



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 1 8 7 / 2 0 0 8

(Sección 1ª)

La Laguna, a 23 de mayo de 2008.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por R.R.S., en su propio nombre y en nombre y representación de M., A. y P.R.S., por daños ocasionados como consecuencia de error de diagnóstico (EXP. 181/2008 IDS)\*.*

## F U N D A M E N T O S

### I

El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Excm. Sra. Consejera de Sanidad, es una Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de la responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de Salud, Organismo Autónomo de la Comunidad Autónoma. De la naturaleza de esta Propuesta se deriva la legitimación del órgano solicitante, la competencia del Consejo y la preceptividad del Dictamen según los arts. 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación este último precepto con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPAPRP), aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

### II

1. En el presente expediente se cumple el requisito de legitimación activa de los reclamantes, al pretender el resarcimiento de un daño cuya causa imputan a la asistencia sanitaria que le fue prestada a su hermana a consecuencia de la cual, estiman, se ha producido su fallecimiento.

---

\* **PONENTE:** Sr. Lazcano Acedo.

Se cumple igualmente la legitimación pasiva de la Administración autonómica, actuando mediante el mencionado Servicio Canario de la Salud, titular de la prestación del servicio público a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

La reclamación fue presentada el 26 de septiembre de 2001, habiéndose producido el fallecimiento de la hermana de los reclamantes el 30 de agosto del mismo año, por lo que no puede ser calificada de extemporánea al no haber transcurrido, desde esta última fecha, el plazo de un año que al efecto prevé el art. 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-LPAC).

El órgano competente para instruir y proponer la Resolución que ponga fin al procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud, de conformidad con el art. 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los arts. 10.3 y 15.a) del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de la Salud.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 60.1.n) de la ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, añadido por la Ley 4/2001, de 6 de julio, de Medidas Tributarias, Financieras, de Organización y Relativas al Personal de la Administración Pública de Canarias.

## 2. (...)¹

A la vista de las actuaciones practicadas puede considerarse que se han observado los trámites legal y reglamentariamente previstos, con excepción del plazo para resolver, cuya demora no se encuentra justificada en el expediente. En este sentido, es de resaltar no sólo el tiempo transcurrido desde que tuvo entrada la reclamación en la Oficina de Defensa de los Derechos de los Usuarios Sanitarios hasta que fue remitida a la Secretaría del Servicio Canario de la Salud (desde el 26 de septiembre de 2001 hasta el 4 de febrero de 2003), sino el retraso en la tramitación del procedimiento desde que fue iniciado hasta la elaboración de la Propuesta de Resolución, transcurriendo en ocasiones meses entre los sucesivos trámites, que ha originado que el procedimiento se haya alargado durante más de cinco años.

---

¹ Texto suprimido al ser mera descripción de hechos y/o trámites.

La demora producida no impide sin embargo la resolución del procedimiento, pesando sobre la Administración la obligación de resolver expresamente, a tenor de lo establecido en los arts. 42.1 y 43.4.b) LRJAP-PAC.

### III

1. Según relatan los interesados en su solicitud, "el motivo de la denuncia es por el maltrato, mala educación y falta de profesionalidad y respeto hacia el paciente y familiares por parte del Dr. E.R.G. La paciente (I.R.S.) llegó con síntomas de dolor de cabeza y en muy mal estado general. El doctor, el cual atendió a dicha paciente, ordenó que por su propio pie (la paciente) se levantara, la cual tras muchos esfuerzos logró levantarse. El médico le diagnosticó, sin hacer ningún tipo de prueba, un simple dolor de cabeza, y le dijo a los familiares que: "Por un simple dolor de cabeza no se viene a urgencias". Tras esta contestación la familia le replicó que: "Qué hacemos con ella en casa con este dolor de cabeza tan agudo". A lo que el médico contestó que "si queríamos que él se la llevara a su casa". Tras esta contestación la familia se llevó a la paciente a su casa. Al día siguiente, la paciente murió por un tumor cerebral. Por este motivo los familiares quieren denunciar a ese doctor y demás equipos sanitarios por no haber detectado su enfermedad ese día ni muchos meses atrás cuando la paciente había asistido a su Centro sanitario quejándose de la cabeza. Sin tenerse en cuenta sus antecedentes familiares con enfermedades cancerosas".

2. y 3.<sup>2</sup>

### IV

La Propuesta de Resolución, con fundamento en los diversos informes obrantes en el expediente, desestima la reclamación presentada al considerar que no concurren los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración, al haberse adecuado la asistencia sanitaria prestada a la *lex artis*, sin que se evidencien signos de mala praxis en ninguna de las actuaciones médicas practicadas.

Como se ha relatado en los antecedentes, la paciente acudió en tres ocasiones a los Servicios sanitarios en el mes de mayo de 2001 (días 6, 7 y 8), presentando crisis de angustia y dolor abdominal, vómitos y mareos, siendo diagnosticada por estos

---

<sup>2</sup> Texto suprimido al ser mera descripción de hechos y/o trámites.

últimos síntomas de gastroenteritis aguda y pautándose tratamiento. No consta en el expediente que en estos momentos refiriera cefaleas.

La paciente no acude nuevamente a los Centros sanitarios hasta el 27 de agosto de 2001, fecha en que es atendida en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Tamaraceite, refiriendo cefaleas, vómitos y ansiedad, por lo que se pauta tratamiento y se remite a su médico de cabecera. Al día siguiente, debido a la presencia de vómitos frecuentes, solicita el Servicio Especial de Urgencias, cuyo facultativo emite un juicio diagnóstico de hiperemesis y cefalea. Horas después, ya en la madrugada del 29 de agosto, acude al Servicio de Urgencias del Centro de Salud de Tamaraceite, refiriendo malestar general, dolor abdominal y dolor de cabeza de tres días de evolución, por lo que es remitida al Hospital Dr. Negrín. En la exploración practicada, se observa auscultación cardiopulmonar normal, exploración abdominal normal, exploración neurológica normal y ausencia de signos meníngeos, por lo que se recomienda el reinicio del tratamiento que la paciente había abandonado y control por su médico de cabecera.

El 30 de agosto, la paciente entra en estado de coma encontrándose en su domicilio y es trasladada al Hospital Dr. Negrín donde, tras TAC de cráneo, se aprecia proceso expansivo de localización en hemisferio izquierdo, heterogéneo, con sangre en su interior, siendo diagnosticada de neoformación intracraneal con muerte encefálica. De acuerdo con el estudio anatomopatológico, la paciente padecía un astrocitoma de alto grado de malignidad.

La paciente fue tratada en las ocasiones en que acudió a los Centros sanitarios de acuerdo con los síntomas que en cada momento presentaba. Como señala el facultativo que atendió a la paciente en Atención Primaria, cuando acudió en mayo de 2001 a su consulta no refería cefaleas sino un cuadro de cansancio, tristeza, llanto, ansiedad y malestar no definido, hasta el punto de que se le diagnosticó cuadro depresivo reactivo a una situación familiar grave, por el que se le dio la baja, solicitando la propia paciente el alta a principios del mes de agosto.

En este mismo mes de mayo, la paciente acude a los Servicios de Urgencias de Atención Primaria y del Hospital Dr. Negrín ante la presencia de vómitos, mareos y dolor abdominal, que se estimaron compatibles con una gastroenteritis, para la que se le pautó el tratamiento adecuado.

Cuando a finales de agosto, cuatro días antes de su fallecimiento, acude nuevamente a los Servicios sanitarios es cuando refiere por primera vez cefaleas, junto con dolor abdominal y vómitos y con un cuadro de inestabilidad emocional

producido por la muerte de un familiar cercano. El diagnóstico fue de cefalea tensional, sin que en la exploración practicada se apreciaran alteraciones neurológicas ni otros síntomas acompañantes que hicieran sospechar la enfermedad padecida.

## V

1. De acuerdo con el informe del Servicio de Inspección, los tumores cerebrales primarios pueden destruir directamente células cerebrales y también pueden provocar daño indirecto a las células debido a la inflamación y compresión de otras partes del cerebro a medida que el tumor crece, causando edema cerebral y aumento de la presión intracraneal. El astrocitoma es un tipo de glioma, que son tumores que crecen a partir de los tejidos que sostienen y rodean a las células nerviosas.

Algunos tumores, indica, no muestran síntomas hasta que ya son bastante grandes y causan rápido deterioro de la función mental, mientras que otros se caracterizan por los síntomas progresivos lentos.

Los síntomas focales incluyen convulsiones focales, paresias (parálisis leve), afasias (dificultad en el habla), agnosias (dificultad para reconocer objetos), afección de pares craneales. Estos síntomas focales son producidos por la masa tumoral y también por el edema peritumoral.

Los síntomas generales se atribuyen a un aumento de la presión intracraneal, que puede estar producida por la propia masa tumoral, por el edema peritumoral por obstrucción del flujo del LCR, por obstrucción del sistema venoso cerebral o por un bloqueo de la absorción del LCR. Los síntomas generales incluyen trastornos mentales, cefaleas, náuseas y vómitos, mareos, convulsiones generalizadas y papiledema (inflamación de la papila óptica).

En pacientes con hipertensión endocraneal se observan con frecuencia síntomas y signos focales llamados de falsa localización. Estas manifestaciones se deben a la citada hipertensión endocraneal o al desplazamiento del tejido cerebral de un compartimento intracerebral a otro. Los más frecuentes son: Apatía, incontinencia urinaria y desequilibrio de la marcha (debidos a una hidrocefalia comunicante), parálisis uni o bilateral de VI par craneal (distorsión del VI par), ptosis, midriasis, hemiparesia ipsilateral y Babinski bilateral (enclavamiento del lóbulo temporal),

convulsiones focales o generalizadas y signos de afección corticospinal bilateral en tumores de fosa posterior.

El astrocitoma es un tumor que produce síntomas y signos generales, manifestándose inicialmente con alteraciones de conducta, cefaleas o convulsiones. Es además un tumor que aparece con más frecuencia en la infancia y entre los 30 y 50 años. En la mayoría de los casos son de baja malignidad, pero su situación no permite un acceso quirúrgico radical, por lo que su pronóstico es malo a excepción de los situados en el cerebelo donde la cirugía suele ser curativa. En la edad adulta los astrocitomas se localizan en los hemisferios cerebrales y predominan los de variedad anaplásica. Son tumores infiltrantes que se manifiestan por crisis epilépticas y déficit focales.

Para diagnosticar la presencia de un tumor cerebral e identificar su localización se pueden realizar las siguientes pruebas complementarias: Tomografía Axial Computerizada (TAC) de cráneo, Resonancia Magnética Nuclear (RMN) de cráneo, Electro-Encefalograma (EEG) y biopsia para confirmar el tipo de tumor.

La evolución natural del astrocitoma de alto grado de malignidad es la agresión expansiva por los tejidos circundantes.

Por lo que se refiere a la paciente, informa el Servicio de Inspección que la sintomatología que refería era, fundamentalmente, ansiedad, cefaleas, náuseas y vómitos. Procede seguidamente a valorar las etiologías de la cefalea y el vómito, señalando que como causa poco común de ambos se encuentra el tumor cerebral.

Señala que en el caso de la paciente el proceso estaba generando sintomatología de cefalea, náuseas y vómitos. El tumor estaba siendo tolerado con dicha sintomatología. Es cuando se produce la hemorragia intratumoral cuando el proceso expansivo produce un aumento brusco del tamaño tumoral y genera, en consecuencia, una subida rápida de la presión intracraneal con herniación transtentorial, produciendo el progresivo estado de coma con muerte posterior.

En el informe de Urgencias del día anterior al fallecimiento se informa que no se encuentra localización neurológica, no signos meníngeos y exploración neurológica normal.

En los informes médicos no consta que presentara alguno de estos síntomas que hicieran sospechar de algún proceso intracraneal, por lo que ante una paciente con cefalea y náuseas y vómitos no estaba indicado realizar alguna prueba

complementaria, como un TAC o una RMN de cráneo que hubiese diagnosticado el tumor.

Una cefalea debe preocupar médicamente y hacer sospechar de proceso intracraneal si viene acompañada de otros síntomas como trastornos visuales, trastornos del lenguaje, pérdida del equilibrio, confusión, pérdida de memoria, rigidez de nuca o traumatismo cráneo-encefálico previo. Las náuseas y el vómito deben ser causa de preocupación médica si vienen acompañados de otros síntomas como vómitos persistentes durante más de 24 horas, vómitos “en escopetazo” (violentos y rápidos), signos de deshidratación, sangre o bilis en el vómito, dolor de cabeza junto con rigidez en el cuello.

Por lo tanto, ante dicha sintomatología y exploración entiende que es razonable que el médico no sospeche la existencia de un proceso cerebral cancerígeno y, por lo tanto, que no solicite exploraciones complementarias para descartar un proceso tumoral intracraneal. Cuando la paciente es ingresada en el Hospital Dr. Negrín, en la Unidad de Críticos no se sospecha tumor cerebral, sino que la impresión diagnóstica es de accidente cerebrovascular; es decir, la primera impresión diagnóstica es de algún proceso de desarrollo brusco y por eso se solicita una prueba complementaria, un TAC craneal, donde se detecta el proceso tumoral expansivo y hemorrágico.

Por todo ello, concluye el Servicio de Inspección que la actuación de los facultativos del Servicio Canario de la Salud ha sido correcta porque entre la sintomatología que presentaba la paciente no se incluían síntomas como alteración de algunas funciones mentales, sobre todo, enlentecimiento y apatía, inestabilidad, convulsiones, crisis epilépticas generalizadas, edema de papila (hinchazón del nervio ocular a causa de la presión en el cerebro) rigidez de nuca, trastornos neurológicos, vómitos en escopetazo ni otros síntomas que hicieran sospechar un aumento de la presión intracraneal debido a un tumor cerebral. El tumor no dio más sintomatología hasta que no causó la hemorragia intratumoral que produjo la expansión del proceso, generando un rápido aumento de la presión intracraneal y posterior evolución, teniendo como resultado el fallecimiento de la paciente.

2. Sin embargo, en base tanto precisamente, y sobre todo, a datos proporcionados por el informe disponible, como, en relación con ellos, con los propios hechos descritos en él y que se han de dar como acreditados, asumiéndolos tanto los interesados, como la propia Administración, no puede acogerse la conclusión inicial a la que llega dicho informe, que esencialmente sirve para negar la

exigibilidad de la responsabilidad administrativa por ese motivo, de que el funcionamiento del servicio ha sido correcto. Esto es, que la asistencia a la afectada fue la adecuada en todo momento, a la vista de los síntomas que mostraba y la ausencia de otros no detectados, pese a pruebas efectuadas al efecto, propios del problema que efectivamente tenía, durante el tiempo de aproximadamente dos meses en que fue tratada.

Así, muchos de esos síntomas "ausentes" pueden deberse, como dice el informe, a que el desarrollo del tumor, cuya existencia es incuestionable, no había llegado a un punto de producir la presión o el efecto correspondiente necesario para generarlos, al menos claramente y, en particular, con carácter neurológico, surgiendo sólo en cuanto se produjo la reconocida hemorragia intratumoral. Sin embargo, no resulta razonable considerar, al menos de modo tan radical como hace la Administración, que no existiera ningún tipo, matiz o apariencia de la sintomatología específica derivada de un tumor en un estado tan evolucionado que, tras ser detectado produjo el fallecimiento del paciente en escasísimo tiempo; detección, por lo demás, que se hizo accidentalmente por el estado comatoso de la enferma.

En todo caso, la realidad es que aunque por separado los otros síntomas de la afectada pudieran no hacer indicar o aun sospechar la presencia de tumor cerebral, si bien tampoco lo descartan obviamente, tales como la cefalea, el cansancio generalizado, los mareos y los vómitos constantes, que incluso pudieran ser de la forma apuntada en el Informe, el hecho de aparecer todos ellos juntos y, además, persistentemente durante el tiempo en que la enferma fue asistida permite observar que, de acuerdo se insiste con el informe, se tenían datos o elementos de juicio suficientes para considerar la posibilidad, apreciable por los médicos asistentes, de que la enfermedad de la paciente no sólo no era una gastroenteritis o un problema meramente tensional, sino que, en especial al continuar reiteradamente la paciente acudiendo para ser tratada con esos síntomas, pudiera ser un tumor, incluso en un estado de desarrollo todavía incipiente o en un grado de presión intracraneal inapreciable, relativo o limitada, fácilmente detectable con los medios disponibles, máxime por su consistencia. Circunstancia que se refuerza por el dato de que la paciente advirtió que en su familia existían antecedentes de esa enfermedad, plasmados por demás recientemente.

Por tanto, no puede estimarse correcto el funcionamiento del servicio en este supuesto; podría considerarse alguna deficiencia en la asistencia a la paciente con los medios disponibles para tratar su dolencia efectivamente padecida.



Sin embargo, de nuevo de conformidad con el informe comentado y también con otros datos deducibles del expediente, siendo particularmente relevante el escaso período de tiempo en el que se desarrollaron los acontecimientos y el tipo de tumor padecido por la interesada, de rápido desarrollo y prácticamente inviable en su tratamiento, al menos operativo, ha de reconocerse que, aun cuando hubiere sido detectado en ese tiempo mediante las pruebas apropiadas al respecto, como el TAC que al final se practicó a la enferma, no hubiera podido detenerse entonces la evolución del tumor existente y, en esos momentos, el desenlace de muerte era inevitable.

Por tanto, en estos exactos términos y por este daño concreto no cabe exigir responsabilidad a la Administración sanitaria, pues, en definitiva, ese daño no se deriva del funcionamiento del servicio, aunque se estimase incorrecto en alguna medida, sino directa y esencialmente del padecimiento, incurable al menos en el momento en que se recabó tratamiento, que tenía la paciente; recordándose, por otro lado, que no se reclama por otro tipo de daños por los interesados, no acreditándose por éstos además su producción.

## CONCLUSIÓN

Por las razones expuestas en el punto 2 del Fundamento V y sin perjuicio de lo allí advertido sobre el funcionamiento del servicio, no existe en este supuesto responsabilidad exigible por los interesados derivada del fallecimiento de la afectada, procediendo en este sentido desestimar su reclamación.