



Consejo Consultivo de Canarias

D I C T A M E N 9 5 / 2 0 0 1

La Laguna, a 24 de septiembre de 2001.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad y Consumo en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial, iniciado por la reclamación de indemnización formulada por M.M.P., por daños personales ocasionados a su esposa J.S.S., como consecuencia del funcionamiento del servicio público de asistencia sanitaria (EXP. 26/2001 IDS)*.*

F U N D A M E N T O S

I

El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es una Propuesta de Resolución (PR) de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial de un Organismo Autónomo de la Administración autonómica, el Servicio Canario de Salud (SCS). La legitimación del órgano solicitante para recabar el Dictamen, la competencia del Consejo para emitirlo y la preceptividad de su solicitud se previenen en los arts. 11.1 y 10.6 de la Ley del Consejo Consultivo, en relación este último precepto con el art. 22.13 de la Ley Orgánica 3/1980, de 21 de abril, del Consejo de Estado y con el art. 12 de Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

II

1. En el expediente consta que el reclamante ha interpuesto recurso contencioso-administrativo contra la inactividad del Servicio Canario de Salud (SCS)

* **PONENTE: Sr. Cabrera Ramírez.**

en relación con la reclamación de indemnización de daños y perjuicios que ha originado el presente procedimiento.

Esta circunstancia, según el art. 36.4 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa (LJCA), no es obstáculo para que la Administración resuelva expresamente el presente procedimiento y, por ende, no es impedimento para la emisión del Dictamen solicitado.

2. El procedimiento se inició el 23 de septiembre de 1999 por la reclamación que interpuso, exclusivamente en su propio nombre, el marido de una paciente del SCS, solicitando una indemnización de 12 millones de pesetas, que eleva luego a 24 millones en trámite de audiencia, por los daños que le ha ocasionado el fallecimiento de su esposa el 27 de agosto de 1999, con la que contrajo matrimonio el 9 de abril anterior, después de diagnosticársele a aquélla un cáncer cerebral en el mes de marzo de 1999.

El fallecimiento de una persona entraña de por sí la existencia de un perjuicio irreparable para todos aquellos que mantenían con la víctima relaciones de convivencia o de particular afección. Este perjuicio origina la obligación de indemnizar a cargo de quien resulte responsable del óbito, aunque ninguna suma pecuniaria pueda reparar una pérdida humana. Esta indemnización tienen derecho a recibirla, con exclusión de las demás, las personas más inmediatas a la fallecida por estrecha vinculación familiar o vida en común. Por esta razón es palmario que el reclamante está legitimado activamente en el presente procedimiento.

Pero también podría existir otra persona legitimada para reclamar porque, de los datos personales de la fallecida obrantes en su historia clínica incorporada al expediente, aquélla tenía una hija nacida con anterioridad a su matrimonio con el reclamante que, en virtud del art. 31.1,b) de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), tiene condición de interesada, por lo que, conforme al art. 59.4 de la misma, debió ser notificada por los medios que en este precepto se señalan.

3. La esposa del reclamante falleció el 27 de agosto de 1999 y la reclamación se interpuso el 23 de septiembre siguiente, con que no puede ser calificada de extemporánea.

4. En la tramitación del expediente no se ha incurrido en vicios procedimentales que obsten la emisión de un Dictamen de fondo.

III

1. El reclamante imputa la causación de la muerte de su esposa a la incompetencia y negligencia médica de los facultativos del Servicio de Neurología del Hospital Insular de Gran Canaria, hoy de titularidad del Servicio Canario de Salud, considerando que la misma falleció por un tumor pulmonar con metástasis cerebrales, que no fue indebidamente diagnosticado a tiempo por los médicos que la atendieron. El reclamante no aporta ni proporciona prueba médica alguna de tal afirmación, salvo la historia clínica de la paciente cuya incorporación al expediente solicitó.

2. Del examen de la historia clínica y de los informes médicos resultan los siguientes hechos relevantes:

En octubre de 1991, el Centro de Salud donde era atendida la fallecida la remitió al Servicio de Neurología del Hospital Insular, cuyos facultativos, mediante una tomografía axil computarizada (TAC), encontraron que la "silla turca" (depresión del hueso esfenoide donde se aloja la hipófisis) estaba ocupada por líquido cefalorraquídeo.

El 24 de mayo de 1995 el Servicio de Psiquiatría remite a la paciente al Servicio de Neurología por presentar adormecimiento en hemicara derecha y hormigueos en extremidades superiores e inferiores y enuresis nocturna. Este Servicio solicita una exploración radiológica de columna lumbar AP y L, cuyo informe no señala lesiones neurológicas.

En marzo de 1997, a causa de presentar nuevamente cefalea tensional, se le realizó una resonancia nuclear magnética (RNM) que detectó una hipófisis en forma de semiluna adaptada al fondo de la silla turca la cual estaba rellena de líquido cefalorraquídeo; sin embargo, presentaba normalidad hormonal.

En septiembre de 1997 se le realiza una radiografía de tórax que no presenta anomalías.

En noviembre de 1997 es examinada de nuevo por el Servicio de Neurología, que no encuentra alteraciones neurológicas.

El informe endocrinológico de 5 de junio de 1998 corrobora que la función hipofisaria es normal.

El 4 de marzo de 1999 ingresa por el Servicio de Urgencias en el Hospital Insular por presentar un cuadro de tres días de evolución de pérdida de fuerzas en hemicuerpo derecho y cefaleas. Examinada por el Servicio de Neurocirugía se le localiza, por medio de un TAC, una lesión quística de 4 centímetros de diámetro. El 8 de marzo se le interviene quirúrgicamente para reseccionar el tumor. El informe anatomopatológico de éste desvela que se trata de un tumor maligno que sugiere fuertemente un origen metastásico.

Ingresa de nuevo durante el período del 13 al 16 de abril de 1999. El TAC pone de manifiesto la existencia de un nuevo quiste tumoral, por lo que es operada otra vez. De la historia clínica resulta que este segundo tumor era de carácter infiltrante, por lo que no pudo ser reseccionado en su totalidad. El Servicio de Oncología, a la vista de que los estudios anatomopatológicos evidencian que ambos tumores eran de origen metastásico, solicita del Servicio de Radiología que explore a la paciente a fin de localizar el tumor primario.

En estas exploraciones se localizó un nódulo en el vértice del pulmón derecho, cuyo origen se estimó que era metastásico y, mediante mamografía, otro en la mama izquierda, para cuyo estudio se procedió a una ecografía mamaria en cuyo transcurso se realizó una punción aspirante mediante aguja fina (PAAF) del nódulo para su examen anatomopatológico. La doctora firmante del informe de esta ecografía indicó que, si el resultado de la PAAF fuera negativo y persistiera la sospecha de neoplasia de mama como tumor primario, debería hacerse una biopsia mediante esterataxia.

El informe anatomopatológico de la muestra obtenida por la PAAF y fechado el 7 de junio de 1999 expresa que el material era poco representativo y que no presentaba alteraciones. No obstante este resultado negativo de la PAAF, no se practicó una biopsia del nódulo de la mama izquierda; como tampoco se procedió a la resección del quiste del pulmón porque, ante el desarrollo de la metástasis cerebral, se consideró vana toda otra intervención. Por ello, fue remitida a la Unidad del Dolor con el diagnóstico de carcinoma cerebral metastásico de origen desconocido.

3. El informe del Servicio de Neurocirugía sienta las siguientes conclusiones:

1ª. El carcinoma cerebral de la paciente era de origen metastásico; es decir, no era un tumor primario, sino originado por otro que no radicaba en el cerebro y que no pudo ser objetivado.

2ª. Un carcinoma cerebral metastásico se desarrolla muy rápidamente, por lo que es imposible que existiera en 1997, fecha del último examen que le realizó el Servicio de Neurología, ya que un desarrollo de dos años se considera una evolución lenta para ese tipo de tumores.

3ª. La existencia, demostrada por las pruebas médicas de 1991 y 1997, de una silla turca con contenido hipofisario y líquido cefalorraquídeo no guardan relación alguna con el carcinoma cerebral detectado por las pruebas médicas de marzo de 1999.

4. Este Organismo, en sesión del Pleno celebrada el día 28 de marzo de 2001, acordó, con suspensión del plazo de emisión del Dictamen recabado, solicitar documentación adicional de los Departamentos de Anatomía Patológica, de Radiología y de Oncología del Hospital Insular de Gran Canaria sobre determinadas cuestiones que no resultaban suficientemente aclaradas en los informes que existían en el expediente. Con fecha 4 de septiembre de 2001 se recibieron los siguientes informes:

- Informe de 7 de mayo de 2001 de la Doctora B.B.A., FEA del Servicio de Anatomía Patológica, sobre el tiempo de existencia del tumor originario cuya metástasis cerebral se detectó en 1999, precisando si su aparición podía ser detectada con anterioridad a 1997. Se señala que del estudio histológico de la biopsia 1999B1315, perteneciente a dicha paciente y remitida como tumor cerebral, no se puede establecer el tiempo de evolución de la lesión, ni de un posible tumor originario.

- Informe de 8 de mayo de 2001, del Jefe de Servicio de Radiodiagnóstico F.M.L., sobre las cuestiones que le fueron formuladas, en el que se dice: "En dicho año (1999) tiene dos Rx de tórax en las que no se aprecia la pequeña imagen nodular que el TAC torácico detectó en el LSD, muy apical. Es frecuente que este tipo de lesiones, casi de origen granulomatoso, pasen desapercibidas en un estudio radiológico normal de tórax dependiendo de su localización, de estar ocultas por la clavícula o la cabeza de la primera costilla, etc. Cuando son

múltiples o hay cambios pleurales asociados suele ser más fácil su identificación. Su densidad es alta por lo que podría presuponerse un origen infeccioso inflamatorio sólo por la imagen pero sin biopsia o un estudio radiológico evolutivo es imposible afirmar su origen neoplásico. El nódulo ha pasado desapercibido a tres radiólogos, aún sabiendo que se objetiva en el TAC". Añade: "si ha pasado desapercibido hoy es evidente que también lo fue en 1999 y pudo estar ya en 1997 pero no dispongo de ningún estudio de ese año para comparar". Finalmente afirma que no puede informar la causa de no efectuarse un estudio radiológico a la paciente antes de 1999 ya que no son los radiólogos quienes lo ordenan, limitándose a hacerlo y emitir un informe radiológico.

- Informe de 5 de junio de 2001, del Jefe del Servicio de Oncología Médica Dr. A.M.R., en el que se afirma: "La paciente había sido vista por diferentes especialistas desde el año 97, diagnosticada de cefaleas tensionales. En el TAC realizado en el año 97 no se evidenció ninguna patología que pudiera estar relacionada con la tumoración aparecida en 1999. En el estudio de extensión para localizar el tumor primario, se realizó un TAC tóraco-abdominal donde lo único a reseñar es una imagen nodular de 1.5 cm. en vértice pulmonar derecho que pudiera corresponder a un nódulo metastásico. A la paciente se le realizó también una mamografía bilateral y un EGC que fueron completamente normales. En principio se etiquetó de metástasis pulmonares y cerebrales de un tumor de origen desconocido, realizándose radioterapia paliativa a nivel cerebral para disminuir sintomatología, descartándose la intervención quirúrgica pulmonar ya que aun persistía la lesión a nivel cerebral".

IV

De todos los informes obrantes en el expediente, junto a los últimos emitidos a instancia de este Organismo, cabe llegar a la convicción de que las anomalías que la paciente presentaba en la "silla turca", y que se detectaron en 1991 y 1997, no guardaban relación alguna con un carcinoma cerebral. Y que el tumor que se le detectó a la paciente en el cerebro en marzo de 1999 era imposible que se estuviera desarrollando desde 1997, pues su naturaleza metastásica entrañaba la rápida evolución que, en efecto y desgraciadamente, experimentó. Asimismo, ha quedado evidenciado que el nódulo del vértice del pulmón era también metastásico y que no sólo su detección misma en 1997 ofrecía serias dificultades, sino que no se pudo detectar el tumor originario, pese a los reconocimientos efectuados, de manera que

aún menos se pudo evitar el carcinoma cerebral metastásico, causa inmediata del fallecimiento de la paciente.

Por todo este conjunto de datos se puede concluir que no existe relación de causalidad entre el funcionamiento del Servicio público sanitario y el resultado de muerte del paciente, produciéndose la actuación médica de modo ajustado a la "lex artis ad hoc" y prestándose atención sanitaria con los medios disponibles y adecuados al caso, de modo que el fallecimiento no tiene su causa en dichas actuación y atención, sino que es forzosa consecuencia del desarrollo de la enfermedad de la paciente, siendo inviable médicamente en la actualidad impedir las metástasis aparecidas y sus fatales efectos.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución se considera ajustada a Derecho, conforme se razona en el Fundamento IV.