



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero

Sr. Pérez Solano, Consejero y

Ponente

Sr. Quijano González, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 14 de febrero de 2008, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada a instancia de D. xxxxx y Dña. xxxx1, Dña. xxxx2, Dña. xxxx3, Dña. xxxx4 y D. xxxx5*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

DICTAMEN

I

ANTECEDENTES DE HECHO

El día 16 de enero de 2008 tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyyyy, en nombre y representación de D. xxxxx, Dña. xxxx1, Dña. xxxx2, Dña. xxxx3, Dña. xxxx4 y D. xxxx5, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que fue prestada a su esposa y madre, respectivamente, ya fallecida, Dña. xxxx6, en el Hospital hhhhh de xxxxx.*

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 21 de enero de 2008, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 46/2008, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por el Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Pérez Solano.



Primero.- El 12 de enero de 2006, D. yyyy, en nombre y representación de D. xxxxx, Dña. xxxx1, Dña. xxxx2, Dña. xxxx3, Dña. xxxx4 y D. xxxx5, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial por el fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, Dña. xxxx6, de 59 años, como consecuencia de la deficiente asistencia sanitaria que le fue prestada en el Hospital hhhhh, de xxxxx. El óbito se produjo el 18 de julio de 2005.

Consideran que existió un error de diagnóstico, por no detectar un glioblastoma multiforme temporal izquierdo que padecía la paciente, y que no se le prestó una asistencia adecuada puesto que, ante la sintomatología que presentaba, no se realizaron las pruebas necesarias -entre ellas un TAC con contraste- para el diagnóstico de su enfermedad.

En la reclamación se manifiesta lo siguiente:

“Durante el tiempo que la paciente estuvo acudiendo a los centros hospitalarios de xxxxx (entre agosto y octubre de 2004) presentaba una clara sintomatología (disminución del estado de alerta, visión disminuida, problemas del lenguaje, disminución en la coordinación, debilidad, sensación de malestar general, confusión) que, si atendemos a la literatura médica, es sospechosa de una patología neurológica.

»En ningún momento se realizó diagnóstico concluyente alguno sobre el origen de las dolencias que la Sra. xxxx6 presentaba, descartando cualquier origen neurológico de las mismas.

»La paciente fue sometida a un TAC sin contraste, prueba que no permite descartar, con fiabilidad, la existencia o no de lesiones cerebrales y un ecocardiograma, que fue realizado una vez fue dada de alta, es decir, sin ningún carácter de urgencia.

»La enferma tuvo que desplazarse, tras dos meses y medio de incertidumbre, a un centro hospitalario fuera de su localidad de residencia [Hospital hhhh1 de xxxx], que contaba con los mismos medios diagnósticos que los que poseía el centro donde hasta entonces había sido tratada, para obtener un diagnóstico certero de sus dolencias: ‘Glioblastoma multiforme temporal izquierdo’.



»La paciente se sometió a un agresivo tratamiento de radio y quimioterapia, sufriendo también graves dolencias de tipo vascular, crisis de angustia y epilépticas.

»Por todo ello cabe concluir que si los facultativos que atendieron a la Sra. xxxx6 en un primer momento hubieran prestado la debida atención a la sintomatología que presentaba y hubieran puesto a su disposición todos los medios diagnósticos para poder averiguar el origen de sus dolencias, se hubiera podido detectar con precocidad la grave patología neurológica que padecía. Este hecho hubiera permitido iniciar con anterioridad el tratamiento adecuado, con mayores posibilidades de supervivencia y/o curación”.

No cuantifican la indemnización que solicitan.

Acompañan a su reclamación el poder otorgado al compareciente para actuar en nombre de los interesados, diversos informes médicos del Complejo Hospitalario de xxxxx -que ya obran en la historia clínica- y del Hospital General hhhh1, y los partes de baja y alta por incapacidad temporal.

Segundo.- Al expediente se ha incorporado, además de la historia clínica de la paciente, la siguiente documentación:

- Informes de la Facultativo Especialista de Área de Neurología, de fechas 15 de febrero y 4 de mayo de 2006.

- Escrito del Coordinador de Medicina Interna, de la misma fecha, en el que muestra su acuerdo con el contenido del informe anteriormente reseñado.

- Informe de la responsable de la Unidad de Cuidados Paliativos, fechado el 17 de febrero de 2005 (sic).

- Informe de la Inspección Médica, de 17 de mayo de 2006.

- Dictamen médico realizado, con fecha 7 de agosto de 2006, a instancia de la compañía aseguradora de la Administración.



Tercero.- Concedido el trámite de audiencia a los reclamantes, no se ha presentado escrito de alegaciones o documentación alguna.

Cuarto.- Consta en el expediente la interposición por parte de los interesados de un recurso contencioso administrativo contra la desestimación presunta de la reclamación de responsabilidad patrimonial, su admisión a trámite y la remisión del expediente a la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León.

Quinto.- El Director General de Desarrollo Sanitario de la Gerencia Regional de Salud emite, con fecha 6 de noviembre de 2007, informe-propuesta de carácter desestimatorio.

Sexto.- Con fecha 22 de noviembre de 2007, la Dirección General de Administración e Infraestructuras del citado organismo formula una propuesta de orden desestimatoria de la reclamación interpuesta.

Séptimo.- El 28 de noviembre de 2007, la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la propuesta de orden mencionada.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

1ª.- El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente, con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.h), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Segunda emitir el dictamen según lo establecido en el punto 4º, regla B), apartado f), del Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno del Consejo, por el que se determina el número, orden, composición y competencias de las Secciones.

2ª.- El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen



Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (12 de enero de 2006) hasta que la solicitud de dictamen ha tenido entrada en ese Consejo Consultivo (16 de enero de 2008). En particular, llama la atención la inexplicable tardanza -más de un año- en formular la propuesta de orden desde finalización del trámite de audiencia. Estas circunstancias necesariamente han de considerarse como una vulneración por parte de la Administración de principios y criterios relativos a su actuación recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros.

A este respecto, debe tenerse presente que los titulares de las unidades administrativas y el personal al servicio de las Administraciones Públicas que tuviesen a su cargo la resolución o el despacho de los asuntos, serán responsables directos de su tramitación y adoptarán las medidas oportunas para remover los obstáculos que impidan, dificulten o retrasen el ejercicio pleno de los derechos de los interesados o el respeto a sus intereses legítimos, disponiendo lo necesario para evitar y eliminar toda anomalía en la tramitación de procedimientos; y que los términos y plazos establecidos en esta u otras leyes obligan a las autoridades y personal al servicio de las Administraciones Públicas competentes para la tramitación de los asuntos, así como a los interesados en los mismos. Ello en virtud de lo dispuesto en los artículos 41.1 y 47 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

3ª.- Concurren en la parte reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

4ª.- El artículo 106.2 de la Constitución establece que "los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los



casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la reiterada doctrina del Consejo de Estado así como la de este Consejo Consultivo, la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

b) El carácter antijurídico del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley.

c) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o actividad en cuyo ámbito se produce el daño.

d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.

f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

No obstante, la jurisprudencia ha venido modulando el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial al rechazar que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con el mismo que se pueda producir.



En el ámbito de la responsabilidad sanitaria, el parámetro que permite apreciar el grado de corrección de la actuación sanitaria a la que se imputa el daño viene determinado por el criterio de la *lex artis*. La teoría de la *lex artis ad hoc* en la actuación médica, parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios, en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración sanitaria y sus agentes están obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada, según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis ad hoc* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño -por no ser éste antijurídico- cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis*, mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración.

Quiere con ello decirse que incluso en aquellos supuestos en los que pudiera producirse un error de diagnóstico, de tal circunstancia no cabe derivar automáticamente la responsabilidad patrimonial de la Administración, toda vez que pueden producirse situaciones en las que, la evolución silente de la dolencia u otras circunstancias, hayan impedido acertar con el diagnóstico, a pesar de la correcta actuación seguida a tal fin por los servicios sanitarios.

5ª.- El asunto sometido a consulta versa sobre la reclamación de responsabilidad patrimonial formulada por D. yyyyy, en nombre y representación de D. xxxxx, Dña. xxxx1, Dña. María xxxx2, Dña. xxxx3, Dña. xxxx4 y D. xxxx5, por el fallecimiento de su esposa y madre, respectivamente, Dña. xxxx6, como consecuencia de un error en el diagnóstico de su enfermedad.



La reclamación se ha formulado en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, al no haber transcurrido un año desde la fecha del fallecimiento de la paciente.

6ª.- En cuanto al fondo del asunto, este Consejo Consultivo comparte en lo fundamental el criterio de la propuesta de orden de que conduce a desestimar la reclamación de los interesados. De la documentación obrante en el expediente se desprende que no ha concurrido la actuación negligente que los reclamantes imputan a los servicios sanitarios públicos.

A) Con carácter previo, es preciso hacer unas consideraciones sobre la enfermedad padecida por la paciente, al objeto de valorar si la actuación médica fue correcta o no y, en éste caso, su incidencia sobre su evolución posterior.

El dictamen médico expone que “el glioblastoma multiforme es el tumor cerebral de estirpe glial astrocitaria de mayor malignidad histológica. Se caracteriza por su alto grado de indiferenciación celular y anaplasia con un rápido crecimiento y poder infiltrante de parénquima sano colindante. (...) El pronóstico en estos procesos es muy desfavorable, la supervivencia media tras el diagnóstico se sitúa entre 3 y 6 meses. El tratamiento quirúrgico, quimioterápico o radioterápico, suele modificar poco la expectativa vital. En un estudio reciente se ha podido comprobar que sólo el 2,2% de los pacientes sobreviven más allá de los tres años, a pesar del tratamiento, por lo que desgraciadamente en estos casos el diagnóstico precoz no es una variable que influye de forma determinante en la evolución”. En el mismo sentido, el informe de la Inspección Médica afirma que “el glioblastoma multiforme es altamente agresivo, con crecimiento muy rápido, y pronóstico sobrio (sic), la terapias que se aplican se pueden considerar paliativas. A pesar de la aplicación de una terapia considerada como plenamente óptima, la supervivencia media es inferior a 1 año”.

B) De la documentación obrante en el expediente remitido se desprende el siguiente relato de los hechos:

El 28 de agosto de 2004 la paciente ingresó en el Hospital hhhhh de xxxxx por presentar de forma brusca, al despertar de una siesta, dificultad para la expresión del lenguaje y la nominación de objetos con comprensión



conservada, de aproximadamente 4 horas de duración y recuperación total posterior. La exploración neurológica al ingreso era normal. Se realizó un estudio completo: analítica general, electrocardiograma, Rx de tórax, TAC craneal sin C.I.V. y eco-doppler TSA (de troncos supraaórticos). Los resultados fueron normales y durante el tiempo de ingreso permaneció asintomática. Fue dada de alta el 2 de septiembre de 2004 con el diagnóstico de ataque isquémico transitorio, bocio multinodular y HTA. Se pautó tratamiento con adiro, se solicitó ecocardiograma y analítica, y se le citó para el 15 de septiembre.

El día de la cita acudió a consultas externas de neurología, donde fue nuevamente valorada a la vista de las pruebas complementarias realizadas. No consta que la paciente refiriera sintomatología alguna.

El 6 de octubre causó baja por incapacidad temporal con diagnóstico de visión borrosa. No figura en la historia clínica que acudiera a urgencias o a consulta de neurología. Según afirma la neuróloga, la paciente le abordó en un pasillo del hospital para comentarle que veía mal, describiéndolo como un trastorno del campo visual. Ante la sospecha de una posible cuadrantanopsia, la médico la envió a Oftalmología para que hicieran una campimetría y, a la vista del resultado, actuar.

El 8 de octubre se efectúa un estudio oftalmológico. Consta en la historia clínica que se le hizo un campo visual.

El 13 de octubre la paciente se presentó en la consulta acompañada de su hija. Al no estar citada para ese día, no se disponía en la consulta de la historia clínica ni de la campimetría solicitada. Según el informe de la neuróloga "su hija, estudiante de medicina, me dijo que su madre podía tener una hemorragia, a lo que yo contesté que me parecía bastante improbable y, que si realmente se confirmaba el defecto de campo visual, era mucho más probable que fuera isquémico". Por ello, se le citó el 20 de octubre para examinar a la paciente con la campimetría y a la vista del resultado, valorar pedir una RM -resonancia magnética- (según afirma la neuróloga en su informe).

Obra en el expediente un informe de la neuróloga, fechado el 13 de octubre de 2004, necesario para obtener el visado de la Inspección Médica



para iniciar el tratamiento con Clopidogrel. Como diagnóstico que justifica la prescripción se señala "AIT carotídeo izdo. Ictus de repetición (...)".

La paciente no acudió a la consulta de Neurología del día 20.

El 18 de octubre, sin embargo, acudió al Hospital hhhh1 de xxxx, donde quedó ingresada. En la nota de alta del Servicio de Neurología se describe la enfermedad al ingreso de la siguiente manera: "encontrándose previamente bien, la paciente inicia hace tres semanas una clínica de déficit visual en campo derecho, de carácter fluctuante con visión borrosa y presencia de metamorfopsias. Asimismo refiere pérdida de peso no cuantificada en el último mes, sin otros síntomas neurológicos ni generales". Durante el ingreso se le realizan diversas pruebas: analítica general, ECG, RX de tórax, TAC craneal sin y con contraste, RM craneal y biopsia estereotáxica. Se diagnostica glioblastoma multiforme temporal izquierdo y síndrome ansioso depresivo reactivo, por lo que se decide iniciar tratamiento radioterápico asociado a quimioterapia con temozolamida. Ante la estabilidad clínica es dada de alta el 29 de octubre de 2004.

El 24 de enero de 2005, se le realiza TAC craneal sin y con contraste I.V. en el Complejo Hospitalario de xxxxx. El informe radiológico, tras describir los hallazgos, señala que no se puede valorar la evolución de la enfermedad tras el tratamiento al no disponer de imágenes de estudios previos.

El 10 de marzo de 2005, la RM craneal practicada en xxxx muestra, tras su comparación con la realizada el 20 de octubre de 2004, "un evidente aumento en el tamaño tumoral, a excepción del pequeño componente talámico que ha disminuido su tamaño".

Como consecuencia de la evolución del tumor, y tras sufrir diversas complicaciones asociadas a la enfermedad, la paciente fallece el 18 de julio de 2005 en el Servicio de Medicina Paliativa del Hospital hhhhh de xxxxx.

C) Una vez expuestos los hechos, ha de analizarse si la actuación médica practicada fue o no ajustada a la *lex artis ad hoc*.

Los reclamantes alegan que, ante la sintomatología que presentaba la paciente, no se pusieron a su disposición todos los medios diagnósticos para



poder averiguar el origen de sus dolencias. Por ello, consideran que ha existido un error de diagnóstico, al no detectar un glioblastoma multiforme temporal izquierdo que padecía la paciente –y que fue diagnosticado posteriormente en el Hospital hhhh1-. Y afirman que dicho error impidió que se iniciara con anterioridad el tratamiento adecuado, con mayores posibilidades de supervivencia y/o curación. Analicemos separadamente estas alegaciones.

En primer lugar, consideran que no se emplearon todos los medios disponibles para el diagnóstico de la enfermedad, lo que impidió su pronta detección. Afirman que “la paciente fue sometida a un TAC sin contraste, prueba que no permite descartar, con fiabilidad, la existencia o no de lesiones cerebrales y un ecocardiograma, que fue realizado una vez fue dada de alta, es decir, sin ningún carácter de urgencia”.

Pues bien, los informes médicos obrantes en el expediente coinciden en afirmar que el diagnóstico de ataque isquémico transitorio (AIT) que se indicó en el primer ingreso hospitalario fue correcto, a la vista del cuadro clínico que presentaba la paciente (trastorno aislado del lenguaje con recuperación completa en pocas horas), de la hipertensión arterial que padecía y del TAC craneal sin contraste que se le practicó -informado “sin hallazgos”-. El 2 de septiembre de 2004 fue dada de alta.

Hasta el 6 de octubre la paciente no volvió a referir síntoma alguno. Fue ese día cuando abordó a la neuróloga en los pasillos del hospital para comentarle la aparición de problemas visuales. Ante estos síntomas, la médico optó por enviarla a Oftalmología para que le hicieran una campimetría -el 8 de octubre se realizó una prueba oftalmológica-. Según expone la Inspección Médica, “el estudio del campo visual es una exploración importante en el diagnóstico y seguimiento de los enfermos neuro-oftalmológico. En caso de existir un defecto campimétrico, el patrón del defecto orienta sobre la localización de la lesión. Los defectos del campo visual, desde el punto de vista neuro-oftalmológico, se clasifican en prequiasmáticos, quiasmáticos y retroquiasmáticos. Ante cualquier patrón campimétrico con lesión quiasmática y retroquiasmática, se considera imprescindible la realización de una prueba de neuroimagen”. Era, pues, preciso que la neuróloga dispusiera de los resultados del estudio de campo visual y de la historia clínica para profundizar en el diagnóstico. No disponía de esta documentación ni el día 6 -porque no hubo consulta sino abordaje en los pasillos-, ni el 13 de octubre -porque la paciente



acudió a consulta sin estar citada-. Por ello, fue citada el 20 de octubre para que la neuróloga, a la vista de los resultados de la campimetría, valorara pedir una RM. Pero la paciente no acudió a la cita prevista. La neuróloga manifiesta que nunca llegó a ver la campimetría.

En esas mismas fechas -18 de octubre- ingresó en el Hospital hhhh1 aquejada de un déficit visual en campo derecho, de carácter fluctuante con visión borrosa y presencia de metamorfopsias. Se realizó un TAC craneal, en el que se apreció "extensa hipodensidad en sustancia blanca temporal izquierda con características infiltrativas". A lo que añade: "Tras la administración de contraste [lo que sugiere que anteriormente no se había inyectado contraste], se observa captación de una masa tumoral en el margen medial de la hipodensidad descrita correspondiendo al hipocampo con necrosis en su interior y captación periférica con márgenes irregulares. La lesión parece finalizar en la encrucijada ventricular y aparecería otra zona de aspecto tumoral que capta contraste de forma patológica situada en córtex temporo-occipital izquierdo. Aunque no hay conexión anatómica evidente entre ambas lesiones, radiológicamente la imagen parece más sugestiva de corresponder a un tumor glial primario multifocal que a patología metastásica". Practicada una resonancia magnética cerebral se concluyó que "las características de la lesión sugieren un tumor glial de alto grado de malignidad (glioblastoma multifocal) siendo poco probable un origen metastásico".

Según el dictamen médico, es muy probable que en xxxxx se hubiera llegado al mismo diagnóstico si la neuróloga hubiera visto los resultados de la campimetría que había solicitado.

Ello no significa que durante el primer ingreso se hubiera errado en el diagnóstico. Y ello por dos motivos:

- Porque el glioblastoma multiforme es altamente agresivo y de crecimiento muy rápido. Lo que justificaría los hallazgos del TAC craneal realizado en el Hospital hhhh1 -incluso sin proyectar contraste- tan sólo seis semanas después de haber practicado idéntica prueba en xxxxx -cuyo resultado fue informado como normal "sin hallazgos"- . Es decir, en xxxx se realizó un TAC sin contraste que reflejó anomalías -a diferencia del practicado en xxxxx-, lo que determinó la necesidad de inyectar contraste para concretar el diagnóstico.



- Porque, como manifiesta el dictamen médico, el curso clínico en el supuesto analizado no es el habitual en este tipo de tumores, en los que el déficit neurológico focal de curso progresivo es la manifestación más frecuente, siendo atípico el curso transitorio.

Finalmente, en relación con la alegación de que el error en el diagnóstico impidió que se iniciara con anterioridad el tratamiento adecuado, con mayores posibilidades de supervivencia y/o curación, no puede tampoco encontrar acogida.

Desgraciadamente, el diagnóstico precoz en este tipo de tumores no influye de forma determinante en la evolución de la enfermedad, por lo que el pronóstico hubiera sido similar incluso si la enfermedad se hubiera diagnosticado durante el primer ingreso. Como se ha expuesto anteriormente, el glioma de alto grado (glioblastoma multiforme) es el tumor cerebral de estirpe glial de mayor malignidad y agresividad que responde escasamente a cualquier tipo de tratamiento. La expectativa vital de un paciente tras los primeros síntomas que llevan al diagnóstico no suele superar los 6 meses, siendo excepcional la supervivencia más allá de los 3 años.

A la luz de todo lo expuesto, y teniendo en cuenta los datos y las consideraciones recogidos en los informes obrantes en el expediente, no ha quedado acreditado que existiera una actuación inadecuada en la asistencia sanitaria, y puede concluirse que los profesionales médicos actuaron en todo caso conforme a la *lex artis ad hoc*, prestando al paciente una asistencia médica correcta; por lo que procede desestimar la reclamación planteada.

7ª.- Sin perjuicio de las consideraciones anteriores, y constando que el interesado ha interpuesto recurso contencioso administrativo contra la desestimación, por silencio administrativo, de la reclamación de responsabilidad patrimonial, resulta obligado advertir que, en el caso de que en dicho proceso o en otro hubiera recaído sentencia firme, no procedería ya dictar resolución alguna en vía administrativa, sino dar cumplimiento en sus propios términos al fallo de la sentencia.

Por último, este Consejo tiene la obligación de poner de manifiesto que la demora injustificada en resolver el presente expediente de responsabilidad patrimonial, y la consiguiente ausencia de causas expresas denegatorias de su



reclamación -la desestimación se produce por silencio administrativo-, ha llevado al interesado a acudir a la vía judicial, con los gastos que esto conlleva de procurador y abogado, entre otros. Si bien es cierto que el cumplimiento por parte de la Administración de su obligación de resolver en plazo no hubiera impedido, en este caso, que el interesado acudiera a la vía judicial, también lo es que los argumentos en que se fundamenta la desestimación es posible que le hubieran hecho desistir de esta opción.

III CONCLUSIONES

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. yyyyy, en nombre y representación de D. xxxxx, Dña. xxxx1, Dña. xxxx2, Dña. xxxx3, Dña. xxxx4 y D. xxxx5, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que fue prestada a su esposa y madre, respectivamente, ya fallecida, Dña. xxxx6, en el Hospital hhhhh de xxxxx.

No obstante, V.E. resolverá lo que estime más acertado.