partes hayan aportado informes del perito de su elección al que hayan acudido o bien porque se hubiera solicitado la designación judicial de un perito a fin de que informe al Tribunal sobre los extremos solicitados. En estos casos, los órganos judiciales vienen obligados a decidir con tales medios de prueba empleando la lógica y el buen sentido o sana crítica con el fin de zanjar el conflicto planteado”.

Ahora bien, los actores, como ya se adelantó, no han traído al procedimiento una prueba adecuada y suficiente para generar la convicción acerca de la concurrencia de la mala *praxis* alegada.

II. No obstante, se procede a continuación a contestar a cada una de las pretendidas actuaciones constitutivas de mala *praxis*, sobre la base de los informes médicos y periciales que se han unido al expediente por la Administración y por la aseguradora del SMS, a la luz de los cuales se alcanza la conclusión contraria a la sostenida en la reclamación, esto es, la conformidad a la “*lex artis ad hoc*” de las actuaciones facultativas desarrolladas en la atención sanitaria.

En efecto, si examinamos el “análisis de la práctica médica” realizado en el informe pericial aportado por la aseguradora del SMS, va respondiendo una a una a todas las imputaciones realizadas por los reclamantes, y, así:

“1. En cuanto a la no realización de una ecografía abdominal cuando acudió a Urgencias el 05/01/17. ¿Se debería haber realizado una ecografía abdominal para haber diagnosticado más precozmente las metástasis hepáticas?

La atención al paciente en los Servicios de Urgencias, como en toda la práctica médica habitual, partiendo de unos síntomas se solicitan las pruebas complementarias específicas, siguiendo protocolos clínicos. La sintomatología que presentaba la paciente: dolor abdominal, vómitos, diarrea y febrícula de 24 horas; es compatible perfectamente con una gastroenteritis, no habiendo indicación de realizar ecografía. Conociendo el resultado, no es correcto indicar que se debería haber realizado una ecografía, para haber llegado a un diagnóstico más precoz de las metástasis hepáticas. Se trataría de un alarde diagnóstico, tratándose de una enfermedad rara, poco sintomática, ya que hasta en el 50% de los pacientes se demora el diagnóstico hasta que aparecen metástasis, fundamentalmente en los tumores de localización intestinal. Por lo tanto, se puede afirmar que no había indicación de realizar ecografía abdominal por la sintomatología que presentaba, compatible con una gastroenteritis. Siete meses después se indicó la realización de ecografía por dolor abdominal de 48 horas de evolución, no habiendo tenido durante este período de tiempo clínica abdominal, por lo que el diagnóstico de gastroenteritis sería el correcto.

2. En cuanto a la intervención efectuada el 09/10/17. (1^a reintervención) ¿La dehiscencia de sutura que se produjo era previsible y evitable? ¿Se debería haber realizado otra técnica quirúrgica distinta a la realizada: sutura de la dehiscencia?

La dehiscencia de sutura es una complicación propia de la cirugía abdominal, impredecible e inevitable, inherente a la técnica quirúrgica; se debe al fracaso en los procesos de cicatrización que deben fijar la anastomosis, que queda débil y acaba fallando y, en consecuencia, no supone habitualmente, una técnica quirúrgica incorrecta. La dehiscencia de sutura se clasifica en defecto menor cuando la solución de continuidad es < 1 cm o bien < 1/3 de la anastomosis, o defecto mayor cuando la pérdida de la solución de continuidad es > 1 cm o > 1/3 de la anastomosis. También se clasifican en: grado A (en fugas detectadas con estudios radiológicos con alteraciones clínicas discretas o ausentes que no requieren intervención terapéutica activa), grado B (en fugas que requieren una intervención terapéutica, como manejo médico, tratamiento antibiótico o drenaje percutáneo, que son

manejables sin intervención quirúrgica), y grado C en fugas anastomóticas asociadas con peritonitis y síndrome de respuesta inflamatoria sistémica que requieren intervención quirúrgica. El tratamiento quirúrgico deberá de individualizarse a cada paciente y la decisión se deberá tomar en la sala de operaciones una vez que se evalúen las condiciones del abdomen (7). En el presente caso, es evidente que precisó una intervención quirúrgica urgente, y la técnica que se realizó (sutura del defecto de 0.5 cm con refuerzo de esta), puede considerarse correcta, teniendo en cuenta que la decisión depende de las condiciones locales, dependiendo de la decisión del cirujano individualizada para cada paciente. Hay que tener en cuenta que la opción para el paciente hubiera sido la mejor si no hubiera habido una nueva dehiscencia. En el momento de realizar la resutura, cuando se tomó la decisión, no era previsible y evitable. Aunque conociendo el resultado se puede considerar que la mejor opción hubiera sido otra técnica o la resutura con un estoma de protección.

3. En cuanto a la intervención efectuada el 16/10/17. (2^a reintervención) ¿Se realizó una técnica incorrecta?

Cuando la dehiscencia afecte 2/3 de circunferencia (en este caso afectaba a toda la circunferencia), se puede efectuar un estoma y cierre distal, o exteriorizar dos bocas anastomóticas. Aunque si el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, se podrá optar por hacer resección del segmento afectado y rehacer la anastomosis, aunque con un mayor riesgo de nueva dehiscencia (7). En esta nueva operación (2^a reintervención), con una peritonitis fecaloidea y después de dos fracasos anastomóticos anteriores, fue incorrecto la intervención realizada; se debería haber efectuado la nueva anastomosis con un estoma de protección o la exteriorización del estoma intestinal (técnica que se realizó en la 3^a reintervención).

4. En cuanto a la intervención efectuada el 27/10/17. (3^a reintervención)

Se realizó correctamente: abandono del muñón colónico suturado previamente e ileostomía en fosa ilíaca derecha.

5. En cuanto al deterioro del estado general de la paciente, al crecimiento de las metástasis hepáticas, a la supervivencia, a la indicación del trasplante hepático y a las complicaciones sufridas con resultado de éxitus.

Se usan diferentes técnicas para tratar a los pacientes con metástasis hepáticas de un tumor neuroendocrino: resección hepática parcial, embolización transarterial, quimioembolización, radiofrecuencia, quimioterapia, análogos de la somatostatina e incluso trasplante hepático. La resección quirúrgica sigue siendo el tratamiento de elección cuando se ha resecado el tumor primitivo y la enfermedad metastásica solo está confinada al hígado. Pero incluso en pacientes con metástasis en uno de los lóbulos hepáticos y sin compromiso extrahepático, la tasa de recidiva es alta. La resección quirúrgica en los tumores neuroendocrinos metastásicos está indicada si el tumor primario es resecable y si el 90% de las metástasis en el hígado son resecables o tratables con ablación o quimioembolización. Aunque la resección quirúrgica, es factible en pacientes seleccionados provocan una gran morbilidad e incluso mortalidad, con una tasa de supervivencia a los 5 años del 20% (Jeffrey 7)...

Más actualmente (Rongzhi Wang8) comunica supervivencia del 73% a los 5 años en los pacientes sometidos a resecciones hepáticas frente a otros tipos de tratamientos menos agresivos (29%). Las resecciones hepáticas que obtiene esta alta tasa de supervivencia son las que se clasifican como metástasis hepáticas tumorales neuroendocrinas tipo I, que se corresponde a metástasis única. Las metástasis hepáticas tipo II (masa metastásica aislada acompañada de pequeños depósitos) y III (diseminación metastásica diseminada), se abordan con otro tipo de tratamiento. Se ha comunicado para tratar las metástasis hepáticas diseminadas en los dos lóbulos el trasplante hepático. En nuestro medio (J A Fernández y col. 9), en una corta serie fueron trasplantados 8 pacientes por metástasis hepáticas múltiples y bilaterales de origen neuroendocrino, con una mortalidad del 14%, 2 pacientes fallecieron por recurrencia tumoral a los 15 y 17 meses postrasplante, respectivamente, lo que supone una tasa de recurrencia tumoral del 33%. Se tuvo una tasa de supervivencia a 1 y 3 años del 86 y del 57%, respectivamente...

Los autores en vista a los resultados concluyen que deben ser muy cuidadosos con la indicación, ya que la individualización a la hora de la selección de los pacientes es clave para obtener buenos resultados.

Recientemente la SEOM10 informa que, debido al lento crecimiento de las metástasis hepáticas de los tumores neuroendocrinos, existe la posibilidad del trasplante hepático, pero solo debe realizarse en casos excepcionales, puesto que es un procedimiento que puede comportar un alta morbi-mortalidad y hoy en día se considera un tratamiento experimental.

En el presente caso, cuando la paciente se diagnosticó de tumoración neuroendocrina con enfermedad primaria y metastásica diseminada en ambos lóbulos hepáticos. Desde que fue dada de alta después del tratamiento del tumor primario, el estado general empeoró después de las complicaciones sufridas. El tratamiento local de las metástasis con quimioembolización fue correcto, aunque no efectivo, ya que con tratamiento quirúrgico convencional (hepatectomía) no se podía resear el 90 % de las lesiones metastásicas. Por no haber tenido respuesta con la quimioembolización, crecimiento de las lesiones y deterioro de la función hepática, se indicó correctamente el trasplante, pero con alta morbilidad. ¿Las complicaciones quirúrgicas influyeron en la mala evolución? La respuesta es que no se puede determinar, aunque es cierto que se retrasó el tratamiento local con métodos no quirúrgicos. No estamos de acuerdo en que el trasplante hepático se podía haber realizado antes o adecuadamente. El trasplante hepático tiene mortalidad y complicaciones importantes, descritas en nuestro medio, casuales, imprevisibles e inherentes a la técnica quirúrgica. No puedo afirmar que si no hubiera tenido las complicaciones quirúrgicas cuando se resecó el tumor primario, el resultado hubiera sido otro. En las series revisadas en el tratamiento de las metástasis hepáticas, el buen resultado en cuanto a supervivencia a los 5 años se obtiene cuando la resección hepática se realiza con metástasis única (tipo I)".

Por su parte, el informe de la Inspección Médica sobre el análisis de la práctica médica realizada a la paciente, se indica:

1. En cuanto al tratamiento de la gastroenteritis (GEA):

"El diagnóstico de la gastroenteritis aguda es clínico y no se precisa realizar pruebas diagnósticas complementarias en la mayoría de los casos.

SOLO es necesario realizar alguna exploración complementaria en diarreas de más de 3 días de evolución o con algún signo de alarma:

(...)

La mayoría de los casos de GEA son leves o moderados, autolimitados y se puede establecer una sospecha etiológica en base a la epidemiología y clínica, por lo que no requieren estudios de laboratorio. La realización de estas pruebas está, por tanto, limitada a aquellos casos en los que su resultado podría modificar el tratamiento de la GEA.

2. En cuanto a los tumores neuroendocrinos (TNE) y su tratamiento:

"Los TNE con diseminación únicamente hepática son candidatos a tratamientos radicales con cirugía completa. Únicamente estos tratamientos consiguen aumentar la supervivencia y mejorar la calidad de vida. Con esta finalidad se realizó la Hemicolectomía derecha con resección de los últimos 20 cm de íleon terminal previa identificación y ligadura de la arteria cólica derecha + Anastomosis ileocólica.

La resección radical del tumor primario debe incluir la extirpación del mesenterio por resección en cuña. Como hallazgo quirúrgico se describe la infiltración del peritoneo parietal, que implica la extirpación profiláctica de posibles metástasis mesentéricas y las ganglionares que rodean la arteria y la vena mesentérica. Fue imprescindible una cuidadosa técnica quirúrgica para conservar el suministro vascular intestinal y limitar la resección intestinal.

Para la reconstrucción del tubo digestivo se realizó una anastomosis ileocólica, asegurándose el éxito de la conexión con el correcto estado de la paciente (bien nutrida), la adecuada exposición y acceso a la anastomosis,

la ausencia de contaminación fecal en el sitio de la anastomosis, tejidos bien vascularizados, anastomosis sin tensión y una técnica meticulosa.

No fue hasta 7 días después de la intervención que se produjo una dehiscencia. El fallo de la anastomosis suele aparecer en el postquirúrgico precoz, entre el tercer y quinto día tras cirugía, ya que es el momento en el que la sutura tiene menos resistencia, porque se produce una disminución en la cantidad de colágeno de la submucosa y además es el momento de precariedad en la vascularización de la anastomosis. No es posible intervenir en los factores asociados con esta complicación. Es por ello que la dehiscencia sucede incluso en pacientes jóvenes, bien nutridos, sin condiciones comórbidas y a pesar de una esmerada técnica quirúrgica.

(...)

A pesar de las dehiscencias sufridas, (hasta en 3 ocasiones), y la aparición de peritonitis fecaloidea difusa, el diagnóstico de las dehiscencias y el adecuado manejo terapéutico de las infecciones peritoneales evitaron un infausto desenlace posible.

Durante los dos primeros momentos quirúrgicos reparadores, la adecuada valoración de los factores locales:

- *Extremos a anastomosar bien irrigados.*
- *Bordes congruentes.*
- *Anastomosis sin tensión ni angulaciones.*
- *Y puntos de sutura próximos entre sí.*

Permitieron conservar la continuidad del tubo digestivo mediante la conservación de la anastomosis en la 1^a intervención y la realización de una nueva anastomosis en la 2^a intervención. Mantener la continuidad del tubo digestivo fue la intención elegida desde el primer momento por el equipo quirúrgico, una elección complicada, pero dirigida a evitar una ileostomía con la pérdida de calidad de vida que ello conlleva para los portadores y la aparición de complicaciones.

No fue hasta la 3^a dehiscencia, en la que se vieron obligados a realizar la ileostomía de seguridad en fosa iliaca derecha.

Únicamente las situaciones donde los muñones distales de la anastomosis tienen escasa irrigación sanguínea o presentan viabilidad poco clara (incluso después de procedimiento de revascularización), son contraindicaciones absolutas para la realización de anastomosis. La aparición de sepsis abdominal, es aún una contraindicación solo relativa.

A pesar de la complejidad de la cirugía de resección del tumor primario, de las sucesivas reintervenciones reparadoras de las dehiscencias, producción de fibrosis entre las regiones del intestino, lisis de adherencias y deserosamiento de numerosas asas intestinales, no se produjeron otras complicaciones como fistulas, devascularización intestinal o el síndrome del intestino corto.

La alternativa a las técnicas realizadas de anastomosis hubiera sido realizar una ileostomía, con la trascendencia tanto física como psíquica que tiene esta decisión, ya que las ileostomías alteran la anatomía y fisiología del paciente y por la aparición de complicaciones tanto a corto como a largo plazo y tanto médicas como quirúrgicas.

3. En cuanto al deterioro general de la paciente tras las tres reintervenciones consecutivas realizadas:

“... desde el alta hospitalaria del Servicio de Cirugía (22/12/2017) y de la Unidad de Hospitalización a Domicilio el 29/12/2017, la paciente no solo se estaba recuperando.

Continuó sus revisiones en la consulta de Oncología Médica y se inició tratamiento con Somatostatina, fue evaluada en el Comité de tumores Hepáticos (el 8/03/18 y el 31/05/18), y se reevaluó la situación clínica mediante las exploraciones: TAC toraco abdomino pélvico el 28/02/18, RM Hepática el 9/05/18, Gammagrafía con Octreoscan el 22/05/18.

(...)

A pesar de haber iniciado una 2^a línea de tratamiento sistémico con Sunitinib (el 17/07/18) y la Quimioembolización de las metástasis hepáticas, los resultados obtenidos fueron solo parciales. Con el objetivo siempre de mejora de la supervivencia de la paciente y de la calidad de vida, se propuso para trasplante hepático el 5/06/18, aunque en la mayoría de series de estudio existe una alta tasa de recurrencias y una alta morbilidad.

(...)

A pesar de que el grado histológico del tumor primario (índice Ki 67 del 2%) fue un GRADO 1, no podemos ignorar el ESTADIO IV de la clasificación TNM de la OMS, que significa enfermedad diseminada, con metástasis a distancia. Ningún tumor en este estadio tiene un excelente pronóstico.

El trasplante hepático fue una alternativa terapéutica al obtener una respuesta solo parcial a la quimioembolización (en 2 sesiones) que se realizó como tratamiento de inicio de las múltiples metástasis bilobares hepáticas en progresión.

Solo el tratamiento quirúrgico de las metástasis hepáticas resecables es curativo, en metástasis irresecables el resto de tratamiento son paliativos, y tienen la finalidad de paliar los síntomas derivados de la enfermedad o prevenir complicaciones".

Por ello concluye la Inspección Médica que: "No se objetiva durante la asistencia sanitaria prestada ni "negligente actuación de los servicios sanitarios" ni "múltiple vulneración de la Lex Artis", a lo que añade el informe médico-forencial de la compañía aseguradora del SMS que: "no se puede afirmar que si el trasplante hepático se hubiera realizado seis meses antes, el resultado hubiera sido otro, ya que la paciente falleció por complicaciones del trasplante".

Conclusiones que necesariamente debe compartir este Consejo Jurídico, al aparecer huérfanas de prueba las subjetivas imputaciones realizadas por los reclamantes, perfectamente comprensibles tras la pérdida de un ser querido.

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

CONCLUSIÓN

ÚNICA.- Se dictamina en sentido favorable la propuesta de resolución desestimatoria de la reclamación, en cuanto que no se aprecia la concurrencia de nexo causal entre el funcionamiento del servicio público sanitario y el daño causado, ni la antijuridicidad de éste.

No obstante, V.E. resolverá.

