

Dictamen Núm. 157/2024

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
García García, Dorinda
Baquero Sánchez, Pablo

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 12 de septiembre de 2024, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por mayoría el siguiente dictamen. Formuló voto particular, que se adjunta como anexo, la Presidenta doña Begoña Sesma Sánchez, al que se adhiere la Consejera doña Dorinda García García:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 5 de marzo de 2024 -registrada de entrada el día 13 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que atribuyen a la desatención de la sintomatología que presentaba.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 9 de marzo de 2023, los interesados presentan en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados del fallecimiento de su familiar, al entender que se ha producido una pérdida de

oportunidad por no habersele practicado las pruebas adecuadas para la detección del carcinoma que padecía.

Tras señalar que “presentaba antecedentes de CPAP, obesidad y EPOC”, indican que acude en repetidas ocasiones al servicio público sanitario. En concreto, consulta en el centro de salud el 12 de junio de 2021 por “aumento de disnea habitual”; el 25 de septiembre en el Hospital “por aumento de la disnea con tos y hemoptisis”; el 25 de noviembre por “importante disnea en reposo” con “tos y expectoración hemoptoica”; el 3 de enero de 2022 por “disnea de reposo”; el 2 de febrero “por insuficiencia cardíaca y anemia, siendo dado de alta el día 25 de febrero”; el 20 de marzo “por disnea, siendo dado de alta en el mismo día”; el 7 de abril “por insuficiencia cardíaca descompensada, insuficiencia renal crónica agudizada, infección respiratoria, anemia y diarrea”; el 16 de mayo “por disnea”, recibiendo el alta el día 19, y el 24 de mayo ingresa “urgentemente (...) con traqueotomía por masa en hipofaringe seno piriforme por carcinoma epidermoide pobremente diferenciado infiltrante”, siendo intervenido al día siguiente “por sangrado del estoma” y produciéndose “desaturaciones importantes hasta el fallecimiento” del mismo, el día 19 de julio de 2022.

Entienden que se ha producido una mala praxis por la no detección temprana del carcinoma, y precisan que “la impericia en la interpretación de los signos clínicos (...) por parte de los facultativos, tras las primeras evidencias de desarrollo oncológico a nivel de la hipofaringe (disnea de reposo, el tiraje, hemoptisis...) y la no realización de pruebas para el diagnóstico (ni siquiera una auscultación) ni remisión a ORL, se tradujo (...) en un retraso en el diagnóstico que condicionó indiscutiblemente la indicación terapéutica”, fundamentando dicha interpretación en el informe pericial suscrito por un especialista en Otorrinolaringología.

Fijan la cuantía indemnizatoria con base en el baremo recogido en la Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación, y considerando una pérdida de oportunidad del 40 %, en la cantidad de cincuenta y seis mil ciento cuarenta y dos euros con cuarenta céntimos (56.142,40 €) para la

viuda y de nueve mil quinientos siete euros con veintitrés céntimos (9.507,23 €) para cada uno de los hijos.

Acompañan copia, entre otros, de los siguientes documentos: a) Certificado de defunción y libro de familia b) Declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas de los cónyuges correspondiente al año 2019. c) Poder general para pleitos otorgado a favor de una letrada. d) Historia clínica del centro de salud en la que consta, el 12 de junio de 2021, "aumento de su disnea habitual"; el 25 de noviembre de 2021, que es trasladado en ambulancia al Hospital por "disnea, AP EPOC severo, insuficiencia cardíaca, CPAP anticoagulación oral (...), desde hace unos días aumento de la (...) disnea habitual, con tos y expectoración hemoptoica", observándose en la exploración "disnea importante de reposo", y el 24 de mayo de 2022, hemoptisis. e) Informe pericial emitido el 10 de noviembre de 2022 por un especialista en Otorrinolaringología en el que se afirma que el tipo de pruebas a las que fue sometido venían predeterminadas por ser un enfermo crónico, y que sus síntomas exigían auscultación y una tomografía computarizada de los pulmones "porque esto sí que es de obligado cumplimiento", lo que hubiera permitido la detección temprana de la dolencia. Razona que "la tumoración comenzaría un año antes de su defunción (...), es decir, sobre mayo de 2021, y empezaría a dar síntomas importantes entre noviembre y diciembre de 2021". Considera que al paciente "le pusieron de etiqueta sus antecedentes y cada vez que iba no le examinaban, tan sólo oxígeno, algún antibiótico, corticoide y poco más, sino no se puede entender que un tumor crezca desde el estadio I al IV sin que nadie se dé cuenta, y cuando se dieron cuenta (...) estaba asfixiando al paciente./ Por lo tanto fallaron en la exploración y no en una ocasión, sino en muchas (...): 1.º En la exploración física. Pues no es lo mismo la respiración de un EPOC que la respiración por obstrucción por masa en el cuello. En este último caso hay fuerte tiraje y eso se ve fácilmente con una inspección ocular y en la auscultación./ 2.º Ya a finales de septiembre tenía hemoptisis, expulsaba sangre por la boca. Con ese síntoma es preceptivo hacer un tac./ 3.º Tenía disnea de reposo (...). 4.º En definitiva, nadie le realizó un tac, a nadie se le pasó por la cabeza explorar el cuello, enviándole a ORL, a un

paciente con hemoptisis". Indica que "el tratamiento de un tumor en la zona de los tres repliegues de la laringe y seno piriforme en una persona de la edad" del fallecido "es de radioterapia y quimioterapia con un 60 % de buen resultado a los 5 años, y el fallecimiento, si es que se hubiese producido, no hubiese sido por asfixia". Observa en el seguimiento del paciente "una dejadez y desidia absoluta con mala praxis". Concluye que el enfermo consultó durante un año" en el Hospital en el Servicio de Medicina Interna "por disnea de reposo, hemoptisis, anemia, etc. (...) A pesar de los síntomas que tuvo por la obstrucción de vías altas por tumor que empezó en estadio I y terminó en estadio IV no le hicieron una sola prueba para el diagnóstico, ni siquiera una auscultación. Si lo hubieran hecho lo habrían diagnosticado (...). A pesar de la disnea de reposo, el tiraje, la hemoptisis, síntomas típicos de una lesión tumoral obstructiva, no lo derivaron a ORL y ni siquiera le realizaron un tac de tórax, en el que se hubiese visto la lesión (...). Murió de un tumor en estadio IV del seno piriforme de la laringe, asfixiado sin haber sido diagnosticado hasta ese momento (...). Tuvo una pérdida de oportunidad al no diagnosticársele en tiempo y forma la lesión que le produjo el fallecimiento y por lo tanto no pudo ser tratado".

2. Mediante oficio de 17 de abril de 2023, la Jefa de la Sección de Apoyo del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica a los interesados la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, el nombramiento de instructor del procedimiento, las normas con arreglo a las cuales se tramitará, el plazo de resolución y notificación del mismo y el sentido del silencio administrativo.

3. Previa solicitud formulada por el Instructor del procedimiento, el 29 de mayo de 2023 la Gerente del Área Sanitaria V le remite una copia de la historia clínica del paciente y los informes de los Servicios de Urgencias y de Medicina Interna del Hospital

El informe suscrito por la Jefa del Servicio de Urgencias, tras una descripción de los hechos por orden cronológico, concluye que "el paciente es

valorado en varias ocasiones en el Servicio de Urgencias y en todas ellas se decide ingreso (...) en otro Servicio para una valoración más exhaustiva y un tratamiento médico adecuado, dado que el petitorio de pruebas diagnósticas que se pueden realizar en este Servicio es limitado y no incluye aquellas cuya realización compete a otros (...). La anamnesis y la exploración (...) en todo momento pueden hacernos pensar en una agudización respiratoria de origen cardiopulmonar, no sólo por la predisposición del paciente con los antecedentes descritos sino por la clínica que presenta (edemas y ortopnea). En ninguna de las anamnesis realizadas tanto por el Servicio de Urgencias como de Medicina Interna se hace referencia a la presencia de hemoptisis, a pesar de describir el esputo en varias ocasiones (...). Ni siquiera la exploración física (...) realizada por el Servicio de Otorrino (...) habla de la presencia de 'tiraje', por lo que entiendo sea difícil pensar en la etiología tumoral en un primer momento".

Por su parte, la Directora del Área de Gestión Clínica de Medicina Interna señala que "en todos y cada uno de los ingresos que (...) ha tenido en el Servicio de Medicina Interna se le ha realizado una historia clínica completa, incluyendo de forma clara y explícita el tipo de expectoración (...), que siempre refería como blanquecina, e interrogándole por algún tipo de sangrado que (...) en cada uno de los ingresos negaba./ Igualmente se refleja de forma pormenorizada la correspondiente exploración física completa y los estudios complementarios que se consideraron pertinentes en cada momento, y que incluyen analítica general de sangre y orina, pruebas de imagen radiológicas y estudios endoscópicos./ Es especialmente reseñable que a pesar de los múltiples ingresos y visitas a Urgencias no consta que (...) hubiese comentado clínica de hemoptisis hasta el ingreso del 24-05-2022", reseñándose que hasta entonces "no presentó sintomatología de alerta que pudiera inducir a la sospecha de la neoplasia subyacente (...). Tras la revisión de la anamnesis, exploración y estudios realizados, puedo afirmar que no identifico mala praxis en las intervenciones sanitarias llevadas a cabo desde el Servicio de Medicina Interna".

4. A continuación, obra incorporado al expediente un informe pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora de la Administración y suscrito el 29 de agosto de 2023 por dos especialistas, una de ellas en Medicina Interna y otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo. En él, tras exponer la evolución del caso y describir la asistencia sanitaria prestada al paciente, recogen una serie de consideraciones médicas sobre la disnea por obstrucción alta de la vía aérea; el cáncer de laringe e hipofaringe, con expresa mención a que es común la falta de presencia de síntomas hasta fases avanzadas de la enfermedad, y que los que se presentan pueden estar causados por otras enfermedades, afirmando que “en este momento no existe una prueba sencilla para la detección precoz de los cánceres de laringe e hipofaringe, y las sociedades médicas no recomiendan realizar pruebas de forma rutinaria para la detección de estos cánceres en personas asintomáticas”, y las múltiples causas de hemoptisis.

Señalan que “una vez analizada de forma detallada la extensa documentación aportada, sólo cabe concluir que no ha habido mala praxis, retraso diagnóstico ni pérdida de oportunidad en la atención sanitaria prestada”, e indican que se trataba de un paciente pluripatológico con una situación basal muy limitada por cardiopatía y enfermedad pulmonar, por lo que precisaba oxigenoterapia suplementaria 24 horas al día, y que la insuficiencia cardíaca es una de las potenciales causas de presencia de sangre en el esputo que aparece el 25 de noviembre de 2021 y no se repite hasta el 24 de julio de 2022, insistiendo en que el paciente no presentaba otros síntomas “ORL”, habiendo sido interrogado al respecto; subrayan que “sin clínica sugestiva es imposible sospechar la existencia de un tumor en la garganta”. Añaden que “tras establecerse el diagnóstico del tumor laríngeo e hipofaríngeo no se puede plantear hacer tratamiento específico por impedirlo la patología respiratoria de base: es imposible desconectarle de soporte respiratorio”. Manifiestan su total oposición a lo afirmado en el informe pericial en el que se sustenta la reclamación, poniendo de relieve su “absoluto desacuerdo” por “no ser cierta la descripción de los hechos ni las conclusiones obtenidas” en el mismo.

Concluyen que “no es posible establecer un nexo causal único, cierto, directo y total entre la actuación del personal sanitario y el fallecimiento” del paciente, sin que quepa admitir mala praxis en la asistencia dispensada, “ni hablar de pérdida de oportunidad diagnóstica o terapéutica”.

5. Mediante oficio notificado a los interesados el 6 de noviembre de 2023, el Instructor del procedimiento les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

6. Con fecha 15 de noviembre de 2023, la representante de los interesados presenta en una oficina de correos un escrito de alegaciones en el que se ratifican en los términos de su reclamación.

Insisten en que la documentación médica permite corroborar sus afirmaciones. Señalan que un síntoma que presentaba el paciente era el tiraje, signo de bloqueo de las vías respiratorias, que se sumaba a un aumento de la disnea habitual, a lo que se añade la hemoptisis que aparece el 25 de noviembre de 2021. Denuncian que a pesar de los graves síntomas “no se efectuó por los facultativos ningún tipo de exploración tendente a establecer su gravedad, localizar el origen y determinar su causa”, y que el diagnóstico correcto requería una exploración física adecuada “para dirigir las pruebas complementarias a solicitar, que incluían la exploración física y pruebas de imagen de la vía respiratoria y del cuello con el objeto de confirmar o descartar patología ORL y/o la presencia de tumores y/o adenopatías, así como la derivación del asunto a otorrinolaringólogo para la realización de otras exploraciones, como una laringoscopia y/o un tac de pulmón y cuello”. Afirman que, “conforme a la doctrina científica y ante los hechos que nos ocupan, resultaba preceptiva la derivación del paciente al Servicio de ORL y la realización de tac”, entendiéndose que es contrario a los protocolos clínicos aplicables que la derivación a aquel Servicio no se produjese hasta mayo de 2022, detectándose inmediatamente el tumor.

Acompañan un "anexo" al informe pericial suscrito el 6 de noviembre de 2023 por el mismo especialista, en el que se reitera en lo expuesto e incide en la necesidad de pruebas y derivación a Otorrinolaringología ante los síntomas concretos que presentaba el paciente al margen de sus dolencias previas, que no justifican tales síntomas. Señala que "en este informe afirman cosas que son ciertas, como que cuando hay una disnea o falta de ventilaciones se produce por una obstrucción de la laringe, faringe o de tráquea. Esto es correcto, pero luego se desdican diciendo que no hay por qué mirar con tac, laringoscopia o auscultación. Si son de faringe, laringe o tráquea habrá que mirar, creo yo. De sentido común, pues no le miraron ni una sola vez./ Después afirman que los cánceres se descubren cuando los pacientes tienen síntomas. Efectivamente eso es así. (El paciente) tuvo muchos síntomas, pues fue al médico y a Urgencias varias veces con disnea, con hemoptisis. Sólo este síntoma requiere una laringoscopia, es decir, una derivación al ORL y lo hubiesen descubierto", y subraya que "yendo al médico y con tantos síntomas esto no puede ocurrir". Añade que "niegan que la disnea por EPOC y por obstrucción son diferentes y lo son. Que no hay que hacer un tac con hemoptisis y tiraje. Yo los pido en todas las ocasiones que vemos estos síntomas. Sobre todo si los síntomas se repiten. Es obligatorio y además lógico". Explica que "el 100 por 100 de los tumores de seno piriforme tienen adenopatías del mismo lado y del lado contrario más tarde (...). (El paciente) tuvo las adenopatías, (pero) como no lo examinaron no las vieron (...), no hicieron lo que hay que hacer con cualquier paciente que tiene esos síntomas. Palpación del cuello, qué fácil, pero lo hubiesen diagnosticado./ Por último, dicen que no tuvo síntomas hasta que falleció. Lo cual y como se puede ver no es cierto./ Para el diagnóstico de estos problemas hay protocolos" y la posibilidad de la "derivación" a otro Servicio, y sostiene que "en este caso ni lo exploraron ni lo derivaron. Por lo tanto (...), reitero: 1.º Que la insuficiencia cardíaca no produce el mismo cuadro, ya que no produce odinofagia, dolor de la garganta, disfagia no hemoptisis y por supuesto que la disnea es completamente diferente./ 2.º La insuficiencia cardíaca no produce hemoptisis./ 3.º (El paciente) mejora porque con oxígeno y corticoides (...) se desinflama el tumor y mejora,

pero decir que como mejora no tiene tumor me parece increíble./ 4.º (...) Con odinofagia, disnea y hemoptisis, y encima consultas de repetición, es preceptivo explorar al paciente en Medicina General y en Urgencias./ 5.º Aseveran que la tumoración empezase 1 año antes (...) o 16 meses no es relevante, pero los últimos 6 meses, que es cuando tiene más síntomas, es cuando va a Urgencias, no le miran, no le exploran./ 6.º Dicen que la exploración (...) no era compatible con un tumor de laringe el 16 de mayo de (2021). Por supuesto que era compatible, pero no le exploraron, por eso no le diagnosticaron. La hemoptisis es un síntoma de TBC, tumor pulmonar o cuello, mientras no se demuestre lo contrario. Pero si no se mira no se diagnostica./ 7.º Es preceptivo en una hemoptisis, con el cuadro clínico comentado, realizar una exploración, con tac de pulmón y cuello y/o laringoscopia./ 8.º En un tac de tórax no se ve la laringe a veces, en otras ocasiones sí, pero es preceptivo explorar al paciente, palpación del cuello, adenopatía, ganglios, laringoscopia, tac, pero no hicieron ni una de las pruebas en ninguna ocasión (...). 10.º Dicen que la hemoptisis viene de forma puntual y con secreciones manchadas. Pues claro, como son todas las hemoptisis y serán puntuales, pero de repetición”.

7. El día 30 de enero de 2024, el Instructor del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Destaca los síntomas que presentaba el paciente -pluripatológico severo-, y recoge lo señalado en la pericial de la compañía aseguradora, añadiendo como réplica a las alegaciones formuladas en el trámite de audiencia que en las distintas asistencias médicas no se refiere dolor de garganta o al tragar, que la insuficiencia cardíaca es una de las causas más frecuentes de hemoptisis, que los síntomas no permiten previamente sospechar de patología laríngea y que en la historia clínica no se describe la concurrencia de odinofagia, disnea y hemoptisis, afirmando que en cada intervención se explora al paciente, revelándose que estaba eupneico y “sibilante espiratorio, propio de la patología de vía inferior, y crepitantes, características de la insuficiencia cardíaca”; síntomas que no aparecen en los tumores laríngeos.

Incide en que “el paciente es valorado en varias ocasiones en el Servicio de Urgencias y en todas ellas se decide ingreso (...) en otro Servicio para una valoración más exhaustiva y un tratamiento médico adecuado”, y en que “la anamnesis y la exploración en todo momento hicieron pensar en una agudización respiratoria de origen cardiopulmonar”, señalando que “ni siquiera la exploración física del paciente realizada por el Servicio de Otorrino (...) habla de la presencia de tiraje, por lo que era difícil pensar en la etiología tumoral en un primer momento”.

8. En este estado de tramitación, mediante escrito de 5 de marzo de 2024, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm. de la Consejería de Salud, cuya copia adverada adjunta en soporte digital.

Recabada, para mejor proveer, la ampliación del expediente a fin de disponer de los elementos precisos para un adecuado pronunciamiento, el día 12 de julio de 2024 se recibe en este Consejo documentación complementaria emitida por los Servicios de Urgencias, Medicina Interna y Otorrinolaringología del Hospital

La Directora del Área de Gestión Clínica de Medicina Interna señala que “todas estas patologías descompensadas por sí mismas en un paciente anticoagulado pueden justificar en algún momento de su evolución la presentación de una expectoración hemoptoica en el curso de la enfermedad”. Afirma que fue valorado en ocho ocasiones y precisó ingreso “a nivel hospitalario” en dieciocho, reseñando que a la vista de la historia clínica “podría presentar con relativa facilidad sangrados a nivel de la vía aérea; sin embargo, en ningún momento (...) se recoge este dato a excepción de una anotación (...) del 25 de noviembre de 2021” en el centro de salud, en la que se refleja “que el paciente refiere incremento de disnea y expectoración hemoptoica”, y que “a raíz de esa valoración se deriva (...) al hospital”, siendo “historiado y explorado por un médico de Urgencias y a continuación (...) por un especialista en Medicina

Interna, que tras interrogar al paciente sobre el tipo de expectoración deja reflejado en la historia general del ingreso del día 26 de noviembre de 2021, a las 8:18 horas”, que refiere “tener una `expectoración clara´, por lo tanto el paciente no confirma el dato recogido en la historia del centro de salud”. Subraya que “durante este ingreso (...) es valorado por múltiples facultativos (...), describiendo las características de la expectoración (...) como clara, amarillenta, nunca hemoptoica”. Añade que además se realizó la oportuna exploración física, “que incluye exploración del cuello”, así como estudios complementarios, analíticos y radiológicos, por lo que “podemos decir que no se descuidó la presencia de esta sintomatología”. Respecto a “la exploración (...) con palpación del cuello para detectar adenopatías”, indica que “estas no estaban presentes ni siquiera en el mismo (...) diagnóstico del tumor”.

La Jefa del Servicio de Urgencias indica que tras ser derivado por su médico de Atención Primaria el 25 de noviembre de 2021 por “aumento de su disnea habitual con tos y expectoración hemoptoica”, durante “la anamnesis realizada (...) en nuestro Servicio (...) en ningún momento refiere el paciente ningún episodio de sangrado (...), a pesar de haberle interrogado por esta sintomatología de forma concreta”.

Por su parte, el Jefe del Servicio de Otorrinolaringología pone de manifiesto que en el informe de exitus aparece un error en las fechas, dado que “la primera consulta al Servicio de ORL no fue el 24-7-2022 (...) sino el 24-5-22”, y explica, “con respecto a los informes periciales y las preguntas planteadas”, que “la consulta de 25-11-22 (*sic*) habla de `expectoración hemoptoica, tos y disnea´. No refiere otros síntomas del área ORL en un paciente con anticoagulación oral. Se habla de expectoración hemoptoica, no hemoptisis. No es lo mismo. Un paciente anticoagulado y que tose con cierta frecuencia nota esputo hemoptoico. El paciente evoluciona favorablemente con tratamiento, presenta esputo purulento. Una infección respiratoria (de vías altas o bajas) puede justificar esa expectoración./ En enero de 2022 ingresa nuevamente en Medicina Interna. No refiere clínica ORL ni expectoración hemoptoica, pero presenta una anemia que justifica transfusión. Se inician estudios para determinar la causa de la anemia.

Rechaza realizar una gastroscopia. Con cierta frecuencia, del Servicio de Endoscopia Digestiva nos remiten pacientes porque al hacer una gastroscopia ven algo `raro` en hipofaringe o laringe. El paciente rechazó hacer una prueba que probablemente hubiese demostrado la presencia del tumor que seguramente ya tenía (...). El 24-05-22 acude a Urgencias por `disnea y sangrado oral`. En la anamnesis refiere odinofagia izda. y hemoptisis desde hace un mes (abril 2022). Previamente no consta sintomatología ORL. El paciente es explorado, se realiza una traqueotomía reglada, con anestesia local y toma de biopsias. Al día siguiente sangra y es reintervenido por una hemorragia por una vena yugular anterior (...). Ingresa, presenta diversos problemas y en la tarde el 19-07-22 (casi dos meses tras su ingreso) fallece”.

Respecto a la pericial presentada por los reclamantes, señala que “su bibliografía se basa en una serie de tratados de Otorrinolaringología de elevado interés histórico pero de poca utilidad para el caso que nos ocupa (...). En su conclusión 4.^a refiere que murió asfixiado. No es cierto: tenía una traqueotomía desde hacía varias semanas y estaba conectado a un respirador. Los pacientes críticos, con traqueotomía y ventilación mecánica hacen complicaciones derivadas de este procedimiento y de sus comorbilidades (...). Diferenciar un estridor laríngeo de la disnea de un EPOC es fácil sobre el papel, no así en un paciente tan deteriorado como este (...). Decir que el tumor comenzó aproximadamente 1 año antes es pura especulación. La historia natural de los tumores es muy variable, aun con la misma histología, dependiendo de factores individuales propios de cada paciente (...). En un tac (de) tórax para el estudio de un paciente EPOC no siempre llegan los cortes a la laringe. Por tanto, aun con un tac (de) tórax podría este tumor pasar desapercibido (...). Los tumores de seno piriforme tardan en dar síntomas, por lo que las series de la literatura suelen tener un sesgo hacia los tumores en un estadio avanzado al diagnóstico (...). Y este hecho no ha cambiado en los últimos años a pesar de mejores medios diagnósticos (...). Es decir, la mayoría se diagnostican avanzados (estadio IV) (...). Con respecto a la supervivencia afirma un 60 % a los 5 años. Me parece muy optimista, yo soy más de la opinión de poco más de un 30 % (...). Este es un paciente no quirúrgico (su

mal estado general impide la cirugía) (...). Afirma que todos los pacientes con tumores de seno piriforme tienen adenopatías patológicas al diagnóstico. No todos, pero sí la gran mayoría. En este caso, a pesar de lo avanzado del tumor, no las tenía palpables, contrariamente a lo que afirma el perito (...). Por último, dadas sus comorbilidades, si se hace un cálculo del índice de Charlson, en ausencia de tumor su esperanza de vida a 10 años es del 21 %, con un tumor sólido localizado 0 %".

A la vista de tales antecedentes, formulamos las siguientes consideraciones fundadas en derecho:

PRIMERA.- El Consejo Consultivo emite su dictamen preceptivo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 13.1, letra k), de la Ley del Principado de Asturias 1/2004, de 21 de octubre, en relación con el artículo 18.1, letra k), del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, y a solicitud del Presidente del Principado de Asturias, en los términos de lo establecido en los artículos 17, apartado a), y 40.1, letra a), de la Ley y del Reglamento citados, respectivamente.

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), están los interesados activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular de los servicios frente a los que se formula reclamación.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la LPAC dispone que “El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas”.

En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 9 de marzo de 2023, habiéndose producido el fallecimiento del familiar de los interesados el día 19 de julio de 2022, por lo que es claro que ha sido formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

En aplicación de la normativa citada, se han cumplido los trámites fundamentales de incorporación de informe de los servicios afectados, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se observa que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone 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”.

A su vez, el artículo 32 de la LRJSP establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas

correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley". Y en su apartado 2 que, "En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas".

Por otra parte, el artículo 34 de la ley citada dispone en su apartado 1 que "Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. No serán indemnizables los daños que se deriven de hechos o circunstancias que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de los conocimientos de la ciencia o de la técnica existentes en el momento de producción de aquéllos, todo ello sin perjuicio de las prestaciones asistenciales o económicas que las leyes puedan establecer para estos casos".

Este derecho no implica, sin embargo, que la Administración tenga el deber de responder, sin más, por todo daño que puedan sufrir los particulares, sino que, para que proceda la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública, deberán darse los requisitos que legalmente la caracterizan, analizando las circunstancias concurrentes en cada caso.

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Presentan los interesados -viuda y dos hijos de un paciente fallecido- una reclamación de responsabilidad patrimonial por entender que el fatal

desenlace se produce a consecuencia de la falta de detección temprana de un carcinoma, que en estadio I ya provocaba síntomas que sugerían la necesidad de ciertas pruebas que no se practicaron al asumir el personal sanitario que su estado era consecuencia de previas patologías diagnosticadas y tratadas.

Queda acreditada la realidad del daño sufrido, al constatarse el fallecimiento del paciente. Ahora bien, la mera constancia de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica *per se* la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 91/2021), el servicio público sanitario debe siempre procurar la curación del paciente, lo que constituye básicamente una obligación de medios y no una obligación de resultado, por lo que no puede imputarse, sin más, a la Administración sanitaria cualquier daño que eventualmente pueda sufrir aquel con ocasión de la atención recibida, siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por los reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -como, por

ejemplo, el estado e intervención del enfermo- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no sólo en la fase de tratamiento, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento. El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que un defectuoso diagnóstico ni un error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes.

También ha reiterado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de esos supuestos, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

En el caso examinado, nos encontramos con un paciente septuagenario que presenta múltiples patologías de las que es tratado y sometido a seguimiento. Los reclamantes reprochan al servicio público sanitario la inadecuada interpretación de los síntomas que presentaba al entender que el diagnóstico quedaba condicionado por las enfermedades que padecía, por lo que no fue atendido debidamente en diversas fechas y no se le practicaron pruebas acordes a la nueva sintomatología, lo que determinó su temprano fallecimiento y una clara pérdida de oportunidad.

Sustentándose en el informe pericial elaborado por un especialista en Otorrinolaringología, afirman que el paciente fallecido consultó durante un año en el hospital padeciendo diversos síntomas, entre ellos disnea de reposo, anemia y

hemoptisis, y que a pesar de lo cual no fue remitido al Servicio de Otorrinolaringología cuando ya debía haberse sospechado la presencia de un tumor en las vías altas, aseverando que no le hicieron una sola prueba para el diagnóstico, "ni siquiera una auscultación. Si lo hubieran hecho lo habrían diagnosticado". Reprochan la falta de realización de un tac de tórax, prueba con la que la masa tumoral habría sido detectada, así como la falta de palpación del cuello. El perito señala que la lesión era detectable a tiempo, y que ante este abandono por falta de pruebas diagnósticas a pesar de la sintomatología el paciente falleció de "un tumor en estadio IV del seno piriforme de la laringe, asfixiado, sin haber sido diagnosticado hasta ese momento".

A la luz de la documentación médica obrante en el expediente, cabe convenir que nos encontramos ante un paciente con severas dolencias de las que está siendo tratado y que acude en numerosas ocasiones a su centro de salud y al hospital. El Servicio de Urgencias del Hospital lo valora en distintos momentos y decide su ingreso en otro Servicio para que se le efectúe una valoración exhaustiva atendiendo a la sintomatología concurrente y no de manera condicionada por sus antecedentes -como sugieren los reclamantes-, ya que constan en la historia clínica las sucesivas exploraciones físicas y pruebas practicadas, tal como corroboran los informes de la Jefa del Servicio de Urgencias y la Directora del Área de Gestión Clínica de Medicina Interna. Atendido por este último Servicio, es sometido a diversas pruebas y evaluaciones (exploración física, analíticas de sangre y orina y pruebas de imagen -radiológicas y estudios endoscópicos-) cuya adecuación al estado y sintomatología que presenta el paciente defiende la Directora del Área de Gestión Clínica.

En definitiva, el conjunto de informes aportados por la Administración justifica el modo de proceder a la vista del estado del paciente y destaca las características del cáncer de laringe e hipofaringe y la dificultad de su detección en las fases iniciales de su desarrollo, dado que se trata de un enfermo pluripatológico con una situación basal compleja por cardiopatía y enfermedad pulmonar que precisaba oxigenoterapia suplementaria 24 horas al día y anticoagulado oralmente, siendo la insuficiencia cardíaca una de las potenciales

causas de presencia de sangre en el esputo que aparece el 25 de noviembre de 2021, sin que mostrara otros síntomas otorrinolaringológicos.

Como hemos señalado en ocasiones anteriores (entre otras, Dictámenes Núm. 137/2020 y 76/2024), lo exigible al servicio sanitario es una asistencia adecuada a los síntomas por los que el paciente acude, “ponderada la respectiva naturaleza de esos servicios (...) y considerada la improcedencia de realizar pruebas indiscriminadas o aleatorias o de someter a los enfermos a estudios invasivos ante la menor sospecha, lo que no es asumible por el servicio público sanitario ni se ajusta a los requerimientos del cuidado de la salud”.

En el supuesto examinado debemos acudir a la confrontación de periciales, y para ello venimos reiterando (por todos, Dictámenes Núm. 152/2022 y 86/2023) la necesidad de servirse de la sana crítica y atender a la especialidad del autor, la exhaustividad del informe y su concordancia con los extremos obrantes en la historia clínica y la inconsistencia de las deducciones *ex post facto* en mérito a elementos desconocidos al tiempo de adoptarse las decisiones cuestionadas.

En cuanto a la especialidad del autor, el perito de los reclamantes cuestiona en el trámite de audiencia que los especialistas en Medicina Interna y en Cirugía General y del Aparato Digestivo “pretenden decir a un otorrinolaringólogo (...) qué pruebas hay que hacer y cuándo”, pero seguidamente describen síntomas que según su criterio hubieran requerido “una derivación a ORL” -lo que lógicamente ha de decidirse desde otros servicios, en este caso los cuestionados-. Obra además en el expediente un informe exhaustivo del Jefe del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital que concuerda en sus conclusiones con los librados desde otras especialidades.

Se repara en que resulta determinante valorar si concurrió o no sangrado al toser, elemento clave para determinar si efectivamente el tumor podía haberse detectado antes. Solicitada más información al respecto por parte de este Consejo, los informes incorporados al expediente despejan las dudas que existían. En el tiempo al que se achaca la falta de detección del tumor la única referencia en el historial del paciente a expectoración hemoptoica es la que figura en la historia clínica de Atención Primaria del día 25 de noviembre de 2021. Al llegar al

Servicio de Urgencias no consta ningún episodio de sangrado ni el paciente, al ser interrogado sobre ello, afirma que la expectoración tenga alguna coloración o restos de sangre, y tampoco se aprecia en los siguientes días ni en ningún momento durante el ingreso, debiendo insistirse en que al tratarse de un paciente anticoagulado cabría que se produjese expectoración hemoptoica en el curso de la enfermedad, sin que la misma deba interpretarse como reflejo de presencia de un tumor.

Por otro lado, la documentación médica aportada aclara que al paciente se le practicaron palpaciones del cuello en sus exploraciones, lo que queda integrado en la expresión "exploración exhaustiva" a la que se le sometía al prestarle asistencia sanitaria (además de analíticas de sangre y orina, pruebas de imagen radiológicas y estudios endoscópicos), sin que pueda admitirse la invocada falta de exploración o atención sobre la que el perito de los reclamantes construye sus conclusiones.

En sustancia, lo relevante en este supuesto es determinar si debían haberse efectuado otras pruebas para alcanzar el diagnóstico correcto, no desde el análisis que se puede hacer en el momento presente, en el que es conocido, sino teniendo en cuenta la sintomatología concreta concurrente cuando acude al servicio sanitario. El perito de los reclamantes entiende exigible la palpación del cuello, la práctica de una tomografía computarizada de los pulmones y la remisión del paciente, no a Medicina Interna, sino a Otorrinolaringología. Pues bien, en primer lugar queda documentado que al enfermo se le realizaron exploraciones completas que incluían la palpación y exploración del cuello. Seguidamente, y dado que el perito señala que el tac era "de obligado cumplimiento", lo que hubiera permitido la detección temprana de la dolencia, debemos considerar -por su detalle y rigor- lo expuesto por el Jefe de Servicio de Otorrinolaringología del Hospital, que aclara en su informe que el paciente no refiere clínica otorrinolaringológica; es decir, nada justifica su traslado a ese Servicio. Añade que presentaba anemia que es abordada mediante una transfusión y que se inician estudios para determinar su causa, rechazando el paciente en ese momento realizar una gastroscopia, y apunta que de estar presente el tumor, lo

que era probable en aquella fecha, se habría detectado por el Servicio de Endoscopia Digestiva.

Respecto a la necesidad de realizar un tac de tórax señala, por una parte, que “en un tac tórax para el estudio de un paciente EPOC no siempre llegan los cortes a la laringe. Por tanto, aun con un tac (de) tórax podría este tumor pasar desapercibido”, y, por otra, insiste en la falta de sintomatología que exigiese su práctica. Finalmente, desde el Servicio de Otorrinolaringología explican que el paciente no presentó ningún síntoma que justificase su intervención, aclarando que sólo en la historia clínica del centro de salud se deja constancia el día 25 de noviembre de 2021 de “expectoración hemoptoica, tos y disnea”, y que “no refiere otros síntomas del área ORL”. Subraya que “se habla de expectoración hemoptoica, no hemoptisis. No es lo mismo. Un paciente anticoagulado y que tose con cierta frecuencia nota esputo hemoptoico”.

En consecuencia, cabe concluir que se actuó con arreglo a los protocolos aplicables a la luz de la sintomatología que mostraba un paciente que, lamentablemente, padecía un tumor de seno piriforme, cuyas características hacen que en la mayoría de las veces se detecte en fase avanzada dado que tarda en manifestar síntomas, y sin que en este caso se hubiesen desatendido los presentes vista la concurrencia de patologías. Deben negarse categóricamente, pues, el abandono del paciente y la pérdida de oportunidad. El enfermo fue sometido a los análisis que su estado exigía, se le exploró el cuello y se le ofreció la posibilidad de someterse a una gastroscopia que podría haber evidenciado la masa tumoral, prueba que era razonable en el abordaje de la anemia y que el paciente descartó. La práctica de un tac no era exigible ni se mostró como una prueba idónea en su estado, sin que quepa asegurar que hubiera permitido detectar la masa tumoral, como sí habría ocurrido de llevarse a cabo la gastroscopia.

Tampoco puede soslayarse que cuando se reclama -como en este caso- por una pérdida de oportunidad terapéutica no sólo ha de acreditarse una mala praxis médica -que aquí no se objetiva-, sino también la puntual disponibilidad de una técnica que aplicada cuando los síntomas lo exigen hubiera conducido a un

mejor resultado, en este caso a evitar el fallecimiento, sin que las pruebas incorporadas al expediente permitan sustentar un desenlace distinto. Desechada la pérdida de oportunidad terapéutica, este Consejo viene advirtiendo (por todos, Dictamen Núm. 1/2023) que cuando el retraso en el abordaje del tumor no sustrae al enfermo un tratamiento curativo los tribunales han estimado que, aunque el retardo “no tuviera incidencia reseñable en el tratamiento a seguir, es indudable que en ese tiempo se ha producido una progresión de los tumores que el paciente sufría y que al mismo se le ha privado del conocimiento de su verdadero estado de salud en tiempo real e inmediato al momento de habersele realizado las pruebas analíticas correspondientes, con adelanto del tratamiento aconsejable desde luego, evitándole la zozobra y posible angustia que durante ese tiempo pudo experimentar acerca de su situación real y probabilidades de curación, incertidumbre injustificadamente provocada por la referida demora en el tiempo y causante cuando menos de un perjuicio moral que debe ser compensado” (Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 29 de abril de 2019 -ECLI:ES:TSJAS:2019:1266-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª). En el supuesto ahora planteado, a diferencia del anterior, ni se aprecia mala praxis médica ni la angustia que pudiera experimentar el enfermo deriva sustancialmente de la tardía detección del tumor.

En suma, se trata de un paciente pluripatológico con una situación basal crítica por cardiopatía y enfermedad pulmonar, que no presentaba una sintomatología que condujera a sospechar de un tipo de cáncer de difícil detección, determinante del fatal desenlace. En ese contexto, no se objetiva negligencia alguna, siendo la actuación del personal sanitario correcta y conforme a la *lex artis*, según se desprende de los informes obrantes en el expediente, en los que queda suficientemente justificado que se adoptaron las medidas que exigían o indicaban los síntomas concurrentes, descartando el propio paciente una prueba que podría haber permitido alcanzar un diagnóstico precoz.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que no procede declarar la responsabilidad patrimonial solicitada y, en consecuencia, debe desestimarse la reclamación presentada por

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.-

ANEXO

“VOTO PARTICULAR QUE FORMULA LA CONSEJERA-PRESIDENTA, DOÑA BEGOÑA SESMA SÁNCHEZ, AL QUE SE ADHIERE LA CONSEJERA DOÑA DORINDA GARCÍA GARCÍA, RELATIVO A LA RECLAMACIÓN DE RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL FORMULADA POR, POR LOS DAÑOS DERIVADOS DEL FALLECIMIENTO DE SU ESPOSO Y PADRE, RESPECTIVAMENTE, QUE ATRIBUYEN A LA DESATENCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA QUE PRESENTABA.

Al amparo de lo dispuesto en el artículo 33 del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, aprobado por Decreto 75/2005, de 14 de julio, formulo voto particular al Dictamen Núm. 157/2024, relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial planteada por, por los daños derivados del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que atribuyen a la desatención de la sintomatología que presentaba.

PRIMERO.- El dictamen emitido desestima la reclamación de responsabilidad patrimonial considerando que se trataba de un paciente pluripatológico con una situación basal crítica por cardiopatía y enfermedad pulmonar, que no presentaba una sintomatología que condujera a sospechar un cáncer de laringe, de difícil detección.

Con el máximo respeto a la opinión del resto de Vocales, disiento de dicha conclusión estimando que, en el caso examinado, tras las numerosas demandas asistenciales (nueve, con varios días de ingreso hospitalario) en un corto período de tiempo (nueve meses), ante la evolución y progresión constante y diferenciada de los síntomas que presentaba el paciente no se realizó un esfuerzo diagnóstico

adecuado para identificar la causa de su padecimiento y un tumor que, cuando finalmente se detecta, se encuentra ya en fase IV, y que, si bien por su agresividad arrojaba una limitada expectativa de curación, hubiera permitido un conocimiento oportuno de la fatal situación y, con alta probabilidad, otras alternativas terapéuticas que habrían modificado el contexto en el que se produjo su fallecimiento.

SEGUNDO.- A la vista la documentación clínica obrante en el expediente se desprenden como hechos relevantes para el análisis de la reclamación formulada los siguientes:

- El paciente, de 73 años, "presentaba antecedentes de CPAP, obesidad y EPOC".

- Acudió nueve veces a los servicios sanitarios (centro de salud, servicios de Urgencias y, por derivación de estos, Servicio de Medicina Interna) desde el 12 de junio de 2021 hasta el 24 de mayo de 2022, fecha en la que es ingresado de urgencia en el Hospital con traqueotomía por masa en hipofaringe seno piriforme por carcinoma epidermoide pobremente diferenciado infiltrante, siendo intervenido al día siguiente por sangrado del estoma y produciéndose desaturaciones importantes hasta su fallecimiento, el día 19 de julio de 2022.

- El informe pericial que acompaña a la reclamación, suscrito por un especialista en Otorrinolaringología, aparte de otras cualificaciones profesionales, es especialmente contundente en sus afirmaciones y considera, en síntesis, que los servicios sanitarios "fallaron en la exploración y no en una ocasión, sino en muchas (...):/ 1.º En la exploración física. Pues no es lo mismo la respiración de un EPOC que la respiración por obstrucción por masa en el cuello. En este último caso hay fuerte tiraje y eso se ve fácilmente con una inspección ocular y en la auscultación./ .2º Ya a finales de setiembre tenía hemoptisis, expulsaba sangre por la boca. Con ese síntoma es preceptivo hacer un tac./ 3.º Tenía disnea en reposo; es decir, estando en reposo le costaba respirar. Insisto, es muy diferente una disnea por EPOC que por obstrucción en el cuello en que la disnea es de reposo, como en este caso./ 4.º En definitiva, nadie le realizó un tac, a nadie se

le pasó por la cabeza explorar el cuello, enviándole a ORL a un paciente con hemoptisis”.

- El informe de los servicios de Urgencias refiere que en todas las ocasiones en las que fue atendido “se decide el ingreso del paciente en otro Servicio para una valoración más exhaustiva y un tratamiento médico adecuado”, precisando que “en ninguna de las anamnesis realizadas tanto por el Servicio de Urgencias como de Medicina Interna se hace referencia a la presencia de hemoptisis, a pesar de describir el esputo en varias ocasiones”.

- El informe de los Servicios de Medicina interna, descriptivo de la exploración física del paciente en cada ocasión y de las pruebas realizadas, refiere especialmente, a propósito de la expectoración, que “siempre refería como blanquecina, e interrogándole por algún tipo de sangrado que (...) en cada uno de los ingresos negaba”, reseñando que “no consta que el paciente hubiese comentado clínica de hemoptisis hasta el ingreso del 24-5-2022”, concluyendo que hasta ese entonces “no presentó sintomatología de alerta que pudiera inducir a la sospecha de neoplasia subyacente”.

- La pericial de la compañía aseguradora de la Administración formula diversas consideraciones sobre la disnea por obstrucción de la vía aérea, la difícil detección del cáncer de laringe e hipofaringe y las posibles causas de la hemoptisis, advirtiendo que “la insuficiencia cardíaca es una de las potenciales causas de presencia de sangre en el esputo que aparecen el 25 de noviembre de 2021 y no se repite hasta el día 24 de julio de 2022”, coligiendo que “sin clínica sugestiva es imposible sospechar la existencia de un tumor en la garganta”.

TERCERO.- En el dictamen se hace hincapié en la falta de sintomatología clara que permitiera deducir la presencia de un tumor, en particular, en la ausencia de sangrado en la expectoración, así como en la delicada situación basal previa y en la negativa a la práctica de una gastroscopia en un momento determinado -aunque finalmente se realiza-, lo que pudiera haber arrojado otras alternativas de diagnóstico.

Sin embargo, examinados individual y conjuntamente los síntomas que progresivamente iba revelando cada demanda asistencial sanitaria, estimo que en este caso ha faltado un esfuerzo diagnóstico por parte de los servicios sanitarios que ha supuesto una pérdida de oportunidad, limitada ciertamente, dada la agresividad del tumor. La concurrencia de síntomas que reiteraba el enfermo en sus numerosas visitas a los servicios sanitarios, como la disnea en reposo -progresiva y en aumento en cada una de las nueve asistencias demandadas, presente de forma constante en todas las exploraciones- y la hemoptisis que aparece con claridad el 25 de noviembre de 2021 -aunque los informes de los servicios sanitarios se contradicen en este punto, negándola unos y admitiéndola otros rebajando, en todo caso, su importancia como síntoma-, a los que se suman otros datos clínicos, como la presencia de "sangrado digestivo" (según consta en la asistencia recibida entre los días 4 y 13 de enero de 2022), odinofagia y una situación anémica progresiva que precisó de varias transfusiones sanguíneas, en opinión de quien suscribe obligaba a los servicios sanitarios a desplegar un mayor esfuerzo diagnóstico y a la realización de otras pruebas, complementarias a las realizadas y en modo alguno desproporcionadas ni irrazonables, como una laringoscopia o un tac de pulmón y cuello o una auscultación del cuello más prolija que las descritas en la historia clínica, que razonablemente habrían permitido acertar en la diagnosis. Según mi criterio, los informes de los servicios sanitarios intervinientes no alcanzan la suficiente razonabilidad para explicar por qué no se ponderaron otras alternativas diagnósticas a la vista de la recurrente progresión y empeoramiento de los síntomas que mostraba el paciente ni se valoró una eventual derivación a los Servicios de Otorrinolaringología, máxime cuando se aprecia la hemoptisis en noviembre de 2021, una disnea inusual y creciente estando en reposo, una odinofagia progresiva y una anemia relevante que no encontraba explicación suficiente en el tratamiento pautado. La mejoría clínica del enfermo en cada visita médica era muy relativa, como lo prueba el hecho de la recurrencia y demanda asistencial, el ingreso hospitalario durante varios días en muchas de ellas y el empeoramiento agravado de sus síntomas en

cada atención prestada hasta su hospitalización definitiva en el mes de mayo de 2022.

En este escenario, considero que los servicios sanitarios debieron incrementar su obligación de medios y desplegar un esfuerzo diagnóstico mayor para identificar la causa principal de unos padecimientos recurrentes y progresivos que no alcanzaban mejoría con el tratamiento dispensado, lo que ha supuesto una pérdida de oportunidad indemnizable. Ahora bien, dada la agresividad y situación clínica del paciente cuando finalmente -dos meses antes de su fallecimiento- se alcanza el fatal diagnóstico, la incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o minorado el deficiente estado de salud del enfermo impide concretar con exactitud el alcance del retardo diagnóstico en términos indemnizatorios. Y dado que el conjunto de daños reclamados no puede asociarse única y exclusivamente a una dilación en el diagnóstico, a falta de parámetros objetivos y dada la discrepancia entre las periciales acerca del impacto porcentual de esta demora en el fatal desenlace, siguiendo la práctica jurisprudencial que aconseja acudir en estos supuestos a un criterio prudente, ponderada la comprometida situación clínica del paciente y el resto de circunstancias concurrentes, estimo que hubiera procedido una indemnización de 10.000 euros para la viuda, y 2.000 euros para cada uno de los hijos, sujetos a la actualización correspondiente conforme a lo dispuesto en el artículo 34.3 de la LRSJP.”

Fuente: Consejo Consultivo del Principado de Asturias
<http://www.ccasturias.es>

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

LA PRESIDENTA,