Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 434/2011

(Sección 1ª)

La Laguna, a 14 de julio de 2011.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad en relación con la *Propuesta de Orden resolutoria del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por J.E.G.G., en nombre y representación de H.Á.T. y C.B.E., por el fallecimiento de su hija J.Á.B., como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 365/2011 IDS)*[*].

FUNDAMENTOS

I

1. Mediante escrito 20 de mayo de 2011, con entrada en este Organismo el 9 de junio de 2011, el Consejero de Sanidad solicita preceptivamente Dictamen por el procedimiento ordinario, al amparo de lo dispuesto en los arts. 11.1.D.e), 12.3 y 20.1 de la Ley 5/2003, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en relación con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de Responsabilidad Patrimonial (RPRP).

El Dictamen se solicita respecto de la Propuesta de Resolución que culmina el procedimiento de responsabilidad patrimonial de la Administración, tramitado ante reclamación indemnizatoria que presentan H.A.T. y C.R.E. por fallecimiento de su hija, que alegan es consecuencia de la asistencia prestada por parte del Servicio Canario de la Salud (SCS).

Los reclamantes entienden que la atención sanitaria fue deficiente toda vez que, realizados varios diagnósticos en relación con las dolencias de la paciente y usadas diversas terapias al respecto, tras cuatro años de atención sanitaria, se optó por la cirugía como medio curativo cuando era demasiado tarde ya para tratar la

[*] **PONENTE: Sr. Díaz Martínez.**

enfermedad que tenía realmente, un linfoma T periférico, no pudiéndose evitar entonces el fatal desenlace.

Por consiguiente, solicitan 201.455,30 euros en total, desglosados en 124.000 euros de indemnización por el fallecimiento, más 77.455,30 euros por los gastos ocasionados como consecuencia del traslado y tratamiento de la paciente a una clínica privada.

2. El procedimiento administrativo se ha tramitado con aplicación de las previsiones de índole legal y reglamentaria que regulan su tramitación, particularmente del citado RPRP, con las deficiencias ya expresadas por este Organismo en otros Dictámenes relativos a esta materia.

En particular, la reclamación ha sido interpuesta por personas legitimadas para ello, al ser los padres de la paciente fallecida, teniendo consideración de interesados que pueden iniciar este procedimiento**;** lo que se acredita mediante la aportación de la copia del libro de familia [art. 31.1.a) LRJAP-PAC].

Sin embargo, pudiera cuestionarse que el escrito de reclamación se presentara dentro del plazo de un año dispuesto al efecto (arts. 142.5 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, LRJAP-PAC, y 4.2 RPRP), iniciándose el cómputo del mismo al producirse el hecho que motiva la reclamación o manifestarse su efecto lesivo, aquí el fallecimiento de la paciente, que ocurrió el 26 de abril de 2007, mientras que el referido escrito tuvo entrada en el registro general del SCS el 2 de mayo de 2008.

Ahora bien, el 13 de noviembre de 2007 se dictó Resolución desestimando solicitud de reintegro de gastos, presentada por los ahora reclamantes, que no consta en las actuaciones, desestimándose asimismo por Resolución de 15 de enero de 2008 una reclamación previa a la vía civil, que erróneamente se tramitó como tal cuando debió ser calificada de reclamación de indemnización por responsabilidad patrimonial; razón por la que tanto los reclamantes, como la Administración y el propio instructor consideran que, pese a presentarse definitivamente, en la fecha ya indicada, el escrito correspondiente, propiamente formalizado, se hace en plazo, incluyendo tanto la indemnización por fallecimiento, como la previamente desestimada como reintegro de gastos.

Por lo demás, obran en el expediente diversos informes de Servicios cuyo funcionamiento se conecta con la presunta lesión indemnizable, como son los de Digestivo y Reumatología. Estos informes son de preceptiva solicitud, de acuerdo con

los arts. 82.1 LRJAP-PAC y 10 RPRP, pero, en realidad, los mismos se emitieron con ocasión del proceso clínico de la paciente, no habiéndose instado otros durante la tramitación del procedimiento de responsabilidad Así, no se han emitido los pertinentes informes por especialistas de dichos Servicios que confirmen, maticen o completen, en función de su específico fin y en relación con las alegaciones de los interesados (art. 78.1 LRJAP-PAC), los anteriormente existentes. Además, se aprecia, en todo caso, la inexistencia de informe del Servicio de Oncología, que no se recabó y que es relevante en este supuesto por los motivos que se expondrán y, desde luego, habida cuenta la causa del fallecimiento de la paciente.

Asimismo, se realizaron el trámite probatorio y el de vista y audiencia a los interesados que, sin embargo, no comparecieron.

El procedimiento viene concluso con la procedente Propuesta de Resolución, informada favorablemente por el Servicio Jurídico, de conformidad con el art. 20.j) de su Reglamento de Organización y Funcionamiento. La Propuesta desestima la reclamación presentada al considerarse que no concurren los requisitos exigibles, que conforman la responsabilidad patrimonial de la Administración. La emisión de la mencionada Propuesta se realiza habiendo vencido sobradamente el plazo resolutorio reglamentariamente previsto, sin motivo procedimental para ello y sin aparente justificación, en todo caso. No obstante, realizarla fuera de plazo no obsta para que se resuelva expresamente, existiendo obligación legal de hacerlo (arts. 42.1 y 43.1 LRJAP-PAC).

II

Los hechos relevantes en el presente caso son los siguientes.

1. Del 3 al 12 de junio de 2003 la paciente fue sometida a pruebas en hematología y reumatología, detectándose pancitopenia leve, aumento de la LDH y esplenomegalia leve con aspirado de medula ósea normal, por lo que se decide el ingreso para biopsia hepática y ocular por posible dermatomiositis, con intervención del Servicio de Reumatología, a donde acude la paciente el 12 de junio de 2003, confirmándose la dermatomiositis e indicándose pancitopenia a estudio.

El resultado del estudio anatomopatológico de 6 de junio de 2003 fue tejido fibroso y fascículos de músculo estriado con moderado infiltrado inflamatorio crónico perivascular, constituido por células linfohistiocitarias, confirmando el del día siguiente el discreto infiltrado inflamatorio inespecífico.

2. El 15 de marzo de 2004 ingresa en Reumatología por elevación de enzimas musculares y valoración de proteinuria, siendo diagnosticada de lupus eritematoso sistémico con miositis inflamatoria. En nuevo informe anatomopatológico de 3 de noviembre de 2004 se ratifica infiltrado celular de disposición perivascular constituido por linfocitos y elementos histiocitarios, demostrándose positividad para marcadores T (CD3+) en muchas de las células, algunas de las cuales tienen incluso CD30, confirmándose la población macrofágica previamente referida.

3. Del 1 al 11 de agosto de 2004 la paciente reingresa en Reumatología por elevación significativa de las enzimas musculares y descenso en los recuentos de las tres series hematológicas, diagnosticándose síndrome overlap (dermatomiositis juvenil/lupus eritematoso sistémico).

Vuelve al Servicio del 3 al 20 de mayo de 2005 por persistencia de actividad inflamatoria muscular, apreciándose pancitopenia secundaria a enfermedad de base y evidenciando en ECO de 10 de mayo de 2005 hepatomegalia y esplenomegalia. Además, hecha biopsia, se informa el 19 de mayo de 2005 que se visualiza un pequeño nódulo hipoecoico de 10 mm.

4. Ingresa de nuevo entre el 3 y el 10 de noviembre de 2006 por cuadro de dolor abdominal en fosa ilíaca derecha y fiebre, diagnosticándose probable neoplasia pendiente de confirmación anatomopatológica**.** En ECO realizada ese mes se apreció marcada hepatomegalia con múltiples imágenes nodulares que ocupan prácticamente todo el parénquima hepático que impresiona de metástasis, sin poder descartar otras posibilidades, con engrosamiento además del antro gástrico que puede indicar neoplasia. En realidad, las notas clínicas de la prueba son más determinantes al indicar marcadísimo engrosamiento de las paredes gástricas, sobre todo en el antro, con imágenes nodulares que cubren enteramente el parénquima hepático, sin tener nada sano; esplenomegalia de 22 cms; pequeñas adenopatías retroperitoneales; y masa palpable en epigastro de consistencia dura e indolora, de unos 3 cms.

En el informe de evolución de la paciente de 9 de noviembre de 2006 se alude de nuevo a la ECO antedicha y a una endoscopia digestiva, en la que se detecta gran úlcera de unos 2-3 cms con bordes irregulares y, en antro, gran masa infiltrativa, nodular y ulcerada, con estenosis no franqueable.

El TAC hecho el 15 de noviembre de 2006 indica neoformación gástrica infiltrante, aunque el de 18 de noviembre se informa que no evidencia masas que indiquen proceso neoformativo, ni agrandamientos ganglionares.

En esos momentos se prescribe a la paciente un nuevo tratamiento con un fármaco denominado Mabthera, utilizado en pacientes con cáncer, mediante inyección, con reacción negativa al aparecer vómitos y fiebre de 40 grados, pero sin que se efectuara enseguida el ingreso hospitalario, con deterioro continuo de la paciente hasta que se produjo aquél a través del Servicio de Urgencias en el mismo Hospital, con cuadro de dolor abdominal y fiebre.

5. El 2 de febrero de 2007 ingresa por hematemesis franca, apreciándose úlcera gástrica, con lesión ulcerada, e indicándose cirugía urgente por tumoración en antropiloro adherida en cuerpo de vesícula biliar íntimamente unida a hilio hepática y cabeza pancreática, pero sin invadirla, sin poderse asegurar masa libre de tumor a nivel de la sección duodenal por estar éste avanzado dentro del duodeno.

Por otro lado, el estudio anatomopatólogico del hígado, de 2 de marzo, evidencia infiltración linfoide atípica con presencia de células grandes de aspecto inmunoblástico y crecimiento difuso, existiendo positividad en ellas para CD3 y CD30, con conclusión de linfoma T periférico.

El 4 de febrero de 2007 es intervenida, realizándose gastrectomía ¾ y colecistectomía, permaneciendo tres días en el Servicio de Reanimación.

Efectuada ECO el 3 de marzo de 2007, se aprecian adenopatías en ligamento gastrohepático, mientras que el estudio de médula ósea de 13 de marzo indica significativo aumento de células estromales, lo que con frecuencia se halla asociado a neoplasias a término, sin encontrar infiltración linfomatosa ni de otro tipo, aunque ha de esperarse para confirmarlo a una biopsia medular. El TAC de 15 de marzo de 2007 muestra múltiples ganglios con captación patológica difusa, con acúmulos focales, difícil de valorar. Según informe anatomopatológico, de 27 de marzo de 2007, no se advierten infiltrados linfoides patológicos en la médula, aunque la ECO de 28 de marzo confirma múltiples adenopatías.

El Servicio de Reumatología corrobora el 28 de marzo de 2007, como juicio diagnóstico, linfoma T periférico en síndrome overlap.

6. Previa alta voluntaria, la paciente ingresa el 2 de abril de 2007 en la Clínica U.N. con importante deterioro del estado general y estado de desnutrición grave, siéndole diagnosticado también el 21 de ese mes linfoma polimorfo periférico de células T, falleciendo poco después.

III

1. La Propuesta de Resolución entiende procedente la desestimación al no apreciarse acción sanitaria causalmente relevante que pudiera justificar la exigencia de responsabilidad patrimonial, con base fundamentalmente en el informe del Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), de 28 de octubre de 2010.

Así, en dicho informe se observa que la sospecha de proceso neoplásico estaba presente en el seguimiento de la paciente, sugiriendo, las imágenes endoscópicas, en noviembre de 2006 neoformación gástrica infiltrante, al igual que el estudio mediante TAC, pero el estudio de biopsia fue *inespecífico*, sin datos de linfoma. Tal contradicción aconsejó nuevas tomas de material para biopsia y ulterior control en enero de 2007, informándose que no se visualizaba el engrosamiento de pliegues gástricos apreciado en el estudio previo. Por eso, aunque los reclamantes alegan la pertinencia de realizar en noviembre el tratamiento quirúrgico de resección gástrica, hecho después en marzo de 2007, ello no procedía al ser negativo dicho estudio anatomopatológico.

Por su parte, el informe del Servicio Jurídico advierte que, según informan los especialistas, la pancreatitis aguda final no se debió a la actuación sanitaria, sino por infiltración tumoral y enfermedad de base, síndrome de overlap, diagnosticado y tratado de inicio por el SCS. Así, la paciente era portadora de una enfermedad de base importante, con episodios de mejoría, pero que se encontraba muy deteriorada a consecuencia de dicha enfermedad, de modo que la necesaria relación de causalidad entre el fallecimiento y la asistencia prestada no resulta de la prueba practicada a instancia de la reclamante, ni de la documental obrante.

2. Pues bien, lo cierto es que, conforme evolucionaban sus padecimientos, la paciente recibió diversos diagnósticos según los síntomas y resultados clínicos, sin acertar plenamente sobre cuáles podrían ser sus posibles causas. Así, pese a las evidencias o datos resultantes de las pruebas efectuadas, algunos aparentemente contradictorios, pero nunca definitivamente y, además, obtenidos de forma reiterativa y progresiva, siendo patente el continuo deterioro de la paciente y el paulatino incremento de síntomas cancerígenos, no sólo no intervinieran directamente Servicios que en estas circunstancias parece que debieron hacerlo, como Oncología o, al menos, Digestivo en un momento temprano, sino que el proceso lo llevó el Servicio de Reumatología, hecho aparentemente inexplicable, sin contar siquiera consulta alguna con los otros Servicios. Y, congruentemente, desde luego, con este hecho, nunca se adoptaron aparentemente medidas para controlar el

problema sanitario que tales datos indicaban o hacían sospechar, incluso con mayor diligencia si cabe ante posibles datos contradictorios o no confirmatorios de otros previos, pues tanto en 2006, de forma clara, como aun en 2005 o en 2004 se detectaron células sospechosas de cáncer, un nódulo relevante u otros elementos relevantes, actuándose únicamente cuando la enfermedad estaba prácticamente en su último estadio y la paciente en estado terminal.

Se recuerda que la paciente fue diagnosticada de dermatomiositis juvenil en junio de 2003, enfermedad autoinmune que supone que el sistema inmunológico reacciona contra las propias células y tejidos, inflamándose órganos sin existir infección, siendo tratada con *prednisona*, de modo que, en ese momento, recibe tratamiento con un medicamento que incrementaba su inmunodeficiencia, aunque fuera entonces el correcto para la enfermedad detectada.

Sin embargo, parece obviarse que también se apreció en la paciente tejido fibroso y fascículos de músculo estriado, con infiltrado perivascular inflamatorio de células linfohistiocitarias, considerándose inespecífico y sin procederse a realizar comprobación alguna de su origen, ni mucho menos que éste pudiera ser tumoral.

En esta línea, en marzo de 2004 se le diagnostica lupus eritematoso sistémico, enfermedad que también altera el sistema inmunitario. Y el caso es que, en estado de inmunodepresión, se confirma en noviembre el infiltrado celular perivascular de linfocitos y elementos histiocitarios, con muchas células positivas para marcadores T, incluso algunas para CD30, con evidente población macrofágica ya indicada. Es decir, existían síntomas y aun datos de posible tumor, sin hacerse actuación o comprobación al respecto, ni siquiera consulta con Digestivo u Oncología.

Por el contrario y pese a tales datos, en agosto de 2004 se diagnosticó a la paciente síndrome overlap, que supone hepatitis autoinmune y cirrosis biliar primaria, caracterizado por la acumulación de hallazgos clínicos, analíticos, inmunológicos e histológicos, siendo su patogenia y tratamiento más adecuado actualmente desconocido. Y tampoco se comprobó entonces que la causa del deterioro del hígado, siendo ello compatible con la información disponible, fuese un tumor en otro sitio del cuerpo, máxime con la presencia, desde un principio, de pancetopenia o inmunodeficiencia por reducción de glóbulos rojos y blancos o plaquetas, asociable a proceso cancerígeno.

Es más, en mayo de 2005 la paciente presenta hepatomegalia, con aumento patológico del tamaño del hígado, e incremento de la inicial esplenomegalia o

agrandamiento patológico y anormal del bazo, indicativo de un deficiente funcionamiento del sistema tanto sanguíneo, como linfático y que puede deberse a afección por neoplasia maligna. En consecuencia, junto a los anteriores síntomas y datos ya conocidos, se une ahora éste para reforzar la eventualidad de enfermedad tumoral, a lo que se añade en esta misma línea la detección de nódulo hipoecoico mediante biopsia, sin que se procediera en consecuencia.

Esta situación se corrobora en noviembre de 2006, diagnosticándose probable neoplasia y determinándose por una ECO los hallazgos expresados anteriormente, siendo relevante tanto el estado enfermo del parénquima hepático, con nódulos de metástasis posible, como el engrosamiento del antro y otras paredes gástricas, confirmándose la esplenomegalia y, en especial, palpándose masa en epigastro o antro, con úlcera y estenosis no franqueable. Lo que se confirma en TAC del día 15 de noviembre de 2006, aunque el del día 18 parece contradecirlo; contradicción aparente que, vistos los datos anteriores, pudiera deberse a error en el informe, deficiencia en la realización de la prueba o distinta localización de la misma en relación tanto con los nódulos detectados, como con el engrosamiento y la masa o úlcera detectados por ECO, endoscopia y el anterior TAC.

Desde luego, tal singularidad diagnóstica no fue comprobada o confirmada, sin constar haberse hecho biopsia entonces, aceptándose la contradicción sin más, pese a lo expuesto y a que, como mínimo, los TAC en cuestión se realizaron en intervalos de apenas tres días, siendo razonable pensar que lo probablemente correcto debía ser el primero, al estar en la línea de otras pruebas precedentes, efectuadas tanto ese mismo mes, como en años anteriores.

Tampoco consta que, cuando menos, se realizara algún tipo de actuación clínica o terapéutica respecto a la úlcera detectada o las adenopatías retroperitoneales reflejadas, que, en cualquier caso, son reconocidos signos de la presencia de tumor, más que de enfermedad dermatológica autoinmune, que, como se dijo, se adicionan a los ya apreciados.

No es extraño, pues, que algo después la paciente ingresara por hematemesis franca, expulsando sangre por la boca por vómito procedente del aparato digestivo debido a que una úlcera péptica allí existente tocara un vaso sanguíneo o erosionase la pared del estómago o del duodeno.

Y, en efecto, existía tal úlcera, pero también algo más, indicándose entonces cirugía urgente por la tumoración descrita que estaba concretamente en el duodeno y en estado avanzado, repercutiendo en el hígado en la forma ya observada, y siendo

diagnosticada la existencia de linfoma T periférico, con realización de la operación correspondiente dos días después, sin éxito entonces obviamente, ni, pese a intentarlo a la desesperada, en clínica privada.

En este sentido, es lógico que la ECO hecha entonces evidenciara las adenopatías ya apreciadas y el aumento de células estromales asociadas a neoplasias en la médula ósea; esto es, a crecimiento anormal de células que genera neoplasma o tumor, manifestándolo tales adenopatías apreciadas meses antes como trastornos de ganglios linfáticos que son, con inflamación o tumoración, siendo la propia neoplasia compatible con la esplenomegalia existente desde años atrás, según se indicó.

En definitiva, se ha contado con diversos datos significativos de tumor que habían proporcionado varias pruebas realizadas entre 2004 y 2006, localizándose finalmente por un episodio casual aquél y permitiendo el diagnóstico final de linfoma causante, como enfermedad neoplásica desarrollada en el sistema linfático, el cual forma parte del sistema inmunitario, precisamente.

3. En resumidas cuentas y contra lo argumentado en la Propuesta de Resolución, además de no haberse al parecer hecho biopsia en noviembre de 2006, sino después de la intervención y respecto a la médula ósea, la realidad es que se tenían múltiples indicios tumorales proporcionados por pruebas de diverso tipo (ECO, TAC, biopsias, endoscopia), hechas a lo largo de tres años, cabiendo incluso sospechar la posibilidad de linfoma por estar afectado el sistema inmunitario.

Así, pese a todo ello y sin conocerse el motivo, incluso contradictoriamente con la enfermedad tratada y su efecto inmunodepresivo, se trabajó con síntomas de inmunodeficiencia y se atacó el síndrome diagnosticado, sin atenderse o comprobarse, y menos aún tratarse, los tumorales, presentes desde el principio y creciendo en cantidad y calidad, siquiera apreciando la conexión entre ambos padecimientos por inmunodepresión.

Aún admitiendo que la paciente fue asistida en todo momento cuando lo requirió y se le efectuaron múltiples pruebas diagnósticas, no hubo intervención alguna del Servicio de Digestivo, hasta la fase final de la asistencia, y, sobre todo y pese a los reiterados datos de las sucesivas pruebas, el de Oncología.

Por tanto, procede que se recaben informes de los Departamentos citados, en especial el segundo, a emitir por especialistas de los mismos en casos como el que aquí nos ocupa y a la vista del expediente, sobre los extremos que suscitan dudas

sobre la actuación que procedía realizar en este supuesto, en la línea expuesta precedentemente, cabiendo la sospecha de linfoma o, al menos, la detección del tumor en el duodeno en 2006 o aun antes, especificando si el cáncer pudo tener, en tal caso, tratamiento posible con cierto éxito o efectos positivos.

Consecuentemente, se ha de informar por los referidos especialistas sobre las siguientes cuestiones:

- Razones y efectos de la inactividad aparente relativa ante los indicios de operatividad tumoral desde el año 2003 al 2006 (células positivas, CD3+ y CD30, infiltraciones, esplenomegalia, nódulos, adenopatías, úlcera, engrosamiento de antro, masa), sin consulta alguna a los Departamentos de Digestivo, Medicina interna y, sobre todo, Oncología.

- Determinación de si dichos síntomas y los datos disponibles, especialmente reiterativos y en grado creciente, son suficientemente indicativos de la existencia o, al menos, sospecha de tumor en el hígado o el aparato digestivo, sea el estómago o el intestino, y, en su caso y por conexión con el sistema inmunitario, sugeridor incluso de linfoma.

- Explicación de la contradicción de resultados de pruebas diagnósticas, particularmente entre los TAC de 15 y 18 de noviembre de 2006, especialmente a la luz de las pruebas posteriores y, en todo caso, las anteriores, que apoyaban un resultado y no el otro, así como determinación de si, en estas circunstancias, debió comprobarse el motivo de que la última prueba contradijera las restantes y ello ocurriera no sólo ante las razonadas evidencias de lo contrario, sino en sólo tres días después de hacerse otra idéntica.

- Efectuada una endoscopia con el resultado conocido, determinar si procede repetir en una intervención exploradora, de este tipo o más importante, especialmente al estar corroborada aquélla por los resultados de otras pruebas, como en este caso ocurre mayoritaria y claramente, así como indicación de qué actuación se hizo respecto a la úlcera localizada antes del episodio de hematemesis.

- Efectos favorables para la curación o mejora del cáncer de la afectada, un año antes, de una intervención como la realizada, indicando si hubiese tenido oportunidad de salvar la vida, tener posibilidades de alargarla cierto tiempo o, en todo caso, mejorar la calidad de la esperable.

4. Emitidos los anteriores informes, procede efectuar el trámite de vista y audiencia a los interesados y, posteriormente, emitir la Propuesta de Resolución correspondiente, que se remitirá a este Consejo para su Dictamen.

C O N C L U S I Ó N

Procede retrotraer el procedimiento para realizar los informes y actuaciones señaladas en los apartados 3 y 4 del Fundamento III.