



Consejo Consultivo de Canarias

## D I C T A M E N 6 1 / 2 0 1 3

(Sección 2ª)

La Laguna, a 7 de marzo de 2013.

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 M.C.M.B., en nombre y representación de M.D.L.E., por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 30/2013 IDS)\*.*

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

### I

El objeto del presente Dictamen, solicitado por la Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial de un Organismo Autónomo de la Administración autonómica.

De la naturaleza de esta propuesta se deriva la legitimación del órgano para solicitarlo, la competencia del Consejo para emitirlo y la preceptividad de su solicitud, según los artículos 12.3 y 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias (LCCC), en relación este último precepto con el art. 12 del Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial (RPAPRP).

### II

1. M.D.L.E. presenta reclamación de indemnización por responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria al considerar inadecuada la asistencia recibida en su momento.

---

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

Según el escrito de la reclamación, su pretensión se basa en los siguientes hechos:

- En verano de 2002 comenzó a sufrir agudos dolores abdominales, acompañados de hemorragias frecuentes; razones por las que acudió a su Centro de Atención Primaria en numerosas ocasiones, hasta que fue remitida al Servicio de Ginecología del Centro de Atención Especializada que, a su vez, la derivó al Servicio de Consultas Externas del Complejo hospitalario Materno-Infantil. Fue diagnosticada entonces de miomatosis uterina y alteraciones menstruales y tratada con antalgin y en algunas ocasiones con fastun y nolotil.

- A partir de ese momento se sucedieron continuas asistencias y pruebas, tanto en urgencias como en especialidades hasta que, ingresada en el hospital el 12 de enero de 2004 por un insoportable dolor abdominal con metrorragia, se le diagnostica una insuficiencia renal obstructiva con afectación de trígono vesical, nefrostomía izquierda, sospecha de carcinoma de endocervix en estadio IIIb y probable infección urinaria, por lo que se la deriva al Servicio de Oncología el 23 de febrero.

- El 3 de abril de 2003, casi un año antes del citado diagnóstico, había sido incluida en lista de espera a fin de practicársele una histeroscopia (HSK) diagnóstica, prueba que estima hubiera sido determinante a la hora de posibilitar un diagnóstico precoz y por tanto aminorar o incluso detener los efectos de la enfermedad que padece. No fue citada sin embargo hasta más de un año después, cuando el 12 de abril de 2004 se le remite mediante correo certificado comunicación de la fecha programada al efecto.

La prueba, sin embargo, no se realiza porque, en febrero de 2004, efectuadas biopsias que informaban de carcinoma epidermoide infiltrante y sostenidos marcadores tumorales determinantes, se realizan ecografías abdominales y resonancia magnética que concluyen la existencia de ureterohidronefrosis bilateral grado II (izq.) y grado I (dcha.), con uréter dilatado a nivel de pelvis, masa de situación anterior que contacta con el cérvix y cara posterior de la vejiga y edema mamelonado que interesa la totalidad del trígono.

La reclamante sostiene que, de haber sido atendida en su momento con la celeridad y urgencia que el diagnóstico provisional de febrero de 2003 permitía presumir, sin haber permanecido en lista de espera más de un año a dichos efectos, se hubiera detectado, tratado y detenido la enfermedad y no se hubiera extendido como lo ha hecho, con nefasta evolución y fatal pronóstico como el ahora obtenido.

2. En el presente procedimiento la reclamante, que actúa por medio de representante, ostenta la condición de interesada en cuanto titular de un interés legítimo, puesto que alega haber sufrido daños como consecuencia del funcionamiento incorrecto de un servicio público, pudiendo, por tanto, iniciar el procedimiento. La representación conferida consta además debidamente acreditada en el expediente. No obstante, consta en el expediente su fallecimiento y la continuación de las actuaciones por parte de su hija, quien ostenta igualmente la condición de interesada.

Se cumple por otra parte la legitimación pasiva de la Administración autonómica, como titular de la prestación del servicio público en orden a tramitar y resolver la reclamación presentada, a cuyo funcionamiento se vincula el daño.

La reclamación tuvo entrada en el Registro General del Servicio Canario de la Salud el 21 de enero de 2005, habiéndose efectuado la asistencia prestada a partir del día 3 de abril de 2003 y no constando en la historia clínica haber causado alta en el momento de presentación de su solicitud. No puede por ello ser calificada de extemporánea, con prescripción del derecho a reclamar, al no haber transcurrido el plazo de un año que al efecto prevé el artículo 142.5 LRJAP-LPAC.

El órgano competente para instruir y proponer la resolución que ponga fin a este procedimiento es la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS), de conformidad con el artículo 15.1 del Decreto 212/1991, de 11 de septiembre, de Organización de los Departamentos de la Administración Autonómica, en relación con los artículos 10.3 y 15.1 del Decreto 32/1995, de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento del Servicio Canario de Salud. No obstante, mediante Resolución del Director del Servicio Canario de la Salud se delegó en los Directores Gerentes de los Hospitales de las Áreas de Salud de Tenerife y Gran Canaria y Gerentes de Servicio Sanitarios de La Palma y Lanzarote la competencia para la tramitación de los expedientes de responsabilidad patrimonial que deriven de su ámbito de actuación, por lo que en el presente caso la instrucción del procedimiento, una vez admitida a trámite la reclamación, se ha llevado a cabo por la Dirección Gerencia del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno-Infantil de Gran Canaria.

La resolución de la reclamación es competencia del Director del citado SCS de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 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.

3. En relación con este asunto ya emitió este Consejo su Dictamen 378/2012, de 31 de julio, en el que se concluyó en la necesidad de retrotraer las actuaciones a fin de recabar determinados informes complementarios, al no considerarse adecuadamente fundada la Propuesta de Resolución culminatoria del expediente entonces remitido.

Una vez completada la instrucción en los términos indicados en el citado Dictamen, con audiencia a la interesada, y elaborada una nueva Propuesta de Resolución, se ha sometido ésta a la consideración de este Organismo.

### III

1. Por lo que se refiere al fondo del asunto, constan en el expediente los siguientes antecedentes:

- El 28 de octubre de 2002 la reclamante acude al Servicio de Urgencias de Atención Primaria por dolor en hipogastrio. Realizada exploración física y test (sangre +++++, leucocitos ++), se establece el diagnóstico de infección del tracto urinario (ITU) y se recomienda tratamiento.

Al día siguiente es derivada por su médico de Atención primaria al ginecólogo del Centro de Atención Especializada (CAE).

- Es vista por el ginecólogo el 31 de enero de 2003: no antecedentes oncológicos ginecológicos familiares, dismenorrea hace 4 meses, reglas 6723 con manchas intermenstruales.

A la exploración física vulva y vagina normal, cérvix de multípara. Por detrás en unión vaginocervical se palpa engrosamiento leve (sinequia). Útero en AVF globuloso móvil. Anejos no se palpan.

Se realiza eco: útero en AVF regular, en cavidad endometrial a nivel del fundus se parecía lo que impresiona pólipo. En cara posterior de cérvix mioma de 16 mms, ovarios de tamaño y estructura normales.

Se solicita colpocitología y HSK dx (histeroscopia diagnóstica). Se indica en la historia que la paciente no desea realizarse HSK por el momento, se lo pensará.

La colpocitología fue informada negativa. En el informe de citología, de 7 de marzo de 2003, consta "valor microbiológico: flora mixta. Valor morfológico: cambios reactivos asociados a inflamación".

- En fecha 20 de febrero de 2003 consta en la historia clínica de Atención Primaria que el ginecólogo le solicitó histeroscopia y ella tiene miedo de realizársela. El médico de cabecera hace interconsulta a ginecología para que la paciente acuda a dar su conformidad, porque al principio se negó a su realización.

- En fecha 3 de abril de 2003 la paciente acude porque desea realizarse la histeroscopia, por lo que se efectúa solicitud al Hospital materno Infantil.

- Realiza consultas en Atención Primaria en fechas 1 de septiembre, 13 de octubre y 17 de diciembre de 2003 para repetir medicación, sin que consten referencias a procesos ginecológicos.

- El 16 de diciembre de 2003 la paciente acude a la consulta de ginecología porque no la han llamado para la histeroscopia. No está en lista de espera y la petición se encuentra en la historia clínica. El ginecólogo la lleva en mano. Ha empeorado la sintomatología.

- El 9 de enero de 2004 acude a su médico de Atención Primaria: molestias al deglutir, cervicobraquialgia severa, dolores de ovario con la menstruación y dolores en miembros inferiores y en zona esofágica. Se le administra medicación intravenosa.

- El 10 de enero de 2004 a las 00:30 horas acude al Servicio de Urgencias de Atención Primaria, desde donde es remitida al Hospital Insular por dolor abdominal. Acude al Servicio de Urgencias de este Centro hospitalario a las 01:02 horas del día 11 de enero.

En función de los resultados de la exploración física se decide su ingreso y, tras la realización de diversas pruebas diagnósticas, fue diagnosticada el 29 de enero de 2004 de carcinoma de cérvix-endocérvix IIIb.

- La paciente recibió tratamiento con radioterapia y quimioterapia que finalizó el 15 de marzo de 2004, encontrándose sometida a controles posteriores. En revisión de 9 de noviembre de 2004 se objetiva recaída en adenopatía paraórtica izquierda (recaída ganglionar paraórtica), constando en el expediente su fallecimiento en fecha que no se determina.

2. La interesada en el presente procedimiento fundamenta la responsabilidad patrimonial de la Administración sobre la base de considerar que su enfermedad agravada y de mal pronóstico se debe a no haber sido atendida en su momento con la celeridad y urgencia que el diagnóstico provisional de febrero de 2003 permitía presumir, sin haber permanecido en lista de espera más de un año a dichos efectos.

La Propuesta de Resolución, sin embargo, desestima la reclamación, negando la existencia de relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio y el daño sufrido por cuanto que, de acuerdo con la documentación clínica y los informes médicos obrantes en el expediente, la asistencia médica prestada no aparece revestida, en ningún caso, de negligencia, ni se efectuó con falta de los medios diagnósticos precisos en cada momento.

Resulta determinante a estos efectos desestimatorios el informe del Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología antes indicado, que señala:

*“(...) En su primera visita se pensó en una patología intracavitaria y por ello se pidió una histeroscopia. La histeroscopia es una técnica diagnóstica cuya finalidad es el diagnóstico de patología en la cavidad uterina, no es un método diagnóstico que sirva para diagnosticar un carcinoma de cérvix (no es una zona anatómica que se analice en la práctica de una histeroscopia).*

*Para el screening de un cáncer de cérvix se utiliza la colpocitología, que a esta paciente se le practicó en su primera visita y el resultado fue de normalidad.*

*En respuesta a las preguntas concretas del Servicio de Inspección, expone:*

*1. Es posible un diagnóstico precoz de la enfermedad y la técnica adecuada para ello es la colpocitología, en ningún caso la histeroscopia.*

*2. No existe ninguna relación de causalidad entre el carcinoma de cuello que presenta la paciente y la realización de una histeroscopia. Si existiría en el caso de que lo que no se hubiese realizado hubiese sido la colpocitología (que sí se realiza en tiempo adecuado).*

*3. Se traspapeló la petición de histeroscopia, pero el retraso en la realización de la misma no tiene ninguna relación con la patología actual de la señora”.*

En este informe se considera que en la paciente se han sumado dos procesos no coincidentes en el tiempo.

Estas consideraciones acerca de la adecuación de la asistencia sanitaria prestada a la reclamante son compartidas por el Servicio de Inspección en su informe, en el que se sostiene que:

- La paciente, cuando acudió por primera vez al ginecólogo el 31 de enero de 2003, presentaba una clínica sugerente de miomas, lo que sugiere también la ecografía practicada tanto en esa fecha como en la practicada en enero de 2004.

Ante los resultados de esta exploración y ecografía se solicita histeroscopia diagnóstica y colpocitología. Esta última, que es la técnica indicada para screening de cáncer de cérvix, arrojó resultados de normalidad.

La histeroscopia está indicada para el diagnóstico de patología en la cavidad uterina, como es el caso de miomas y no está indicado para el diagnóstico del cáncer de cérvix.

- La paciente rechaza la realización de la histeroscopia en el momento de su indicación. Por tanto, desde el 31 de enero hasta el 3 de abril de 2003, que acude nuevamente para dar su conformidad, la prueba no se realiza por causa no imputable a los servicios sanitarios.

Sí es responsabilidad de los servicios sanitarios el hecho de que durante el periodo de ocho meses -3 de abril a 16 de diciembre de 2003- no se tramitara la solicitud de la prueba por quedar en la historia clínica. Si tenemos en cuenta el tiempo que transcurre, aproximadamente cuatro meses, entre la fecha que el especialista lleva en mano la solicitud, 16 de diciembre de 2003, y la fecha en que se localiza a la paciente para la realización de la misma, 4 de abril de 2004, de haberse tramitado la solicitud en tiempo la prueba se hubiera realizado en el mes de agosto de 2003, es decir, cinco meses antes, de establecerse el diagnóstico de cáncer (enero de 2004).

No obstante, a la vista de la ecografía y de la colpocitología de enero de 2003, de la infección HPV (virus del papiloma humano) de tipo 18 que se diagnosticó a la paciente a través de un estudio molecular de 29 de enero de 2004, de la finalidad de la histeroscopia y su papel en el diagnóstico del cáncer de cérvix se concluye que no existe relación de causalidad entre el carcinoma de cuello que presenta la paciente y la realización de una histeroscopia. La prueba indicada para el screening de este proceso sí se realizó y resultó negativa en su momento.

- En las sucesivas consultas que la paciente hace a los servicios de atención primaria desde el 3 de abril de 2003 a enero de 2004 no consta manifestara síntomas de origen ginecológico. El ingreso hospitalario en enero de 2004 se produce con orientación diagnóstica de dolor abdominal, infección urinaria, colecistitis e IR. La eco pone de manifiesto imágenes que impresionan de mioma, además de la ureterohidronefrosis e imágenes quísticas en ovarios.

En definitiva, estima que el retraso en la realización de la histeroscopia no tiene relación con la patología actual de la paciente, destacando que la colpocitología, técnica adecuada para el diagnóstico precoz del cáncer de cérvix, fue normal.

A iguales conclusiones llega el Jefe de Servicio de Toco-Ginecología del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, en su informe emitido a los efectos de cumplimentar la información adicional solicitada por este Consejo en su Dictamen 378/2012.

Estima este facultativo que el informe de citología refiere que la muestra es la adecuada para valoración, por lo que en ese momento se puede deducir que no se observan células que indiquen alteración ni en la proliferación ni en la diferenciación del ectocervix ni endocervix. El que se encuentren cambios reactivos asociados a inflamación, junto a la existencia de flora mixta no es indicativo de proceso oncológico.

Añade que lo que estaba indicado dada la observación ecográfica de un posible pólipo en fondo uterino era lo que se indicó, una histeroscopia, que es el método diagnóstico indicado para la patología endometrial que justificara el sangrado escaso intermenstrual. Explica que la histeroscopia es una técnica de visualización de la cavidad uterina, que su aplicación principal es el diagnóstico de los procesos sospechosos de anomalías endometriales. Por lo tanto, no es adecuado para el screening del cáncer de endocervix ni para el diagnóstico precoz del mismo.

Los informes resultan pues coincidentes en que la prueba diagnóstica adecuada para la detección del cáncer de cérvix es la colpocitología, que fue realizada a la paciente con resultados de normalidad, siendo las muestras analizadas suficientes a estos efectos, según se refiere en el último informe citado. La paciente no presentaba pues en enero de 2003, de acuerdo con los informes señalados, la patología finalmente diagnosticada.

Son igualmente coincidentes estos informes en la valoración de la idoneidad de la histeroscopia diagnóstica, inapropiada para la detección del cáncer de cérvix.



Sobre la base de esta inadecuación para el diagnóstico, concluyen que el retraso que se operó en su práctica, debido a un mal funcionamiento del servicio sanitario, no tuvo incidencia alguna en orden a la detección del cáncer padecido y su evolución posterior.

Todo ello permite a su vez a la Propuesta de Resolución concluir que la asistencia prestada a la paciente fue en todo momento conforme a la *lex artis*, pues se pusieron a su disposición y se practicaron las técnicas diagnósticas que en cada momento requería, de acuerdo con la sintomatología presentada.

3. Sin embargo, lo actuado durante la instrucción del procedimiento no se considera por este Organismo suficiente a los efectos de decidir acerca de la adecuación a la *lex artis* de la asistencia sanitaria prestada. En este sentido, ya en nuestro Dictamen 378/2012 se consideró precisa la emisión de un informe complementario aclaratorio de otros extremos que se consideraron entonces, y se consideran ahora, fundamentales para alcanzar una conclusión debidamente fundamentada acerca de la existencia o inexistencia de la responsabilidad patrimonial de la Administración. En este sentido, señalamos entonces que *es precisa la emisión de informe complementario, a emitir por especialista en ginecología distinto de los intervinientes hasta el momento, por el que, a la vista de las actuaciones, especialmente la historia clínica y la asistencia efectuada, se determinen las siguientes cuestiones:*

*- Según el informe del Jefe del Servicio, la colpocitología practicada, prueba apropiada para detectar posible cáncer, tuvo resultado de normalidad. Pero en el informe de citología del 7 de marzo de 2003, en su apartado sobre adecuación de la muestra, se señala que el material para valoración citológica es adecuado, pero limitado por sangrado excesivo, mientras que, en el de valor morfológico, se advierten cambios reactivos asociados a inflamación.*

*Por tanto, es pertinente que se informe sobre si, con la limitación reseñada "por sangrado excesivo" y, además, "la existencia de cambios morfológicos por inflamación", cabe afirmar un resultado indubitadamente negativo de la prueba para la presencia o sospecha siquiera de cáncer o, como se afirma, de absoluta normalidad al respecto en la paciente. Y, consecuentemente si, dadas las señaladas circunstancias y habida cuenta de que la sintomatología de la paciente hacía apropiada la práctica de esta prueba, procedía repetirla o, al menos,*

*complementarla con otras pruebas diagnósticas para descartar completamente que la paciente padecía la enfermedad que poco después se le diagnosticó.*

*- Dada la evolución de la paciente, el especialista ha de pronunciarse sobre la pertinencia de efectuar nuevas pruebas de este tipo tras cierto intervalo de tiempo, a la luz de los datos disponibles y los síntomas de la paciente, particularmente habiéndose apreciado mediante ecografía un mioma de 16 mms. en cara posterior de cérvix. Además, debe aclararse si este dato puede ser indicativo de error en el diagnóstico inicial de normalidad o es, como mínimo, suficiente para hacerlo objetivamente dudoso.*

*- En relación con la histeroscopia y aun admitiendo, según se informa, que no es un método diagnóstico para el screening del cáncer de cérvix, es necesario que se informe de que esta prueba en ningún caso puede revelar la presencia de anomalías o indicios que pudieran sugerir el padecimiento de la citada patología, de tal forma que su no realización por negligencia administrativa, con demora injustificada y determinante de su ineficacia, puede asegurarse que no tiene incidencia alguna para detectar el cáncer ya existente; es decir, que, estando éste presente o incipiente cuando debió realizarse, no se hubiera obtenido ningún dato o indicio al respecto de haberse hecho.*

En efecto, no sólo no es completa y determinante la respuesta a la primera cuestión planteada, sino que tampoco se contesta adecuadamente a la cuestión de si la práctica de histeroscopia pudiera evidenciar la presencia de alguna anomalía en la paciente que pudiera sospechar un proceso oncológico, aún en el entendido de que no es la prueba diagnóstica idónea para la detección de la patología padecida por la reclamante, pero que requería en todo caso que por el facultativo se observara, durante su práctica, a la paciente. Con ello, el retraso en cinco meses para su realización pudiera tener relevancia en orden a una posible detección precoz del cáncer padecido, de haber inducido su práctica a la detección de la patología.

Además, no se responde cumplidamente a las restantes cuestiones que se plantean. Así, en relación con la procedencia de la práctica de otras pruebas diagnósticas complementarias para descartar completamente que la paciente padecía la enfermedad que poco después se le diagnosticó; sobre la pertinencia de efectuar nuevas pruebas de este tipo tras cierto intervalo de tiempo, a la luz de los datos disponibles y los síntomas de la paciente, particularmente habiéndose apreciado mediante ecografía un mioma de 16 mms. en cara posterior de cérvix y,

finalmente, si este dato puede ser indicativo de error en el diagnóstico inicial de normalidad o es, como mínimo, suficiente para hacerlo objetivamente dudoso.

En definitiva, dados los resultados insuficientes e insatisfactorios de los informes emitidos, se entiende pertinente, en todo caso, la emisión de nuevos informes complementarios de ginecólogo y de oncólogo acerca de los mismos extremos que los reseñados en el Dictamen precedente.

Efectuada esta información complementaria se dará traslado a la interesada en trámite de vista y audiencia a los efectos procedentes, formulándose consecuente Propuesta de Resolución a ser dictaminada por este Organismo

## C O N C L U S I Ó N

Por los motivos expresados, no considerándose adecuadamente fundada aun la Propuesta de Resolución analizada, procede retrotraer el procedimiento en orden a realizar, como se expone, los trámites de instrucción indicados, con solicitud de Dictamen sobre la Propuesta de Resolución que por fin se formule.