



Consejo Consultivo de Canarias

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

(Sección 1ª)

La Laguna, a 1 de marzo de 2018.

Dictamen solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad del Gobierno de Canarias en relación con la *Propuesta de Resolución del procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de indemnización formulada por (...), por daños ocasionados como consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario (EXP. 27/2018 IDS)**.

F U N D A M E N T O S

I

1. El objeto del presente Dictamen, solicitado por el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad, es la Propuesta de Resolución de un procedimiento de responsabilidad patrimonial extracontractual del Servicio Canario de la Salud (SCS), iniciado el 18 de mayo de 2015 a instancia de la representación de (...), por los daños sufridos como consecuencia de la asistencia prestada por el SCS.

2. De estimarse la reclamación, la cuantía de la indemnización excedería de 6.000 euros, lo que determina la preceptividad del Dictamen, la competencia del Consejo Consultivo de Canarias para emitirlo y la legitimación del Excmo. Sr. Consejero de Sanidad para solicitarlo, según los arts. 11.1.D.e) y 12.3 de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias, en relación el primer precepto con el art. 142.3, de carácter básico, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), que, en virtud de la Disposición transitoria tercera a) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, es la normativa aplicable porque a la entrada en vigor de esta el presente procedimiento ya estaba iniciado.

* Ponente: Sr. Lorenzo Tejera.

3. Concurren los requisitos de legitimación activa y pasiva y no extemporaneidad de la reclamación.

4. El órgano competente para instruir y resolver de este procedimiento es la Dirección del 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.

No obstante, mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 (BOC nº 4, de 8 de enero de 2015) de la Directora del Servicio Canario de la Salud, se delega en la Secretaria General la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial que se deriven de la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Canario de la Salud.

5. Conforme al art. 13.3, 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, el plazo máximo para la tramitación del procedimiento es de seis meses, plazo que en el presente procedimiento se ha superado ampliamente; no obstante ello, esta demora no impide que se dicte la resolución porque la Administración está obligada a resolver expresamente, aun vencido dicho plazo, en virtud del art. 42.1 de la LRJAP-PAC, en relación con los arts. 43.3, b) y 142.7 de la misma.

6. En la tramitación del procedimiento no se aprecia que se haya incurrido en deficiencias formales que, por producir indefensión a la interesada, impidan un pronunciamiento sobre el fondo de la cuestión planteada.

II

1. La reclamación la funda en los siguientes hechos:

Tras haber acudido por primera vez el día 2 de febrero del 2014 a la consulta del endocrino (derivada por su médico de A.P.) por síntomas de pérdida de peso, picores y bocio de tamaño exagerado, este solicita ecografía y PAAF en marzo de 2014. Según refiere, con este diagnóstico el facultativo le comunica que lo que tiene es un nódulo benigno (...). «por lo que no da ninguna solución ni tratamiento, que en caso de que siga creciendo acuda a mi médico de cabecera».

Como los picores, molestias y tamaño del bocio seguían creciendo acudía insistentemente a su MAP y solicita una segunda opinión. Después de 8 meses el Servicio de Cirugía del Hospital de Fuerteventura le remite al Hospital Insular de Gran Canaria (Servicio de Endocrinología) donde después de la primera visita deciden

ingresarla de urgencia porque los síntomas, pérdida de peso, picores a los que el facultativo del Hospital de Fuerteventura no le dio importancia y bocio, eran claros indicios de la enfermedad que en la actualidad está atravesando. Tras realizarme ecografía, PAAF y biopsia, le diagnosticaron Linfoma de Hodking III.

Señala así mismo que como consecuencia de la ausencia del diagnóstico se ha agravado su enfermedad y especifica como lesión «voluminoso aumento de tamaño de la glándula tiroides con unos diámetros aproximados de 9,7 x 3,8 x 9 cm con extensión intratorácica que se debe a un linfoma de Hogking de tipo clásico, subtipo esclerosis nodular estadio III».

2. El Servicio de Inspección y Prestaciones (SIP), a la vista de la historia clínica y de los informes obrantes en el expediente, expone los hechos relevantes de la siguiente manera:

1.- En junio de 2013, la reclamante acude a su médico de cabecera que observa abultamiento parte inferior de cuello y solicita radiología de tórax, ecografía de tiroides y analítica.

En julio de 2013 el médico valora una analítica normal y una radiografía de tórax igualmente normal, y anota que la paciente lleva un año con el cuello hinchado.

La paciente es remitida por el médico de cabecera el 1 de julio de 2013, a Consulta Externas de Endocrinología del Área Sur de Fuerteventura para estudio de bocio no especificado (agrandamiento de la glándula tiroidea, glándula que está situada en la parte superior y anterior de la tráquea y que segrega hormonas) detectable a simple vista, con pruebas analíticas normales.

Fue valorada por el endocrinólogo el 2 de enero de 2014, en el Hospital General de Fuerteventura, y tras constatar un bocio mediano, se da una segunda cita, ya con nuevas pruebas analíticas a valorar el 1 de febrero de 2014.

Tras ver resultados analíticos y la ecografía efectuada en agosto de 2013, ante diagnóstico ecográfico de bocio multinodular (cuando el aumento es irregular en forma de uno o más lóbulos), sin muestras de malignidad, se decide punción-biopsia (o sea PAAF con biopsia) programada el 7 de marzo de 2014.

Esta es una técnica diagnóstica que consiste en la punción y posterior aspiración de un determinado tejido mediante el uso de una jeringa larga y fina para su análisis posterior. En ocasiones se requiere de técnicas diagnósticas, como en este caso, que empleó la ecografía, o sea se efectuó una punción guiada.

En esta prueba el médico pudo observar la glándula, de nuevo por medio de la ecografía. En esta biopsia realizada y guiada ecográficamente se hacen 9 pinchazos con 9 tomas de tejido para analizar, realizó la prueba el médico Radiólogo y el Endocrinólogo.

El resultado fue una anatomía patológica donde se verifica en las nueve tomas, material hemático.

Se cita el 28 de marzo para informar para el resultado de los PAFF.

Se informa a la paciente que según todos los datos no se sospecha malignidad: la posibilidad de benignidad es de más del 95%.

No habían crecido los nódulos, la ecografía no daba ningún criterio de malignidad, los análisis eran normales.

Así se planteó la posibilidad de operar a la paciente si en la próxima ecografía de control crecieran más de 4 cm (los nódulos desde agosto de 2013 seguían con un tamaño de 3 cm. sin variar).

No olvidemos que se realizó ecografía, por segunda vez al puncionar el tiroides. Se da nueva cita para noviembre de 2014.

2.-La interesada acude en agosto de 2014 a su médico de cabecera y éste anota que el tiroides ha aumentado de tamaño, además remite a Dermatología por prurito generalizado y a Endocrinología.

Ambas interconsultas son cursadas de forma normal el 18 de agosto, escribiendo el médico de cabecera en su historia clínica, «le ha crecido el bocio en los últimos cuatro meses de una manera intensa» y vuelve a hacer otra consulta a Endocrinología.

3.-La paciente, con fecha 26 de agosto de 2014, solicita una segunda opinión al Servicio de Endocrinología. El 4 de septiembre de 2014 solicita informe al doctor Varilla, quien realiza el informe médico el 12 de septiembre de 2014.

En dicho informe refleja lo ya expuesto anteriormente, que se solicita una ecografía en seis meses, tras la primera visita, que ya estaba solicitada una punción, y un nuevo control en el mes de noviembre para ver la evolución.

También anota en dicho informe que tras este estudio, ante la mínima sospecha será remitida al Comité de Nódulos de Tiroides del Hospital Insular de Las Palmas, para que sea valorada una intervención quirúrgica.

El endocrinólogo anota que no fue instado a ningún control posterior, ni se le comunico cambios de la paciente, que la última vez que la valoró fue en marzo de 2013, y en septiembre le realiza informe tras petición de la paciente por escrito.

Existe un informe de solicitud de interconsulta el 1 de agosto de 2014 desde el médico de cabecera de carácter normal, que el endocrinólogo refiere en su informe de septiembre de 2014 que no le había llegado, en éste se solicita nueva valoración por aumento de tamaño del tiroides.

Pero hemos de decir también que la paciente después de ser remitida por el médico de cabecera, y también en agosto de 2014 pidió una segunda opinión al Servicio de Endocrinología, no era entonces solicitud para el doctor Varilla.

4.- El 2 de octubre de 2014 la paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital General de Fuerteventura por absceso perianal, remitida urgente por su médico de cabecera, es valorada por cirujano general; éste observa y anota en informe clínico que en la exploración general observa gran masa cervical que comprime parcialmente la vía respiratoria. Es remitida a la consulta de Cirugía General del Hospital para valoración urgente. Tratamiento del absceso anal.

El cirujano que la observa en Consultas Externas tras ver el bocio decidió remitirla al Hospital Insular de Las Palmas el día 9 de octubre de 2014, donde la observa el Servicio de Endocrinología con cita el 11 de noviembre.

5.- El Servicio de Endocrinología de CHUIMI de Las Palmas, la valora e ingresa para estudio el día 12 de noviembre de 2014.

El especialista que la observa anota en historial que la paciente presenta bocio no doloroso, con sensación de opresión cervical sin disnea ni disfagia, cierta dificultad para tragar comprimidos pero no alimentos, prurito generalizado, sudoración nocturna no llamativa. Presenta un bocio grado III, consistencia pétreo, no nódulos, se palpan adenopatías de aproximadamente 2 cm laterocervicales y supraclaviculares, resto normal.

Se realiza analítica general, Ecografía cervical, TAC cérvico-tóraco-abdominal.

A la ecografía cervical: tiroides aumentado de tamaño de forma global, no es posible medir la glándula en su totalidad, parénquima desestructurado, hipoeoico, vascularización escasa, imagen sugestiva de infiltración linfoide, no se aprecian nódulos en su interior, adenopatías de aspecto patológico, PAFF (biopsia) pendiente de tiroides y adenopatías.

TAC cérvico-tóraco-abdominal: voluminoso aumento de tamaño de la glándula tiroidea con unos diámetros aproximados de 9.7 por 3.8 por 9 cm, con extensión intratorácica, presenta un aspecto hipodenso homogéneo, condicionando desplazamiento dorsal y de estructuras vasculares, los hallazgos son sugestivos de bocio difuso, no pudiendo descartarse un proceso infiltrativo linfomatoso, dada la existencia de adenopatías cervicales de tamaño patológico. También existencia de adenopatías cervicales, supraclaviculares, y mediastínicas.

Para finalizar el informe del TAC dice: los hallazgos pueden estar en relación con proceso linfoproliferativo con infiltración linfomatosa del parénquima tiroideo. Diagnóstico bocio grado III estudio, adenopatías cervicotóricas a estudio, pendiente de biopsia del bocio y de las adenopatías, alta hospitalaria mientras tanto valoración en Consultas Externas de Endocrinología en tres semanas.

El 14 de noviembre de 2014, el resultado de la biopsia o PAF de los tiroides es negativo para células tiroideas. El resultado de la biopsia o PAF de las adenopatías múltiples bilaterales al tiroides es negativo para células neoplásicas.

El 17 de noviembre de 2014 se informa del resultado de la biopsia de ganglio yuxtayugular, este es: «Linfoma de Hodgkin tipo clásico».

Se remite a Oncología del Hospital Materno Infantil en noviembre de 2014.

La paciente valorada por Servicio de Oncología del CHUMI el 1 de diciembre de 2014 y empieza la quimioterapia también en diciembre de 2014.

El 4 de diciembre de 2014 se realiza biopsia de médula ósea, el resultado es «médula ósea normo celular, sin evidencia de infiltración por linfoma».

El 4 del 12 de 2014 estudio cardiológico normal.

El 5 de diciembre de 2014 comienza el tratamiento quimioterápico en CHUMI de Las Palmas.

Tras PET-TAC (prueba diagnóstica radiológica también llamada tomografía por emisión de positrones, identifica a nivel celular cambios en el cuerpo) de cuerpo completo, el 18 de diciembre del 2014.

La impresión diagnóstica es: «adenopatías linfoproliferativas cervical y supraclavicular derechas y otra inguinal izquierda que recomendamos valorar mediante punción-biopsia para descartar afectación adicional.

Bocio con leve captación difusa y heterogénea sin claros datos metabólicos de infiltración».

Oncología diagnóstica Linfoma Hodking estadio III E-B.

Según la información aportada el 19 de febrero de 2015 estando en tratamiento quimioterapia se le realiza PET-TAC, con respuesta de remisión completa al tratamiento, sigue con tratamiento oncológico, hasta que en junio de 2016 tras nuevo PET-TAC, la impresión diagnóstica fue de nuevo: «respuesta metabólica completa al tratamiento, sin enfermedad linfoproliferativa macroscópica, metabólicamente activa en la actualidad».

Ante esos hechos, el SIP realiza las siguientes consideraciones:

El diagnóstico del bocio se realiza siguiendo las normas siguientes:

1. Examen físico por palpación del cuello.
2. Analítica de sangre.
3. Ecografía tiroidea.
4. Punción con aguja fina (PAFF), recogiendo muestras que se analizan.

En caso de hipertiroidismo se utiliza también la Gammagrafía tiroidea.

El bocio multinodular es una patología bastante frecuente del tiroides, caracterizada por un agrandamiento bastante difuso del mismo, no es doloroso y en general es de condición benigna. Globalmente, los nódulos tiroides son de etiología maligna en menos del 1% de los casos, en algunos estudios puede llegar al 3.9%.

El linfoma tiroideo es muy poco frecuente, es el 1% de todos los linfomas. El linfoma tiroideo hasta el 80% asienta sobre una Tiroiditis autoinmune previa. Los resultados de la biopsia con aguja de la glándula tiroides tienen una exactitud cercana al 95%.

Se asegura en la literatura médica que, en el caso de que PAFF o citología, no sea diagnóstico, si no hay signos ecográficos de malignidad se repite PAFF a los 6-12 meses.

También se repite cuando un nódulo benigno crece.

La enfermedad de Hodking es un tipo de cáncer o linfoma que se origina en los glóbulos blancos, llamados linfocitos, parte del sistema linfático.

El sistema linfático contiene: tejido linfático (ganglios y órganos linfáticos), linfa, vasos linfáticos y sobre todo, los linfocitos.

La enfermedad de Hodking clásica más frecuente es la llamada esclerosis nodular, en el 60-80 % de los casos tiende a originarse en los vasos linfáticos del cuello y tórax.

La mejor manera de encontrar la enfermedad de Hodking en sus etapas iniciales consiste en prestar atención a los posibles síntomas. El síntoma más común es el agrandamiento de uno o más ganglios linfáticos, lo que causa una protuberancia debajo de la piel. No suele ser dolorosa. Se presenta con más frecuencia en el lado del cuello, en las axilas o en la ingle. Por lo general, la enfermedad de Hodking se irradia a los vasos linfáticos adyacentes. También puede invadir a los órganos adyacentes, también puede presentar fiebre, sudoración nocturna.

En pocos casos la Enfermedad de Hodking se origina en un órgano que no sea ganglio linfático o tejido linfático (el tiroides no lo es).

Las conclusiones del SIP son:

1.- La secuencia en la atención clínica y en los procedimientos diagnósticos fueron los correctos en el caso de la paciente.

La paciente fue remitida por su médico de cabecera con analítica general incluyendo hormonas tiroideas normales, con Ecografía sin datos de malignidad.

Así y todo se propone y se realiza punción y biopsia guiada con ecografía, resultando ésta no diagnóstica. Teniendo en cuenta las características clínicas de no malignidad el Endocrinólogo le propone esperar seis meses para repetir nuevo estudio, en noviembre de 2014, a no ser que existan cambios que hagan necesario adelantarlo.

En esta nueva cita estaba propuesta para ecografía y punción.

Todo lo dicho se refrenda además de la historia clínica, en informe de 12 de septiembre de 2014, tras petición por la paciente efectuada el 4 de septiembre de 2014.

2.- Comprobamos que el médico de cabecera remite al Endocrinólogo (de forma normal, no urgente) a la paciente tras valorar aumento de tamaño de la glándula y que esta cita fue solicitada el 01/08/2014.

La paciente, a su vez, con fecha 26 de agosto de 2014 solicita informe al doctor Varillas y el 12 de septiembre de 2014 se realiza informe por el mismo.

En dicho informe se refiere al hecho de «si hay crecimiento» para poder remitirla al comité de tumores para su tratamiento o sea no sabía que existía tal crecimiento.

3.- En informe clínico con fecha 3 de julio de 2015 se hace referencia al efectuado en septiembre de 2014: «que hasta esa fecha yo no estuve al tanto de su nueva situación que de haberlo sabido hubiese tomado las medidas pertinentes como le informé por escrito» (en septiembre de 2014).

(...)

4.- El 14 de noviembre de 2014, ya siendo estudiada la paciente en CHUIMI de Las Palmas, tras punción con biopsia del tiroides, el resultado es negativo para neoplasia, igualmente es negativo para las adenopatías múltiples bilaterales, a los lados del tiroides.

Pero si es positivo para células malignas del tipo Linfoma de Hodking en la biopsia del ganglio yuxtayugular.

Valoramos que a 14 de noviembre de 2014 lo que demostraba claramente la anatomía patológica es que había células malignas tipo Linfoma de Hodking en el cuello del paciente no en el tiroides ni en sus ganglios aledaños.

La ecografía tiroidea si daba signos de infiltración linfoide, en este momento no se apreciaron nódulos, parénquima desestructurado, etc (...)

En TAC de noviembre de 2014 también refiere que los hallazgos pueden estar en relación con proceso linfoproliferativo con infiltración linfomatosa del parénquima tiroideo.

Con estos datos valoramos que la evolución del Linfoma de Hodking terminó infiltrando al tiroides en su curso.

Fue una secuencia de la evolución de la patología.

Observamos que si el PAF fue negativo el 14 de noviembre entonces anterior a esta fecha también lo sería.

Igualmente se observan los hallazgos ecográficos a 14 de noviembre, con los hallazgos anteriores no tienen nada que ver, no existían en noviembre ni los nódulos puncionados en marzo de 2014.

3. Dado el preceptivo trámite de audiencia, la reclamante no presentó alegaciones.

4. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación formulada por la reclamante al no concurrir los requisitos exigibles que conforman la responsabilidad

patrimonial de la Administración, ya que de lo actuado se desprende la inexistencia de la relación causal entre el daño alegado y la actuación del SCS.

III

1. Como ha reiterado en múltiples ocasiones este Consejo, según el art. 139.1 LRJAP-PAC, el primer requisito para el nacimiento de la obligación de indemnizar por los daños causados por el funcionamiento de los servicios públicos es, obvia y lógicamente, que el daño alegado sea consecuencia de dicho funcionamiento. La carga de probar este nexo causal incumbe al reclamante, según el art. 6.1 RPAPRP, precepto éste que reitera la regla general que establecen los apartados 2 y 3 del art. 217 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (LEC), conforme a la cual incumbe la prueba de las obligaciones al que reclama su cumplimiento y la de su extinción al que la opone. Por esta razón el citado art. 6.1 RPAPRP exige que en su escrito de reclamación el interesado especifique la relación de causalidad entre las lesiones y el funcionamiento del servicio público; y proponga prueba al respecto concretando los medios probatorios dirigidos a demostrar la producción del hecho lesivo, la realidad del daño, el nexo causal entre uno y otro y su evaluación económica. Sobre la Administración recae el *onus probandi* de la eventual concurrencia de una conducta del reclamante con incidencia en la producción del daño, la presencia de causas de fuerza mayor o la prescripción de la acción, sin perjuicio del deber genérico de objetividad y colaboración en la depuración de los hechos que pesa sobre la Administración, (arts. 78.1 y 80.2 LRJAP-PAC) y del principio de facilidad probatoria (art. 217.7 LEC) que permite trasladar el *onus probandi* a quien dispone de la prueba o tiene más facilidad para asumirlo, pero que no tiene el efecto de imputar a la Administración toda lesión no evitada, ni supone resolver en contra de aquélla toda la incertidumbre sobre el origen de la lesión (STS de 20 de noviembre de 2012).

2. En el presente procedimiento la reclamación se basa en la afirmación de que como consecuencia de la ausencia del diagnóstico por parte del facultativo del Hospital de Fuerteventura se ha agravado su enfermedad.

Sin embargo, sin la prueba de que efectivamente el facultativo no dio importancia a determinados síntomas de su linfoma de Hodking, lo que impidió un diagnóstico temprano, es imposible establecer que existe una relación de causalidad entre la asistencia sanitaria prestada por los facultativos del SCS y el los supuestos daños por los que reclama.

Sin la determinación de ese nexo causal no es posible la estimación de la pretensión resarcitoria. La reclamante no ha aportado pruebas o informes médicos que demuestren el fundamento fáctico de esa afirmación. Por contra, la documentación clínica y los otros informes médicos obrantes en el expediente acreditan que la atención clínica y los procedimientos diagnósticos fueron los correctos en este caso.

Así, la paciente fue remitida por su médico de cabecera con analítica general incluyendo hormonas tiroideas normales, con ecografía sin datos de malignidad, lo que no fue óbice para realizar punción y biopsia guiada con ecografía, resultando ésta no diagnóstica. Teniendo en cuenta las características clínicas de no malignidad el Endocrinólogo le propone esperar seis meses para repetir nuevo estudio, en noviembre de 2014, a no ser que existan cambios que hagan necesario adelantarlo.

De todo ello se desprende que no se han vulnerado las buenas prácticas médicas en el curso de la atención otorgada al paciente y por lo tanto la actuación dispensada fue adecuada a la *lex artis*.

Que posteriormente el 14 de noviembre de 2014 se constatará que había células malignas tipo Linfoma de Hodgkin en el cuello del paciente no en el tiroides ni en sus ganglios aledaños (aunque más tarde se infiltrara), se debió a la evolución propia de la patología.

En ese sentido, se ha de recordar que este Consejo Consultivo, siguiendo la doctrina jurisprudencial relativa a la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas en el ámbito sanitario (por todos, Dictámenes 42/2016, de 18 de febrero y 50/2016, de 18 de febrero), la cual se expone claramente en la Sentencia de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Supremo, de 9 de octubre de 2012, ha venido insistiendo en que las prestaciones del sistema sanitario público consisten en una obligación de medios y no de resultados, tal y como se ha señalado anteriormente.

Doctrina que es aplicable al presente asunto, pues en modo alguno se ha probado que la actuación del Servicio haya sido contraria a la *lex artis* o que la Administración sanitaria haya incumplido en algún momento su obligación de medios, antes al contrario, se realizaron todo tipo de pruebas necesarias (exploraciones, analíticas, Ecografías, así como varias punciones y biopsias guiadas) para dar con un diagnóstico adecuado.

En definitiva, la interesada no ha probado que los daños por los que reclama sean consecuencia del servicio sanitario prestado, habiéndose acreditado, por el contrario, que ha recibido una asistencia adecuada a la *lex artis ad hoc*, circunstancias que, como hemos razonado, imposibilitan el surgimiento de la responsabilidad patrimonial de la administración, por lo que se ha de concluir con la Propuesta de Resolución que la desestimación de la pretensión resarcitoria es ajustada a Derecho.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución sometida a dictamen, que desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial, es conforme a Derecho.