



Consejo Consultivo de Canarias

DICTAMEN 356 / 2019

(Sección 2ª)

La Laguna, a 10 de octubre de 2019.

Dictamen solicitado por la Excm. Sra. Consejera 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. 329/2019 IDS)**.

FUNDAMENTOS

I

1. Se dictamina sobre la adecuación jurídica de la Propuesta de Resolución (PR), formulada por la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud (SCS) tras la presentación y tramitación de una reclamación de indemnización por los daños que se alegan producidos por el funcionamiento del servicio público sanitario.

2. La solicitud del dictamen de este Consejo Consultivo es preceptiva dada la cuantía reclamada que asciende a 300.000 euros, de acuerdo con el art. 11.1.D.e) de la Ley 5/2002, de 3 de junio, del Consejo Consultivo de Canarias. Está legitimada para solicitarla la Sra. Consejera de Sanidad del Gobierno de Canarias, de acuerdo con el art. 12.3 de la citada ley.

3. El órgano competente para instruir y resolver 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.

Mediante Resolución de 23 de diciembre de 2014 de la Directora, se delega en la Secretaría General del Servicio la competencia para incoar y tramitar los expedientes de responsabilidad patrimonial derivados de la asistencia sanitaria por el Servicio Canario de la Salud.

* Ponente: Sr. Belda Quintana

4. En el análisis a efectuar de la Propuesta de Resolución formulada resultan de aplicación tanto la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJAP-PAC), en virtud de lo dispuesto en la disposición transitoria tercera a) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (LPACAP), al haberse iniciado el procedimiento antes de la entrada en vigor de esta última Ley, como el 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.

También son aplicables la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias; la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica; así como la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

II

1. El fundamento jurídico de la pretensión indemnizatoria descansa en el escrito de reclamación formulado por la interesada. Particularmente, expone lo siguiente:

«(...) SEGUNDO.- Que en marzo del 2013 se realizó estudio de TAC de tórax- abdomen destacándose en la altura de la hemivértebra izquierda D10 un aumento de la densidad, por lo que se recomendó la realización de un estudio gammagráfico para descartar una lesión de metástasis vertebral. Tras realizar estudio de gammagrafía ósea (22/04/13) se observa como único hallazgo un acumulo focal de mediana intensidad localizado en lado izquierdo de D10, que sugiere como primera posibilidad la presencia de una lesión metastásica única.

TERCERO.- Que es importante destacar que la paciente no presentaba ninguna sintomatología de dolor dorsolumbar previo a la intervención quirúrgica de artrodesis dorso-lumbar y que los estudios radiológicos realizados descartaron claramente signo de destrucción ósea, fractura vertebral o cualquier compresión neurológica.

Ante la alta sospecha diagnosticada de una metástasis vertebral y especialmente en los casos donde no existe clínica de dolor, colapso vertebral, inestabilidad de la columna y/o daño neurológico, LAS MEDIDAS QUE ESTABLECEN LOS PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN MÉDICA CONSISTEN EN REALIZAR UNA BIOPSIA VERTEBRAL COMO LA MEJOR MANERA DE DETERMINAR EL TIPO DE TUMOR Y HACER UN DIAGNÓSTICO DEFINITIVO.

CUARTO.- Que el día 16/07/13 se solicitó interconsulta del Servicio de Oncología al Servicio de Neurología con la siguiente petición "Mujer 44 años. Intervenida de cáncer de recto sin factores de mal pronóstico. En TAC aumento densidad hemivértebra izq. D10 G.O.

22 acumuló focal, a descartar MTS única. RMN lesión en cuerpo T10 pedículo izq. Sugestiva de MTS ósea mixta. Ruego biopsia para confirmación histológica por lo extraño de la afección ósea en el contexto de una neoplasia rectal en estadio inicial. Si se confirmase el dx de sospecha ruego plantear exéresis de la lesión si fuese posible".

QUINTO.- Que el DÍA 17/09/13 FUE INTERVENIDA de forma programada de corporectomía D10 y artrodesis D7-L1 (colocación de los tornillos pediculares D7, D8, D12 y L1) SIN REALIZAR LA BIOPSIA recomendada.

SEXTO.- Que tras realizar estudio de anatomía patológica de la vértebra extirpada que descarta la metástasis, con presencia de infiltrado linfoide de significado incierto por lo que se recomienda descartar proceso linfoproliferativo. Posteriormente se descarta proceso linfoproliferativo por el Servicio de Hematología.

SÉPTIMO.- Que el historial médico demuestra que EXISTE UN DIAGNÓSTICO EQUIVOCADO de metástasis vertebral única que conlleva a una intervención quirúrgica errónea.

La decisión de intervención quirúrgica se basa en un hecho casual encontrando en los estudios radiológicos (sospecha radiológica de metástasis ósea).

OCTAVO.- Que LA BIOPSIA VERTEBRAL FUE RECOMENDADA INCLUSO POR EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA destacándose la necesidad de realizar una biopsia vertebral para la confirmación histológica, por lo extraño de la afectación ósea única dado que se trataba de una neoplasia rectal en estadio inicial (adenocarcinoma de intestino grueso de bajo grado, con lesión que alcanza la capa muscular sin rebasarla, márgenes libres y sin invasión vascular ni peri neural ni infiltración tumoral y sin afectación de ganglios linfáticos).

NOVENO.- Que en el caso que nos ocupa, DEBIÓ HABER SIDO OBLIGATORIO REALIZAR LA BIOPSIA VERTEBRAL PARA HACER UN DIAGNÓSTICO DEFINITIVO E INCLUSO REALIZAR UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA OBTENER UNA MUESTRA DE TEJIDO REQUERIDA PARA UNA BIOPSIA. Tal y como demuestran los protocolos médicos, los resultados de la biopsia deben interpretarse teniendo en cuenta todos los elementos clínicos y radiológicos y el tratamiento no debe iniciarse sin un diagnóstico preciso, estando esto estipulado por la ciencia médica a través de los protocolos de actuación (*lex artis ad hoc*).

DÉCIMO.- Que teniendo en cuenta los hechos señalados, se ha de considerar que LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE FECHA 1710912013 (CORPORECTOMÍA D10 + ARTRODESIS DORSOLUMBAR D7-L1) FUE BASADA EN UN DIAGNÓSTICO ERRÓNEO Y REALIZADA INNECESARIAMENTE SIN OBTENER UN DIAGNÓSTICO DEFINITIVO MEDIANTE UNA BIOPSIA VERTEBRAL LO QUE DESCARTARÍA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR COMPLETO.

Por todo ello, podemos confirmar que no se cumplieron los protocolos de actuación necesarios previos a la artrodesis dorsolumbar amplia realizada.

UNDÉCIMO.- Que como consecuencia de lo anterior, esto es, la intervención arriba mencionada de fecha 17/09/2013:

SECUELAS: Las secuelas que padece la paciente son Corporectomía D10 (Por analogía: Fractura acuñaamiento aplastamiento anterior de más del 50 por ciento de la altura de la vértebra en grado máximo), dorsolumbalgia postraumática sin compromiso radicular, material de osteosíntesis de la columna vertebral y perjuicio estético moderado, lo que ha derivado en secuelas fisiológicas y perjuicio estético en grado moderado.

DÍAS PARA LA ESTABILIZACIÓN LESIONAL: La paciente ha requerido un total de 120 días hasta la estabilización lesional, de los cuales 17 días tuvieron carácter hospitalario y el resto 103 días tuvieron carácter impeditivo para la realización de sus actividades habituales (días de convalecencia, recuperación y adaptación tras la intervención quirúrgica).

INCAPACIDAD PERMANENTE: En cuanto al pronóstico de la incapacidad permanente, debido a las alteraciones biomecánicas de la columna, artrodesis de 7 vértebras, presenta limitaciones para la realización de todos los trabajos que requieren bipedestación y de ambulación prolongada, realizar posturas forzadas y mantenidas de la columna, movimientos repetitivos de flexo-extensión y rotación de la columna dorsolumbar, y especialmente acarreo de medianas y grandes cargas.

PSICOLÓGICAS: Aún por determinar.

DUODÉCIMO.- Existe nexo de causalidad médico (criterio etiológico, topográfico, cronológico, criterio etiológico, topográfico, cronológico, criterio de continuidad sintomática y criterio de integridad anterior) entre la intervención quirúrgica del 17/09/2013 y las secuelas de la columna dorsolumbar.

DECIMO TERCERO.- CONCLUSIONES. A tenor de la relación de los que han acontecido sobre (...), se ha de concluir que la operación que sobre la mismas existieron circunstancias de mala praxis profesional puesto que los resultados de la biopsia debieron interpretarse teniendo en cuenta todos los elementos clínicos y radiológicos y el tratamiento no debió iniciarse sin un diagnóstico preciso, estando esto estipulado por la ciencia médica a través de los protocolos de actuación (*lex artis ad hoc*), lo cual conllevó a una intervención quirúrgica de fecha 17/09/2013 (corporectomía D10 + artrodesis dorso-lumbar D7-L1) fue basada en un diagnóstico erróneo y realizada innecesariamente sin obtener un diagnóstico definitivo mediante una biopsia vertebral lo que descartaría el tratamiento quirúrgico por completo, y consecuencia de aquella (...) ha padecido y padece una serie de secuelas, y perjuicios, reseñados en el hecho undécimo del presente escrito (...).

Acompaña la reclamación de dictamen médico pericial y otra documentación clínica de la afectada.

2. En cuanto a la tramitación procedimental el procedimiento comenzó a través de la presentación del escrito de reclamación de responsabilidad patrimonial, efectuado el día 25 de julio de 2014, en el SCS.

El día 30 de septiembre de 2014, se dictó Resolución de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud por la que se admitió a trámite la reclamación formulada.

Obra en el expediente el informe del SIP, de fecha 16 de noviembre de 2016; así como la historia clínica de la paciente; informes de los Servicios de Oncología, Cirugía General y Digestiva y Neurocirugía del Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil (CHUIMI); declaración testifical; y resultados de las pruebas practicadas, entre otros.

También se acordó la apertura del periodo probatorio, admitiéndose las pruebas propuestas por la interesada, y se le otorgó el preceptivo trámite de vista y audiencia, presentando escrito de alegaciones manifestando idénticos fundamentos jurídicos.

Consta informe de la Asesoría Jurídica Departamental, de acuerdo con el art. 20.j) del Decreto 19/1992, de 7 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de organización y funcionamiento del Servicio Jurídico del Gobierno de Canarias, mediante el que considera la Propuesta de Resolución ajustada a derecho.

3. Finalmente, se emitió la Propuesta de Resolución, vencido el plazo resolutorio (art. 13.3 RPAPRP) varios años atrás, sin justificación para ello; pero esta demora no obsta para resolver expresamente, existiendo deber legal al respecto, sin perjuicio de los efectos administrativos que debiera conllevar y los legales o económicos que pudiera comportar de acuerdo con lo dispuesto en los arts. 42.1 y 7; 43.1 y 4; 141.3 y 142.7 LRJAP-PAC.

4. Concurren los requisitos legalmente establecidos para el ejercicio del derecho indemnizatorio previsto en el art. 106.2 de la Constitución.

III

1. La Propuesta de Resolución desestima la reclamación efectuada, puesto que el órgano instructor considera que no concurren los requisitos que conforman la responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas.

2. En lo que se refiere a los antecedentes de hecho, del informe del SIP se extraen los siguientes:

«(...) Paciente de 44 años que tras la práctica de colonoscopia el 28 de febrero de 2013 es diagnosticada de adenocarcinoma de recto.

En TAC toracoabdominal de 13 de marzo de 2013, entre otras circunstancias se observa en hemivértebra izquierda y zona del pedículo dorsal 10 (D 10), imagen con características de lesión metastásica y se indica la necesidad de gammagrafía ósea.

Es intervenida quirúrgicamente en el HUTGC, a cargo de Cirugía General, en la fecha 16.04.13, practicándose resección de rectosigma. Tras el resultado de anatomía patológica de la pieza se determina adenocarcinoma de colon Estadio T2NONW.

22.04.13: Se realiza gammagrafía ósea que se informa como "posible lesión metastásica única en D10". Esta es la prueba de Medicina Nuclear que forma parte fundamental en la valoración y estadificación de pacientes afectados de procesos neoplásicos malignos, y sigue siendo uno de los métodos más sensibles en la detección de las metástasis óseas y que, permite visualizar todo el esqueleto en una sola prueba en un tiempo y con un coste razonables. La sensibilidad global de la técnica oscila entre un 65 - 100 % con una especificidad del 78-100%.

Se ha descrito que entre un 40 y un 80% de las lesiones gammagráficas únicas en la columna vertebral, como en este caso, son de origen metastásico, y, de ellas, entre el 30 y el 50 % se encuentra en un estado asintomático, como en nuestro caso.

El 07.06.13 se realiza además una Resonancia magnética dorsal que destaca igualmente " (...) hallazgos radiológicos en relación con probable metástasis ósea mixta (osteoblástico/osteolítico) en cuerpo vertebral y pedículo izquierdo D10". En este caso, la combinación de más de una técnica aumenta el rendimiento diagnóstico. Cuando se aprecia un compromiso del cuerpo y del pedículo vertebral esto plantea una metástasis, a pesar de ser una lesión única. Dicho de otra manera, si la imagen está en el cuerpo y parte del pedículo, es casi seguro que se trata de una lesión metastásica. La RMN es el estudio de imagen con más sensibilidad (85-100%) es decir, que con ella podemos llegar al convencimiento de que realmente presenta dicha metástasis con un 85-100% de probabilidades, sólo en un 15% de los casos serían falsos positivos y especificidad 84 % para el diagnóstico de metástasis vertebrales.

B.- En este punto nos encontramos con una paciente joven, afecta de neoplasia de rectosigma con buen pronóstico, una larga perspectiva de supervivencia ya intervenida quirúrgicamente, que presenta una lesión vertebral aislada asintomática que tras la práctica de distintas pruebas de imagen resulta compatible con metástasis.

C.- En reunión colegiada se discutió y se decidió intervención quirúrgica consistente en corporectomía + biopsia quirúrgica excisional (resección de toda la lesión con márgenes). Es decir, se practica biopsia abierta quirúrgica.

Existen dos tipos fundamentales de biopsia ósea: abierta o quirúrgica (BQ) y cerrada, percutánea o por punción (BP).

El buen pronóstico de esta paciente tras la cirugía oncológica, ante la presencia de lesión ósea reiteradamente descrita mediante pruebas de imagen, conllevó la indicación de tratamiento en fase muy precoz, con el objetivo de reseca la lesión vertebral que en caso de malignidad/metástasis existe oportunidad curativa, y en caso de benignidad eliminaría el tejido óseo dañado. La corporectomía consiste en la resección del tumor en el cuerpo vertebral D10 que se acompaña de colocación de material de osteosíntesis (D7-L1) que permita la adecuada estabilidad mecánica de la columna.

No fue considerada la realización de biopsia vertebral cerrada percutánea (BVP) previa, siendo la sensibilidad de la BVP para detectar la existencia de una lesión vertebral del 86%. (...) Revista de Ortopedia y Traumatología (2007); vol 51(5), 245-55. Estudio retrospectivo de la biopsia vertebral percutánea (BVP) guiada por tomografía axial computarizada (TC) en el estudio de las lesiones focales de la columna vertebral (CV) con el objetivo de analizar la suficiencia de la muestra, adecuación de la biopsia, sensibilidad y especificidad del diagnóstico y finalmente seguridad del procedimiento, existiendo por tanto la posibilidad de no alcanzar un diagnóstico concluyente. De haberse realizado la BVP, su resultado no habría modificado la conducta a seguir en cuanto a la lesión vertebral D10 y actuación por Neurocirugía, dado que las lesiones benignas afectan y destruyen el tejido óseo normal si bien no tienen tendencia a invadir otros tejidos.

Como se expresa en el informe preceptivo: "(...) en este caso de cualquier manera la propia naturaleza de la lesión vertebral la que abocaba a resección del cuerpo vertebral (...)".

D.-En el documento de Consentimiento informado para cirugía de tumores intraraquídeos suscrito por la reclamante, entre otras circunstancias consta:

"(...) He ingresado en el servicio de Neurocirugía para ser intervenido de un posible tumor dentro del raquis (...) (...) Puede tratarse de lesiones benignas o malignas pero no se sabe con certeza su naturaleza hasta que no sean analizadas por el patólogo (...)".

E.- El 17.09.13, se somete a cirugía y entre los Hallazgos consta: "Lesión de cuerpo y pedículo izquierdo de cuerpo vertebral D10" Esto es, existía afectación a dicho nivel. Tras la cirugía realizada, evoluciona favorablemente y es alta hospitalaria el 2 de octubre de 2013.

El resultado anatomopatológico de la pieza reseca descartó la presencia de metástasis si bien no fue concluyente para otros procesos ante la presencia de infiltración linfoide en el

material extraído, que recomendó descartar proceso linfoproliferativo. Ello viene a confirmar que aún en el caso de haber practicado la Biopsia cerrada previa a la cirugía y no la que se realizó, biopsia quirúrgica excisional, tampoco se habría determinado la entidad de dicha lesión ósea.

F.- Por Hematología se descartó proceso linfoproliferativo. Cursó evolución posterior, sin déficits añadidos y con radiografías que mostraban la correcta colocación del material.

En consulta con Rehabilitación el 15.11.13 consta que realiza marcha independiente y con algias lumbares. No dolor a la palpación. No contractura paravertebral lumbar. Fuerza muscular global en miembros inferiores normal 5/S. Realiza actividades de la vida diaria de manera normal. Balance muscular 5/5 global. Puntillas y talones bien.

G.- Desde enero de 2014 manifiesta molestias álgicas referidas a la región costal izquierda aplicando medidas analgésicas.

En junio de 2015 en consulta de seguimiento refiere dolor al girar el tronco. Se solicita TAC de control que se realiza el 10.07.15 observando fractura del material de osteosíntesis (barras). Se propone reintervención quirúrgica.

Es intervenida quirúrgicamente el 21.04.16. Comprobada la estabilidad de la columna se retira la instrumentación previa, se realiza toma de biopsia (biopsia abierta o quirúrgica) y se colocan nuevas barras y nuevo crosslink (...).

3. Cierto es que, en los documentos obrantes en el expediente, en la página número 000059, se extrae que efectivamente en fecha 16 de julio de 2013, se indica por el Servicio de Oncología biopsia vertebral para la confirmación histológica ya que si se confirmara diagnóstico de sospecha entonces se plantearía la práctica de la exéresis de la lesión si fuese posible. Sin embargo, no se especifica a qué tipo de biopsia se refiere el facultativo ya que el SIP en su informe nos señala que existen dos tipos de biopsia la abierta y la cerrada. Pero, en todo caso, el dato es relevante en el supuesto planteado, pues la reclamación se fundamenta entre otras en la señalada biopsia recomendada por el Servicio de Oncología con carácter previo a la intervención. Además, existe contradicción con las declaraciones vertidas por el testigo en el interrogatorio, pregunta novena, ya que la biopsia sí estaba indicada.

4. El protocolo médico de actuación expuesto en la diversa información médica aportada al expediente deja claro, indudablemente, que las pruebas a realizar tras sospecha de lesión ósea vertebral son la RMN, Radiografía y GMM. No obstante, tras la práctica de las citadas pruebas se observa que no son concluyentes, es decir, indican la posibilidad de estar ante una lesión metastásica única, pero sin tener una plena certeza del diagnóstico y sin que físicamente se manifestase dolencia alguna o estuviera disminuida la estabilidad de la paciente que sugiriera el tratamiento

quirúrgico, como se desprende de la documentación acerca del “The treatment o Spinal Metastases”, cuando indica en el apartado Surgery: (...) indications for surgery in patients suffering from lessened stability (...).

5. El informe del SIP, por su parte nos indica que independientemente de la biopsia practicada, los resultados definitivos hubieran sido los mismos. Por lo que no resultaría ocioso preguntarse si la utilización de una técnica menos agresiva físicamente en la paciente como lo es la biopsia cerrada, dada la falta de certeza y precisión diagnóstica que en todo caso arrojaban las pruebas practicadas, así como la falta de dolor en la paciente, sin signos de destrucción ósea ni fracturas vertebrales, quizás en este caso individualizado podría haber resultado más aconsejable. Sin perjuicio de que finalmente la biopsia abierta resultase negativa para metástasis de adenocarcinoma (páginas del expediente números 000040, 000102 y 000106).

Tampoco del expediente se desprende que a la paciente se le hubiere otorgado su derecho de opción al tratamiento médico alternativo, como podría haber sido la práctica de la biopsia cerrada y la no extirpación de la supuesta lesión con base en los resultados que podrían haber obtenido. Pues en todo caso el tratamiento aconsejado fue decidido por los propios neurocirujanos, como al parecer se desprende del informe del SIP y del propio informe del Servicio de Neurocirugía.

6. Particularmente, en informe del Servicio de Neurocirugía y en el Documento de Consentimiento Informado se observa que el objetivo del procedimiento es el tumor vertebral. Sin embargo, no se desprende del expediente que en este caso la paciente manifestara dolor o inestabilidad vertebral y sin que una presunta hernia fuese la causa de la práctica quirúrgica. Tampoco las alternativas al tratamiento son lo suficientemente claras al respecto, por lo que se considera oportuna aclaración sobre dicho Documento acerca de la oportuna información suministrada a la paciente.

Es decir, el informe del Servicio de Neurocirugía y el del SIP hablan de dos posibles tipos de biopsias, una con cirugía quirúrgica abierta y otra cerrada, mediante dermopunción, menos agresiva y, en ambos casos, los resultados pueden no ser concluyentes. Asimismo, del expediente y los citados informes se extrae que se recomendó intervención quirúrgica abierta en reunión de varios especialistas del Servicio de Neurocirugía.

Sin embargo, no parece que ambas alternativas se plantearan a la paciente, o, al menos una actuación médica más conservadora se le informara como alternativa terapéutica a la intervención quirúrgica abierta.

7. Por todo ello, para poder analizar adecuadamente la relación de causalidad entre el hecho lesivo y el daño por el que se reclama, se considera necesario retrotraer el procedimiento al efecto de que se emita informe complementario de médico especialista en la materia (Neurocirugía), perteneciente a centro sanitario diferente a donde se practicó la intervención quirúrgica, que ilustre a este Consejo acerca de todos los protocolos a seguir según el caso y el estado de la paciente, si son los mismos o pueden aconsejar distinta práctica al no cumplirse con la totalidad de los requisitos médicos, pues en el presente caso la paciente no manifestaba dolor, ni tampoco se observó en las pruebas realizadas afectación ósea o fractura vertebral que aconsejaran la intervención. Así como demás información médica sobre la situación y enfermedad de la paciente relacionados con el caso, los efectos o riesgos de la intervención y sobre la relevancia del DCI en este caso según los términos indicados, entre otras.

En definitiva, se trata de aclarar si en todos los casos de tumores vertebrales se hace imprescindible una intervención quirúrgica abierta para determinar la naturaleza benigna o maligna del tumor, o bien es posible la utilización de otras técnicas menos invasivas como la biopsia cerrada mediante punción.

Igualmente, debe aclararse si ante un tumor vertebral en D10 como el que se detectó a la paciente, en el caso de que se hubiera realizado la biopsia cerrada que descartara la metástasis, aunque el resultado no fuera concluyente, la paciente habría de someterse obligatoriamente a una intervención de corporectomía y, en caso de no someterse a la misma, qué consecuencias para su salud neurológica tendría la no intervención y si son posibles otros tratamientos alternativos (analgésicos en caso de dolor, fisioterapia, etc.).

Una vez se cumpla con los trámites considerados, se deberá dar nueva audiencia a la interesada y, finalmente, dictar nueva Propuesta de Resolución que se someterá a dictamen de este Consejo.

C O N C L U S I Ó N

La Propuesta de Resolución no es conforme a Derecho, debiendo retrotraerse el procedimiento en los términos indicados en el Fundamento III.