

Dictamen nº **25/15**
Consulta: **Consejero de Sanidad**
Asunto: **Responsabilidad Patrimonial**
Aprobación: **28.01.15**

DICTAMEN de la Comisión Permanente del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid, aprobado por unanimidad, en su sesión de 28 de enero de 2015, emitido ante la consulta formulada por el consejero de Sanidad, al amparo del artículo 13.1 de la Ley 6/2007, de 21 de diciembre, en el asunto promovido por M.E.E.T., sobre responsabilidad patrimonial de la Administración por la asistencia sanitaria dispensada por el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares, que considera deficiente.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- El día 17 de diciembre de 2014 ha correspondido a la Sección II, presidida por el Excmo. Sr. D. Pedro Sabando Suárez, la ponencia sobre solicitud de dictamen preceptivo formulada el día 12 del mismo mes por el consejero de Sanidad, sobre el asunto indicado en el encabezamiento, que tuvo entrada en el registro del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid el citado día 17 de diciembre y fue admitida a trámite recibiendo el número de expediente 552/14.

El escrito solicitando el dictamen fue acompañado de la documentación en formato CD que, numerada y foliada, se consideró suficiente.

El ponente ha firmado la oportuna propuesta de dictamen, siendo deliberado y aprobado, por unanimidad, en Comisión Permanente de este Consejo Consultivo, en su sesión de 28 de enero de 2015.

SEGUNDO.- Por escrito presentado el 7 de noviembre de 2013 se reclama responsabilidad patrimonial de la Administración al considerar la interesada, que las imágenes de la tomografía axial computarizada (TAC) que se le realizó el 31 de enero de 2012, no se valoraron adecuadamente, lo que ocasionó retraso en el diagnóstico del plasmocitoma que padecía y que evolucionó sin tratamiento, convirtiéndola en una persona dependiente, además considera que para el tratamiento de una neuropatía desmielinizante diagnosticada en vez del plasmocitoma, siguió un tratamiento incorrecto e innecesario durante dieciséis meses que empeoró su estado.

Expone la reclamante en su escrito, entre otros extremos, que el 26 de octubre de 2011 acudió al Servicio de Urgencias del Hospital Príncipe de Asturias, el Servicio de Neurología diagnosticó posible Síndrome de Guillain Barré, instaurando tratamiento con inmunoglobulina intravenosa sin apreciar mejoría y volviendo el 6 de diciembre por encontrarse afectadas las manos, la lengua, pérdida de equilibrio y de fuerza en las piernas, se administraron corticoides que no hicieron efecto.

El 31 de enero de 2012 se realizaron una resonancia magnética, marcadores tumorales con seguimiento por parte del Servicio de Neurología y un TAC toracoabdominal con contraste, donde “*solamente detectaron la existencia de 4 LOES hepáticas subcentimétricas inespecíficas, no detectando ninguna lesión ósea sospechosa*”. Sin embargo, manifiesta la reclamante, en la placa “*se aprecia claramente una lesión ósea lítica muy significativa en el ilíaco izquierdo a nivel del acetáculo e isquion izquierdo de 27 mm de longitud máxima sin rotura de la cortical*

ni masa de partes blandas”, lesión que a pesar de apreciarse “*claramente y de forma muy evidente (...), pasó desapercibida de forma injustificada*”.

Se llevaron a cabo nuevas pruebas y nuevos tratamientos que evidenciaron una cronificación y empeoramiento de la patología, ante lo cual la interesada requirió una segunda opinión.

Una prueba realizada el 12 de febrero de 2013, en el Hospital Clínico San Carlos diagnosticó plasmocitoma al que está asociado un síndrome de neuropática desmielinizante con polirradiculopatía con una alta sospecha de síndrome de POEMS, lesión que según la interesada ya estaba presente en la prueba de 31 de enero de 2012.

La falta de diagnóstico llevó a una evolución neurológica del cuadro y la materialización de unas secuelas graves e irreversibles, encontrándose actualmente en tratamiento con quimioterapia oral, pendiente de trasplante de médula ósea y de cirugía de plasmocitoma de cadera para reconstrucción de la zona dañada. También se encuentra en tratamiento rehabilitador en el Hospital Príncipe de Asturias y con fecha 1 de mayo de 2013, la Consejería de Asuntos Sociales le reconoció una incapacidad permanente absoluta.

Considera que a causa del retraso ha sufrido secuelas físicas, psicológicas y estéticas, incapacidad temporal y se ha visto en la necesidad de dejar su domicilio, que continua pagando, y alquilar una vivienda cerca de su familia para que puedan ayudarle, al pasar de ser totalmente independiente para las actividades de la vida diaria, al precisar ahora ayuda para actos cotidianos.

Solicita una indemnización de 520.000 euros sin indicar el criterio aplicado, solicita la incorporación al expediente del CD con las placas de las imágenes de la prueba del día 31 de enero de 2012 y a efecto de

notificaciones designa un despacho de abogados bajo cuya dirección letrada actúa.

Al escrito de reclamación, acompaña copia de diversos informes clínicos, parte médico de baja por incapacidad temporal, propuesta de incapacidad del Instituto Nacional de la Seguridad Social y contrato de arrendamiento de una vivienda.

TERCERO.- La historia clínica y la restante documentación médica obrante en el expediente, ponen de manifiesto los siguientes hechos:

La paciente, de 34 años de edad, acude el 25 de octubre de 2011 a su médico de atención primaria porque desde hace un mes presenta dificultad para andar rápido. La exploración física evidencia no claudicación en las piernas, sensibilidad conservada, pérdida de fuerza a nivel de cara anterior de ambas piernas contra resistencia, reflejos aquileos conservados, babinsky positivo pero disminuido y reflejos cuadricipitales disminuidos.

Al día siguiente, 26 de octubre, acudió a Urgencias del Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares por debilidad en los miembros inferiores. Se realiza electromiografía (EMG) urgente que es compatible con polirradiculoneuropatía motora de intensidad moderada, diagnosticando probable polirradiculoneuropatía aguda tipo síndrome de Guillain Barré. Diversas pruebas posteriores confirman el diagnóstico y se inicia tratamiento a base de inmunoglobulinas, del 2 al 6 de noviembre, con el que no presenta mejoría.

Vuelve a Urgencias el 6 de diciembre por hormigueo en las manos y pérdida de equilibrio y de fuerza en las piernas, más acusada en la derecha. Se administra por vía intravenosa glucocorticoide y protector gástrico, se le da el alta con la recomendación de volver al día siguiente para valoración por Neurología, que vistas las pruebas neurofisiológicas decide mantener una actitud expectante y realizar un segundo ciclo de inmunoglobulinas en

el caso de confirmarse la tendencia al empeoramiento en las próximas semanas.

La paciente refiere una moderada mejoría de las parestesias, pero no del déficit de fuerza. Empeora nuevamente y el día 12 se pauta un nuevo ciclo de inmunoglobulinas durante cinco días, que finalizó el 25 de diciembre, fecha en la que es vista en la consulta de Neurología, está pendiente de realizar una resonancia magnética craneal y de columna cervical-lumbar para completar el diagnóstico diferencial, el cuadro clínico sigue siendo compatible con una polirradiculopatía desmielinizante aguda-subaguda, sin poder descartar una evolución a crónica.

Dada la movilidad reducida de la paciente y por los problemas articulares que empieza a manifestar en los tobillos debido a la marcha patológica, es remitida al servicio de Rehabilitación para valoración y apoyo terapéutico.

En enero de 2012 el cuadro clínico sigue sin mejorar por lo que se prescribe una analítica completa con marcadores tumorales, anticuerpos onconeuronales, resonancia magnética (RNM) cerebral, EMG que mostró datos de cronicidad en las lesiones y TAC cérvico-torácico-abdominal, con la indicación clínica de síndrome constitucional a descartar síndrome paraneoplásico, esta última prueba se realiza el 31 de enero e informa de LOES (lesiones ocupantes de espacio) hepáticas indiferenciadas.

Los resultados de las pruebas realizadas son compatibles con una polirradiculopatía crónica desmielinizante de filiación etiológica desconocida continuando con el tratamiento de ciclos mensuales de inmunoglobulinas y esteroides orales de fondo.

En enero 2013, el cuadro clínico ha ido empeorando lentamente por lo que se remite a la paciente a la Unidad de Nervio Periférico del Hospital Clínico San Carlos.

En informe de 12 de febrero de 2013 de la Unidad de neuro muscular del Hospital Clínico San Carlos se refiere: realizada PET-TAC de hueso se aprecia intensa captación de FDG (Tomografía por emisión de positrones con fluorodeoxyglocosa 18) en una lesión lítica que adelgaza la cortical, que se extiende por ilíaco, acetáculo e isquion izquierdos, con SUV máxima de 32,2 sugerente de malignidad de alto grado.

La biopsia de la lesión informa: material hemático y fragmentos de un crecimiento neoplásico constituido por células de aspecto plasmocitoide con núcleo desplazado a la periferia y halo paranuclear, con marcada expresión de CD 138, MUM -1 y cadenas ligeras lambda. Compatible con plasmocitoma. Se inicia tratamiento con radioterapia local y quimioterapia posterior con lenalidomida.

El diagnóstico que se emite es polineuropatía desmielinizante grave asociada a plasmocitoma, probable síndrome de POEMS.

La paciente presenta incapacidad para la marcha con desplazamientos en silla de ruedas, es absolutamente dependiente para la higiene y el cuidado personal.

CUARTO.- Por dichos hechos se ha instruido el procedimiento de responsabilidad patrimonial. Con fecha 12 de noviembre de 2013, se requiere a la reclamante para que indique el centro de salud al que corresponde el médico de atención primaria que derivó a la paciente al Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

Se ha incorporado al expediente la historia clínica de la paciente y se han recabado los informes de los servicios intervinientes en el proceso asistencial: el Servicio de Neurología y el Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares, como Servicios supuestamente causantes del daño.

Igualmente consta el informe de la Inspección Sanitaria de 6 de febrero de 2014 en el que el médico inspector subraya haber examinado exhaustivamente, junto con un radiólogo, las imágenes de la prueba de 31 de enero de 2012, en las que afirma que se aprecia “*una zona de alteración del patrón óseo en la médula ósea isquiática izquierda, con minoración o desaparición de la imagen del complejo trabecular, aunque manteniendo integra la cortical y sin afectación de partes blandas*” y matiza:

“- *No hay afectación de la cortical, aspecto de gran relevancia para detectar la presencia de Imagen patológica, lo que si existe es una zona de contraste con densidad próxima a la del aire incrementada de tamaño respecto a la del lado contralateral. Esa variación de densidad puede considerarse normal en el área medular del isquion por corresponder a la zona trabeculada y enmascarar como posiblemente sucedió en este caso la patología que efectivamente existía, no es por tanto difícil considerar equivocadamente, que esa imagen, que podría ser fisiológica se presente aumentada de tamaño porque la paciente esté ligeramente rotada durante la prueba.*

- *No se suministran porque no existían, datos clínicos de sospecha en la localización de la imagen patológica, es claro que el síntoma principal del plasmocitoma óseo es el dolor, sin embargo en este caso no se refiere ese síntoma localizado, posiblemente porque la clínica derivada de la polirradiculopatía, atribuible al síndrome de Poems era mucho más intensa, en cualquier caso, es claro que el radiólogo no tiene ningún dato clínico que le induzca a sospechar patología específica en la zona del íleon isquion izquierdos, siendo los únicos datos clínicos suministrados: “Síndrome constitucional a descartar síndrome paraneoplásico”.*

- *La sospecha de plasmocitoma óseo puede no formar parte de la actitud habitual del especialista en imagen por su muy escasa frecuencia, estimada es de 0.34 por cien mil habitantes.*

Establecidas esas matizaciones necesarias, el criterio del Médico Inspector es que sin poder razonablemente asumir la presencia de un error grosero, si puede estimarse que existió una posibilidad de apreciar una imagen patológica en el TAC efectuado el 31 de Enero del 2012 que sin embargo pasó desapercibida, lo que puede determinar la apreciación de un supuesto de pérdida de oportunidad».

Finalmente, y una vez concretado que parece razonable asumir un cierto error u omisión en la información del TAC realizado el 31 de enero de 2012, el informe concluye que la atención sanitaria dispensada a la paciente en el año 2012 en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares y más concretamente en el acto de estudio e información de un TAC abdominal que le fue realizado el 31 de enero de 2012, se produjo una insuficiencia diagnóstica, emitiendo una información falsamente negativa de patología, que constituyó una pérdida de oportunidad y por tanto un daño antijurídico cuya repercusión en el resultado final debe ser adecuadamente ponderado ya que afirma que, contrariamente a lo expresado en la reclamación, “*(...) lo cierto es que esos daños se derivan de una enfermedad muy infrecuente y muy grave, existiendo actualmente para afrontarla variadas posibilidades terapéuticas no concretadas en un protocolo porque no existe suficiente evidencia clínica de opciones priorizables por resultado con criterios de certeza*”, cita bibliografía que confirma la inexistencia de una tratamiento reconocido como estándar y también confirma la indicación del tratamiento con corticoides prescrito a la paciente, ya que puede producir mejoría en un 15 por ciento de los casos.

La interesada presenta dictamen de la Consejería de Asuntos Sociales reconociendo un grado total de discapacidad del 81 por ciento.

Se ha incorporado un informe de valoración de daño corporal que se emite por una licenciada en Medicina y Cirugía a solicitud del Servicio de Responsabilidad Patrimonial del SERMAS, datado el 7 de julio de 2014 y que valora el daño en 21.394,80 euros por computar un periodo de retraso diagnóstico del plasmocitoma de 378 días, contados desde la fecha de realización la mencionada prueba el 31 de enero de 2012 y hasta el diagnóstico una vez derivada al Hospital Clínico San Carlos el 12 de febrero de 2013, considerándose todo el periodo impeditivo por los tratamientos a los que fue sometida durante el mismo.

Por escrito de 1 de octubre de 2014, notificado el día 6 siguiente, se comunica la apertura del trámite de audiencia con remisión del expediente administrativo. No consta la presentación de alegaciones ni el aporte de nuevos documentos en uso del indicado trámite.

El 4 de diciembre de 2014, la secretaria general del Servicio Madrileño de Salud (por delegación de firma del viceconsejero de Asistencia Sanitaria en virtud de Resolución 6/2014, de 17 de marzo) elevó propuesta de resolución estimatoria parcial de la reclamación presentada, reconociendo a la interesada una indemnización, ya actualizada, de 22.229,19 euros.

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes,

CONSIDERACIONES DE DERECHO

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo, de acuerdo con el artículo 13.1.f.).1º de su Ley Reguladora, 6/2007, de 21

de diciembre (LRCC), y a solicitud de un órgano legitimado para ello, según el artículo 14.1 LRCC.

El presente dictamen ha sido evacuado dentro del plazo ordinario establecido en el artículo 16.1 LCC, cuyo término se fijó el 24 de enero de 2015.

SEGUNDA.- La responsabilidad patrimonial de la Administración se encuentra regulada en el artículo 106.2 de la Constitución. El desarrollo legal de este precepto se encuentra contenido en los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (LRJ-PAC) y en el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (RPRP).

Concurre legitimación activa y pasiva en la reclamante y en la Comunidad de Madrid.

La reclamación se ha presentado dentro del plazo establecido en el artículo 142.5 LRJ-PAC.

El procedimiento se ha iniciado a instancia de parte y se ha instruido cumpliendo los trámites preceptivos, aunque procede destacar que se ha sobrepasado con creces el plazo de seis meses para resolver que establece el artículo 13 RPRP. Llama especialmente la atención que desde el último informe emitido, el de valoración del daño corporal de 7 de julio de 2014, hasta el trámite de audiencia, que se otorga el 1 de octubre del mismo año, han transcurrido casi tres meses.

Por otro lado, no se ha incorporado al expediente, a pesar de haber sido solicitado como prueba por parte de la reclamante, la placa del TAC de 31

de enero de 2012 sobre la que se fundamenta toda la reclamación. Sin embargo, este Consejo Consultivo no considera necesaria la retroacción puesto que la Inspección Sanitaria ha dejado constancia en su informe del hecho de haber examinado la placa y haber apreciado la lesión ósea de la que no se informó y que habría permitido diagnosticar el plasmocitoma más tempranamente.

También es relevante hacer constar que la reclamación hace referencia en varias ocasiones que “*todos los facultativos y peritos que han podido valorar la imagen de la placa del TAC de 31 de enero de 2012 (en cd) han advertido la existencia de la lesión incluso sin saber cuál ha sido el resultado final*” (folio 3) y que “*como reconocen todos los facultativos que han analizado la TAC y todos los peritos consultados, las imágenes no ofrecen duda alguna*” (folio 6). Sin embargo, no consta en todo el procedimiento ningún informe médico o dictamen pericial en el que se contengan dichas afirmaciones ni otras de carácter médico que también se expresan en la reclamación, como que “*la demora diagnóstica ha permitido que la zona afectada por la enfermedad sea mayor y se haya visto más agredida*”. Este Consejo Consultivo entiende que si la reclamante dispone de informes médicos o dictámenes periciales que sustenten estas afirmaciones su aportación al expediente, además de ser una manifestación de buena fe, sin duda facilitaría el acierto de la resolución administrativa y, desde luego, del dictamen de este órgano, que hubiera podido contrastarlos con los informes ya obrantes en el expediente y de los que se ha dado cuenta en los antecedentes de hecho.

TERCERA.- Para apreciar la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración son precisos los siguientes requisitos: a) La efectiva realidad del daño o perjuicio, evaluable económicamente e individualizado en relación a una persona o grupo de personas. b) Que el daño o lesión patrimonial sufrida por el reclamante sea consecuencia del funcionamiento

normal o anormal -es indiferente la calificación- de los servicios públicos en una relación directa e inmediata y exclusiva de causa a efecto, sin intervención de elementos extraños que pudieran influir, alterando, el nexo causal. c) Ausencia de fuerza mayor. d) Que el reclamante no tenga el deber jurídico de soportar el daño.

Ha quedado acreditada la realidad del daño por el que se reclama responsabilidad indemnizatoria, ya que constan en el expediente suficientes informes que adveran el estado de dependencia de la paciente para todas las actividades de la vida diaria.

El Consejo Consultivo, siguiendo la jurisprudencia, ha establecido el cumplimiento de la *lex artis* como parámetro de actuación de los profesionales sanitarios, exigiéndose para su existencia la infracción de ese criterio básico y siendo la obligación del profesional sanitario prestar la debida asistencia y no de garantizar, en todo caso, la curación del enfermo, así el Dictamen 393/14, de 10 de septiembre.

En el caso sometido a dictamen dos son los reproches que se efectúan a la asistencia sanitaria prestada:

- Retraso de diagnóstico y tratamiento del plasmocitoma, que pudo haberse detectado en el TAC de 31 de enero de 2012.
- Tratamiento incorrecto de inmunoglobulinas y corticoides que empeoró la situación de la paciente.

Según el informe de la Inspección Sanitaria, de especial relevancia por su presumible imparcialidad, objetividad y profesionalidad (así la Sentencia de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Madrid de 14 de marzo de 2013), no existían datos clínicos de sospecha en la localización de la imagen patológica, ya que el síntoma principal del plasmocitoma óseo es el dolor, que no se refirió como síntoma,

posiblemente porque la clínica derivada de la polirradiculopatía era mucho más intensa, siendo los únicos datos clínicos suministrados: “*Síndrome constitucional a descartar síndrome paraneoplásico*”. El dato clínico señalado anteriormente obligaría a revisar cuidadosamente las imágenes porque la remisión clínica establece un escenario a descartar de gran importancia al añadir al síndrome constitucional un síndrome paraneoplásico.

Según el médico inspector, el segundo reproche carece por completo de fundamento, ya que dicho tratamiento era correcto para la neuropatía desmielinizante que también sufría la enferma, en la que concurrían ambas patologías.

La valoración de la Inspección no es concordante con la literatura resumida en la Revista de Neurología (2011), que establece cómo la polineuropatía del síndrome de POEMS no responde al tratamiento con inmunoglobulina intravenosa ni a la plasmaféresis, a diferencia de lo que ocurre en la polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica. El error diagnóstico conduce a un error terapéutico ante una aparentemente similar patología.

De acuerdo con este mismo informe se reconoce que, en efecto, hubo un retraso de diagnóstico, dando la razón a la reclamante en la consideración de que la lesión ósea pudo haberse detectado en el TAC de 31 de enero de 2012.

El médico inspector no es particularmente contundente, ya que expresa que “*sin poder razonablemente asumir la presencia de un error grosero, si puede estimarse que existió una posibilidad de apreciar una imagen patológica en el TAC efectuado el 31 de Enero del 2012 que sin embargo pasó desapercibida*”. Admite, pues, la existencia de un error, pero no

grosero, lo que implica que debamos analizar la entidad de dicho error para valorar la existencia o no de pérdida de oportunidad.

El mismo informe de la Inspección Sanitaria afirma que se aprecia “*una zona de alteración del patrón óseo en la médula ósea isquiática izquierda, con minoración o desaparición de la imagen del complejo trabecular, aunque manteniendo íntegra la cortical y sin afectación de partes blandas*” y concluye que hubo una “*pérdida de oportunidad objetivada*”.

Por su parte, el informe de la jefa del Servicio de Radiodiagnóstico reconoce, sin lugar a dudas, a existencia de un “*falso negativo*” en el informe radiológico emitido.

A mayor abundamiento, el informe del facultativo especialista en Neurología del Hospital Príncipe de Asturias sostiene que “*con el plan diagnóstico diseñado por mí se hubiera llegado a la misma conclusión que en la unidad especializada del Hospital Clínico, pero con un año de antelación, de no mediar una discrepancia entre lo encontrado por la TC cérvico-torácico-abdominal y lo reflejado en el informe que me fue remitido*”.

Esta última apreciación, y la valoración conjunta de todos los informes, permite concluir que el error en la observación del TAC fue de una entidad suficiente como para apreciar la pérdida de oportunidad.

Abunda en ello que el diagnóstico diferencial, o incluso adicional, que se estableció fue con un posible síndrome paraneoplásico, enfermedad grave que por sí sola justifica que se hubiera realizado una RMN, prueba que hubiera permitido diagnosticar precozmente el síndrome de POEMS.

En consideración a estas circunstancias cabe apreciar la existencia de pérdida de oportunidad como, por lo demás, hace el médico inspector pese a expresarlo suavemente.

La reclamación expone que el retraso de diagnóstico influyó decisivamente en el estado de la paciente permitiendo un empeoramiento de su estado de salud con la mayor afectación de la zona ósea afectada por la lesión y su progresión. Por el contrario, el médico inspector afirma que la mala evolución de la paciente se debe a su patología (POEMS) y no al retraso de diagnóstico, llegando a afirmar que aunque dicha enfermedad de base se hubiera diagnosticado con anterioridad el tratamiento no está determinado y hay una pluralidad de tratamientos posibles, entre los que se encuentra el que se siguió con la enferma, afirmando la indicación del tratamiento con corticoides prescrito a la paciente, ya que, según el médico inspector puede producir mejoría en un 15 por ciento de los casos. A este propósito es necesario señalar que la evolución de los pacientes tratados con esteroides fue notablemente insatisfactoria, tal como demostró Kuwabara ya en 1987, reservándose en los estudios retrospectivos el tratamiento exclusivo con corticoides al de los controles históricos, frente a la incorporación de nuevos medicamentos o nuevas técnicas.

Nuevamente la valoración del médico inspector no coincide con la bibliografía, ya considerada clásica porque no es reciente, en el sentido de que el pronóstico del síndrome de POEMS depende de la intensidad de las manifestaciones sistémicas y del momento evolutivo en que se realice el diagnóstico (Dispenzieri, A. et al. Blood, 2003; Soubrier, M.J. et al. Am-Med., 1994; Kuwabara, S. et al. Cochrane Database Syst Rev., 2008).

No existe, tampoco, una relación directa entre el número de manifestaciones clínicas en el momento del diagnóstico y el pronóstico ulterior, porque puede haber remisión o mejoría de su cuadro clínico como buena respuesta a la terapéutica, tal como se ha visto en algunos casos (Dispenziweri, A. Hematology Am. Soc. Educ. Program., 2005; Ashawesh, K et al. Medscape Journal Med., 2009).

La falta de aportación de informes periciales al expediente administrativo por parte de la reclamante para sustentar su afirmación, unido a lo que acabamos de exponer, determina que debamos considerar la existencia de una pérdida de oportunidad, siendo la dificultad principal concretar en un determinado porcentaje las posibilidades que hubiera tenido la enferma de encontrarse en una situación mejor que la actual si hubiera sido diagnosticada el 31 de enero de 2012.

En este sentido no cabe olvidar que el Consejo Consultivo asume la jurisprudencia que entiende que la pérdida de oportunidad se define - entre otras, en sentencia de 7 de julio de 2008, (recurso de casación 4476/2004) como «*la privación de expectativas, (...) y constituye, como decimos, un daño antijurídico, puesto que, aunque la incertidumbre en los resultados es consustancial a la práctica de la medicina (circunstancia que explica la inexistencia de un derecho a la curación), los ciudadanos deben contar, frente a sus servicios públicos de la salud, con la garantía de que, al menos, van a ser tratados con diligencia aplicando los medios y los instrumentos que la ciencia médica pone a disposición de las administraciones sanitarias; tienen derecho a que, como dice la doctrina francesa, no se produzca una “falta de servicio”*». Como afirma la sentencia de 21 de febrero de 2008 (recurso de casación 5271/2003) la doctrina de la pérdida de oportunidad consiste en que no se haya “*dejado de practicar actuación médica alguna ni se ha omitido tampoco ningún tratamiento posible*”. En el mismo sentido la sentencia de 13 de julio de 2005 (recurso de casación 435/2004): “*sin que conste la relevancia causa- efecto de un diagnóstico precoz porque, como afirma la sentencia recurrida, para que la pérdida de oportunidad pueda ser apreciada debe deducirse ello de una situación relevante, bien derivada de la actuación médica que evidencie mala praxis o actuación contra protocolo o bien de otros extremos como pueda ser una simple sintomatología evidente indicativa de que se actuó incorrectamente o con omisión de medios*”.

En el presente caso, la mala praxis se produjo en la omisión de la apreciación de la lesión ósea que mostraba el TAC de 31 de enero de 2012 que determinó el retraso en el diagnóstico del plasmocitoma, sin que los informes médicos existentes en el expediente alcancen a indicar hasta qué punto dicho retraso ha perjudicado a la enferma o si la ha llegado a perjudicar.

La valoración de la pérdida de oportunidad objetivada es determinante porque en el síndrome de POEMS están utilizándose desde hace años otras terapias que en porcentajes significativos han modificado el pronóstico y la evolución de esta enfermedad.

Desde el año 2000 se demostraron los notables efectos del autotransplante, tal como ratificó Jaccard en el año 2002, haciendo referencia a una mejoría significativa de los síntomas neurológicos, una remisión clínica hasta de 58 meses y una supervivencia del 100 por cien. En otras series la supervivencia estimada fue del 95 por ciento, con buenas respuestas clínicas.

Posteriormente, en 2003, Dispenzieri, A. demuestra la eficacia de la radiación como un instrumento terapéutico más.

En 2008 se describe la eficacia de la talidomida, que se muestra eficaz clínicamente en el control de los síntomas, pero además, la polinerupatía del síndrome de POEMS, inicialmente afecta a miembros inferiores y, a medida que progresla la enfermedad dejada a su evolución natural, compromete los miembros superiores, llegando a una afectación funcional grave que lleva al paciente a la silla de ruedas y a la dependencia total (Dispenzieri, A. Blood Rev., 2007; Lozeron, P., Adams, D. Curr. Opin. Neurol., 2007)

En esta circunstancia es preciso atender al informe de valoración del daño emitido a solicitud del SERMAS en el que se afirma que “*el estado*

actual en el que se encuentra la paciente se debe a la progresión de la polineuropatía desmielinizante, que además se encuadra dentro de un posible síndrome POEMS, y que no puede imputarse al retraso de diagnóstico del plasmocitoma”, por ello, no valora la pérdida de oportunidad acaecida, sino tan solo el tiempo de retraso de diagnóstico desde el 31 de enero de 2012, fecha en la que pudo haberse diagnosticado, hasta el 12 de febrero de 2013, cuando efectivamente se diagnosticó, resultando 378 días que se valoran como impeditivos ya que el tratamiento que recibía la enferma en dicho momento le impedía el normal desempeño de su actividad ordinaria.

El síndrome de POEMS es un trastorno poco frecuente que hay que valorar ante todo paciente con un cuadro polineuropático de predominio motor y evolución crónica, porque se trata de un proceso tratable y potencialmente curable y cuyas manifestaciones clínicas pueden experimentar mejoría con el tratamiento médico disponible (Revista de Neurología, 2011; 53 (1) 44-50)

La bibliografía utilizada es de conocimiento común y a ella se accede a través de Internet con los buscadores más conocidos tras introducir “síndrome de POEMS”.

En definitiva, no se ha incorporado al expediente ningún informe de valoración de la pérdida de oportunidad: el informe de valoración emitido a petición del SERMAS valora como tal los días de retraso de diagnóstico, pero no la pérdida de oportunidad. Tampoco lo hace el informe de la Inspección Sanitaria que tan solo afirma la existencia de pérdida de oportunidad.

CUARTA.- Ante la ausencia de otros informes de valoración aportados por la reclamante, este órgano consultivo entiende que procede efectuar una valoración del daño tomando como referencia las cuantías

correspondientes al año 2013 del Baremo fijado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en circulación de vehículos a motor, si bien subrayando su carácter orientativo y no vinculante.

En efecto, las lesiones neurológicas padecidas por la interesada no se encuentran recogidas en el citado Baremo, por ello, equipararemos su situación de discapacidad y dependencia a la de una tetraplejía que permite la sedestación, por la que se aplicarían 90 puntos, a 3.086,15 euros el punto, asciende a 277.753,5 euros.

Como perjuicio estético por la silla de ruedas estimamos un perjuicio moderado, con 10 puntos, que a 1.254,84 euros el punto implican 12.548,40 euros.

A la suma de ambas cantidades (290.301,90 euros) hay que añadir el 10 por ciento (29.030,10) de perjuicio económico, como factor de corrección. También como factores de corrección incluimos daños complementarios por secuela superior a 75 puntos y adecuación de la vivienda, estimamos 100.000 euros por ambas cantidades, lo que implica una cuantía de 419.332 euros.

No obstante, es preciso señalar que la afectada no partía de una situación de sanidad plena, como es habitual que ocurra en los casos de accidentes de circulación, circunstancia que ha de ser tenida en cuenta para modular el *quantum* indemnizatorio.

Por otro lado, nos encontramos ante un supuesto de pérdida de oportunidad en el que no se cuestiona la supervivencia de la víctima sino su situación de discapacidad o minusvalía, la cual no hubiera podido evitarse sino tan solo retrasarse, por lo que consideramos adecuada una indemnización de 200.000 euros, próxima a la mitad de la extraída del

Baremo, el cual no tiene en cuenta ni el estado de salud inicial de la paciente ni la pérdida de oportunidad.

En mérito a quanto antecede, el Consejo Consultivo formula la siguiente

CONCLUSIÓN

Procede estimar parcialmente la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada e indemnizar a la reclamante con la cantidad de 200.000 euros, cantidad que deberá actualizarse al momento de dictar resolución, de conformidad con lo establecido en el artículo 141.3 LRJ-PAC.

A la vista de todo lo expuesto, el órgano consultante resolverá según su recto saber y entender, dando cuenta de lo actuado, en el plazo de quince días, a este Consejo de conformidad con lo establecido en el artículo 3.7 del Decreto 26/2008, de 10 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 28 de enero de 2015