

Dictamen Núm. 191/2024

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 7 de noviembre de 2024, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 19 de agosto de 2024 -registrada de entrada el día 22 de ese 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 familiar, atribuido al error en el diagnóstico de un cáncer de colon.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 14 de diciembre de 2023 un abogado, en nombre y representación de una persona que, a su vez, actúa en nombre y representación de sus hijos menores de edad, presenta en las oficinas de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial frente al Servicio de Salud del Principado de Asturias por los daños derivados del fallecimiento de su familiar, que se atribuye al error en el diagnóstico de un cáncer de colon.

Expone que el día 4 de mayo de 2016 la paciente "acudió a su médico de Atención Primaria quien, a pesar de una deficiente anamnesis, consideró necesario que se le practicara una colonoscopia, realizando al efecto la petición de interconsulta", y el 11 de mayo de 2016 es valorada por el Servicio de Digestivo del Hospital "X", donde se le practica "una rectoscopia en lugar de una colonoscopia siendo, según el profesional informante, una `exploración normal excepto hemorroides internas moderadas´, y se recomiendan medidas higiénico dietéticas para evitar el estreñimiento./ Dado que las medidas (...) no funcionaban y se seguían produciendo los sangrados (...), en fecha 31 de agosto de 2016 acude nuevamente a su médico de Atención Primaria y pide una nueva valoración, siendo derivada en esta ocasión (...) a una primera consulta con el Servicio de Digestivo".

Señala que "9 meses después, el 22 de febrero de 2017, se le realiza por fin una colonoscopia cuyo resultado (...) es compatible con un carcinoma de sigma, a unos 17 cm del ano de unos 2 x 3 cm que no provoca estenosis significativa. Se solicita en esa misma visita TC toracoabdominal e interconsulta a Cirugía./ La consulta con Cirugía tuvo lugar el 28 de febrero de 2017, recogiendo en la historia que la paciente presentaba `clínica de un año de evolución de sangrado digestivo bajo tipo hematoquecia´. Se le realiza una biopsia durante la colonoscopia concluyendo que la lesión es compatible con adenocarcinoma infiltrante ulcerado, y en el TC que se le hace también ese mismo día" se aprecia "pequeño engrosamiento focal de sigma en relación con neoplasia conocida. Hígado con múltiples lesiones focales, algunas compatibles con quistes simples y otras más susceptibles de lesiones metastásicas (...). Dos micronódulos pulmonares, uno en segmento superior del LII y otro en segmento anterior de LSD. No se puede descartar que correspondan con metástasis dado el contexto clínico de la paciente". En ese momento la enferma "ya presentaba a la palpación abdominal una masa de 3 cm en la fosa ilíaca izquierda./ El 10 de marzo acude a Oncología" del Hospital "X" y se decide el traslado al Hospital "Y" "para ser tratada en dicho centro (...). Ese

mismo mes (...), ya con un diagnóstico de carcinoma de colon estadio IV, se inicia tratamiento quimioterápico./ Habían pasado nueve meses desde que su médico de Atención Primaria” la derivó “a Digestivo (...) para que se le practicara una colonoscopia y que, por razones que no alcanzamos a entender, en dicho Servicio se decidió practicar una rectoscopia en lugar de una colonoscopia”.

Indica que “el 18 de julio de 2017 se somete (...) a la primera de las múltiples intervenciones quirúrgicas por las que tuvo que pasar. En concreto (...), una resección de la metástasis hepática en segmento II y segmentectomía del III./ El 14 de septiembre del 2017 se le realizó sigmoidectomía (...). Durante los más de seis años que (...) estuvo luchando con la enfermedad recibió numerosos tratamientos quimioterápicos, así como numerosas intervenciones quirúrgicas, tanto para intentar atajar el cáncer primario como las distintas lesiones metastásicas provocadas por aquel. Intervenciones en pulmones, hígado, incluida, en la fase final de la enfermedad, las metástasis cerebelosas./ Seis años y más de seis intervenciones quirúrgicas después, trufadas de innumerables y agresivos tratamientos quimioterápicos, el 27 de abril de 2023 fallece (...) dejando huérfanos de madre a (sus hijos), con 13 y quince años respectivamente”.

Manifiesta que “la *Guía de práctica clínica para el diagnóstico y prevención del cáncer colorrectal* (...) determina que a los pacientes con rectorragia sospechosa” de cáncer colorrectal “se les debe solicitar una colonoscopia urgente y/o derivar sin demora al nivel especializado para su realización y confirmación diagnóstica, puesto que la colonoscopia óptica es la prueba de elección en el diagnóstico (...). El estadio en el momento del diagnóstico es un importante predictor de supervivencia. En consecuencia, prolongar los intervalos de tiempo entre la aparición de los primeros síntomas y el diagnóstico de cáncer aumenta el riesgo de progresión (...). La ventana de oportunidad para conseguir un diagnóstico rápido (...) depende de la demora del paciente en acudir a la consulta del médico de familia, la demora en la

realización de las pruebas diagnósticas, la demora del médico de familia en derivar a Atención Especializada y la demora de atención entre la confirmación diagnóstica y el inicio del tratamiento”.

Precisa que cuando la paciente “acudió por primera vez a su médico de Atención Primaria preocupada por la presencia de sangre en sus deposiciones había pasado apenas un mes del debut de los síntomas, y creemos que con buen criterio” con base en la patología de la paciente “se solicitó la prueba diagnóstica que se considera de elección en estos casos, una colonoscopia. En este caso fue la Atención Especializada la que consideró conveniente realizar otra prueba diagnóstica alternativa, la rectoscopia, con la que sólo se consigue visualizar unos escasos centímetros del colon, impidiendo (...) un diagnóstico correcto de la patología que presentaba (...). Tuvieron que transcurrir 9 meses y 11 días y una nueva visita a su médico de Atención Primaria para que se le practicara la prueba (...) que finalmente arrojó el diagnóstico definitivo a pesar de haber estado claramente indicada, e incluso tramitada por Atención Primaria, desde un primer momento”.

Sostiene que “los síntomas manifestados desde un principio por la paciente pueden ser el primer” indicio de “un cáncer de colon y, por tanto, esta enfermedad debería haber sido razonablemente descartada (...). Ante la disconformidad de (la paciente) con la atención recibida, consultó nuevamente” con su médico de Atención Primaria “en agosto de 2016. Una vez más no consta el interrogatorio y la recogida en la historia clínica de información relevante sobre otros signos o síntomas que pudiese presentar y que podrían haber evitado la demora en el diagnóstico (...). Cuando finalmente (...) se le realizó la prueba diagnóstica correcta habían transcurrido 9 meses y 18 días desde la primera atención y la enfermedad ya se encontraba en un estadio avanzado, con una supervivencia estimada de un 14 % a los 5 años”.

Cuantifica la indemnización solicitada en cuatrocientos quince mil quinientos cincuenta y siete euros con setenta y cuatro céntimos

(415.557,74 €), de los cuales 195.746,59 € corresponden al hijo y 219.811,15 € a la hija.

Adjunta copia, entre otra, de diversa documentación médica relativa al proceso de referencia y la pericial suscrita por un especialista en Medicina Legal y Forense el 5 de octubre de 2023. En esta última se deja constancia de que "durante la primera atención a la paciente tanto en el ámbito de la Atención Primaria como la Especializada la anamnesis y la exploración clínica dirigida no fueron del todo correctas. Es decir, no se recogieron en la historia clínica la presencia o ausencia de una serie de síntomas que podrían haber orientado de una forma más eficaz (...) hacia la patología que presentaba (...), un cáncer de colon localizado en sigma, a unos 17 cm del margen anal. Desconocemos si no se recoge la información porque no se interrogó a la paciente a este respecto o si simplemente no se registró en su historia (...). Ante un episodio de rectorragia es imprescindible interrogar al paciente sobre las características de ésta, los síntomas acompañantes y realizar una exploración física correcta con el fin de descartar la existencia de `síntomas de alarma´ que puedan hacer sospechar que dicha rectorragia pueda ser producida por un cáncer de colon e iniciar el protocolo diagnóstico adecuado en ese caso. El (médico de Atención Primaria), a pesar de no realizar una historia clínica correcta, solicitó la prueba diagnóstica que a nuestro entender estaba indicada. Fue el especialista el que, sin profundizar más en los síntomas de la paciente, consideró oportuno cambiar la indicación de la prueba diagnóstica realizando otra en su lugar. Desconocemos por la historia clínica si la paciente presentaba síntomas perianales, como dolor, escozor, cuál era su ritmo intestinal normal y si éste había cambiado recientemente, o si presentaba síntomas generales, como pérdida de peso. Tan sólo sabemos que consultó por rectorragia y que ésta se perpetuó durante meses. En la primera consulta (...) con el Servicio de Cirugía General (...), realizada el 28 de febrero de 2017, el especialista redacta como motivo de consulta `clínica de un año de evolución de sangrado digestivo bajo tipo de hematoquecia´. Recordemos que

la hematoquecia es la emisión de sangre oscura que orienta a patología de colon derecho y la rectorragia o emisión de sangre roja orienta hacia la existencia de patología rectal o anal, más distal./ Las guías clínicas dejan claro que únicamente la presencia de rectorragia en ausencia de síntomas perianales que puedan justificarla o incluso la rectorragia independientemente de la edad obligan a descartar la existencia de un (cáncer colorrectal), es decir, a realizar una colonoscopia siempre que sea posible./ Cuando (...) fue diagnosticada ya presentaba metástasis hepáticas y pulmonares, es decir, se encontraba en un estadio IV (...). Podemos asegurar que en mayo de 2016 (...) ya presentaba una lesión tumoral a nivel de sigma, sin embargo, la prueba que el especialista decidió realizar en aquel momento (rectoscopia) no consiguió visualizarla, por lo que los síntomas de la paciente fueron atribuidos de forma errónea a unas hemorroides. La presencia de una lesión anal no descarta la existencia de otra lesión sangrante más proximal, por lo que la práctica correcta en este caso (...) hubiese sido realizar una colonoscopia, prueba que permite la exploración de toda la longitud del colon y que con una alta probabilidad hubiese permitido (...) un diagnóstico correcto de la patología que manifestaba”.

2. Mediante oficio de 24 de enero de 2024, 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, las normas con arreglo a las cuales se tramitará el procedimiento y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

3. Previa solicitud formulada por la Instructora del procedimiento, el 14 de febrero de 2024 la Directora Económica y de Profesionales del Área Sanitaria III le remite una copia de la historia clínica de la paciente relativa al proceso de referencia y el informe elaborado por el Jefe de la Sección de Digestivo del Hospital “X” el 6 de noviembre de 2023. Se indica en este que “los hechos se

remontan a 2016, cuando la paciente tenía 43 años, el 4-5-2016 fue valorada por su médico (...) de A. Primaria y se solicitó una colonoscopia con los siguientes datos: `sin (...) (antecedentes personales) de interés. No (...) (antecedentes familiares) de cáncer de colon, sí de otros tumores varios (...). Refiere varios episodios de rectorragia en el último mes. Hábito intestinal estreñimiento. Inspección anal normal, sin hemorroides ni lesiones. Exploración: tacto rectal no doloroso, no se palpan lesiones, no sangrado en ampolla rectal´. Esta valoración inicial por su médico de familia es correcta, con anamnesis, historia familiar y exploración anorrectal, lo único que faltaría es una distinción entre rectorragia distal y rectorragia mezclada con heces, que no consta en esta petición./ Con fecha 11-5-2016 acude a Digestivo y por valoración del especialista (...) en ese momento, dado que es una paciente de 43 años, se decide realizar una rectoscopia en vez de una colonoscopia. Se refiere que `se objetiva una mucosa normal y al retirar el endoscopio se ven unas hemorroides internas moderadas congestivas´. Se emite un informe que `recomienda como primera medida evitar el estreñimiento, regulando el hábito intestinal con dieta abundante en fibra vegetal, beber abundantes líquidos y toma puntual de laxantes´. Esta actuación inicial es correcta en una paciente joven (< 45 años) con estreñimiento crónico y hemorroides congestivas, sobre todo si la rectorragia es de características distales y no hay otros signos de alarma (anemia, pérdida peso...), y está avalada por las guías clínicas de la época (...). Con fecha 31-8-2016 el médico de familia (...) solicita nueva valoración porque persiste el sangrado en forma de rectorragia. La paciente es valorada en consultas externas de Digestivo el 26-1-2017 (...), se realiza una exploración abdominal y un tacto rectal que son normales y, ante la persistencia de la rectorragia, se solicita una colonoscopia a ritmo preferente. Esta colonoscopia se realiza el 22-2-2017 y se objetiva una lesión ulcerada en el sigma compatible con carcinoma de sigma de unos 2 x 3 cm, que se biopsia para confirmación histológica. Ese mismo día (...) se solicita una TC toraco-abdominal y una

interconsulta al servicio de Cirugía General. Esta actuación es correcta, si bien hay una demora de espera desde la petición de consulta de A. Primaria hasta la consulta de Digestivo de 4 meses”. Concluye que, “si bien la actuación inicial (optar por una rectoscopia en vez de una colonoscopia) es correcta en una mujer joven (< 45 años), sin antecedentes familiares de cáncer de colon, con estreñimiento crónico y sin otros signos de alarma; lo que parece menos aceptable es la demora en lista de espera de más de 4 meses para atender una consulta de especialista cuando se envió por segunda vez a la paciente. En cuanto se la vio la segunda vez la actuación fue rápida y se tomaron las medidas adecuadas. Esta enferma tenía un tumor agresivo con diseminación metastásica a varias localizaciones, y no podemos saber a ciencia cierta cuánto podría haber influido la demora en el diagnóstico en su evolución posterior”.

4. El día 1 de marzo de 2024, la Directora Económica y de Profesionales del Área Sanitaria III remite al Servicio instructor el informe emitido por el médico de Atención Primaria. En él se indica que “la paciente consulta por primera vez el día 04-05-2016 por rectorragias en el último mes. Realizada la anamnesis y la exploración, que incluyó tacto rectal, se remite a consulta de Digestivo para colonoscopia diagnóstica que fue realizada el 11-05-2016, no encontrando patología./ Ante la persistencia de síntomas (...), consulta de nuevo el 31-08-2016, volviendo a ser remitida a la consulta de Digestivo”.

5. Con fecha 9 de abril de 2024 emiten informe pericial, a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, dos especialistas, uno en Oncología Médica y otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo.

En él exponen que “el día 04-05-2016 la paciente acude por primera vez a su médico de Atención Primaria para valoración de varios episodios de sangrado rectal de sangre roja (rectorragia) en el último mes (...). Se señala que (...) no presenta antecedentes familiares de cáncer de colon, por lo que si consta acreditado que su (médico de Atención Primaria) establece un

diagnóstico diferencial de la rectorragia entre la que se incluye la posibilidad de presentar un cáncer (...) colorrectal (...). En una mujer joven, sin más datos añadidos que rectorragia autolimitada y estreñimiento, la causa más probable y frecuente es la patología perianal (...). Se ha publicado que el 18 % de los individuos adultos han padecido algún episodio de rectorragia leve, pudiendo ser incluso más común en adultos más jóvenes, quienes tienen menos probabilidades de consultar con el médico por este problema (...). La incidencia de cáncer colorrectal en una mujer de 43 años, sin antecedentes personales ni familiares predisponentes para el cáncer de colon, es muy baja (...). Como no observa ninguna patología perianal que justifique el sangrado (...), solicita con muy buen criterio interconsulta a Digestivo para realización de una colonoscopia diagnóstica (...). Consideramos que la anamnesis y exploración realizada por su (médico de Atención Primaria) es totalmente correcta, completa y adecuada a la clínica que manifestaba la paciente. No observamos ninguna actuación contraria a la normopraxis”.

Indican que “el día 11-05-2016 (...) es valorada por el Servicio de Digestivo (...). Dado que es una paciente de 43 años, sin antecedentes personales ni familiares de cáncer colorrectal, se decide realizar una rectoscopia en vez de una colonoscopia (...). No presenta ninguna patología perianal a la exploración ni al tacto rectal. En la rectoscopia no se observa ninguna lesión en los 20 cm de recto-sigma explorado, pero al retirar el endoscopio se ven unas hemorroides internas moderadas congestivas que pueden justificar la clínica (...) de rectorragia leve y autolimitada, especialmente en pacientes estreñidas, como era el caso (...). Por este motivo se orienta a una patología hemorroidal secundaria al estreñimiento crónico que refiere la paciente, dando pautas higiénico-dietéticas”. Con base en “las guías de práctica clínica vigentes a fecha del acto médico objeto de (...) reclamación la decisión de la realización por un (...) especialista en el Aparato Digestivo de una rectoscopia en vez de una colonoscopia completa en una mujer joven (menor de 50 años), sin antecedentes personales ni familiares de cáncer

colorrectal, con estreñimiento y hemorroides congestivas fue adecuada (...). Según la Guía de la Asociación Americana de Endoscopia Digestiva (...) del año 2014, y vigente a fecha del acto médico objeto de (...) reclamación, la indicación de realización de una rectoscopia (...) fue correcta y adecuada a la clínica que manifestaba la paciente (...). La colonoscopia no está exenta de complicaciones. Aunque es infrecuente, el impacto de la perforación y el sangrado puede ser considerable (...). Se estima que la frecuencia de perforación iatrogénica es del 0,019 % al 0,8 % y del 0,10 % al 3 % para la colonoscopia diagnóstica y terapéutica, respectivamente (...). Además de las complicaciones directas, otros problemas relacionados con la colonoscopia incluyen la necesidad de una preparación intestinal exhaustiva y el riesgo de una sedación moderada. El riesgo general de complicaciones relacionadas con la colonoscopia aumenta cuando se utilizan fármacos sedantes (...). Basado en el riesgo beneficio se plantea la indicación de la rectoscopia en vez de la colonoscopia en pacientes menores de 50 años, dado el riesgo de complicaciones graves producto del uso indiscriminado de la colonoscopia ante cualquier sangrado anal sin presentar más clínica asociada (...). Si se realizase una colonoscopia ante cualquier rectorragia sin más clínica asociada, más del 97 % de las veces en pacientes entre 40 y 50 años sería normal (...). Las pautas actuales propuestas por la Sociedad Estadounidense de Gastroenterología (...) establecen que la colonoscopia debe realizarse en pacientes mayores de 50 años que presenten hematoquecia, mientras que la sigmoidoscopia flexible sería suficiente en pacientes jóvenes sanos de <40 años (...). La exploración realizada por su médico de Atención Primaria y, posteriormente, por el (...) especialista del Aparato Digestivo fue adecuada y completa. No observamos ninguna actuación clínica contraria a la normopraxis”.

Sostienen que “la decisión posterior de realización de una rectoscopia está avalada por la literatura médica y las guías de práctica clínica atendiendo a la edad de la paciente (menor de 50 años), la ausencia de antecedentes

personales ni familiares, la falta de clínica adicional (anemia, pérdida de peso, dolor abdominal, cambio en la consistencia de las heces o mucosidad asociada) que sugieran una neoplasia colorrectal (...). Así se señala también en el propio algoritmo del artículo que sirve de referencia al informe pericial (...) adjunto a la reclamación (...). Los criterios de derivación para sospecha" de cáncer colorrectal "basados en síntomas tienen una sensibilidad del 68,2 % y una especificidad del 50,2 % para la detección (...) y, en realidad, estos criterios no pueden descartar el (cáncer colorrectal) (...). Por este motivo, en la actualidad el criterio clínico está en desuso y se sugiere el uso de pruebas inmunoquímicas fecales cuantitativas (...) de hemoglobina (...) para guiar la derivación de Atención Primaria al Servicio de Aparato digestivo para realización de pruebas endoscópicas (...). Se reclama una pérdida de oportunidad diagnóstica máxima de 9 meses y 11 días, desde el (...) 11-05-2016, fecha de la realización de la rectoscopia, hasta el (...) 22-02-2017", y estamos "en desacuerdo con el período reclamado puesto que (...) la decisión de la realización de una rectoscopia es adecuada y ajustada a la *lex artis*".

Consideran que "el período máximo de la supuesta demora diagnóstica sería desde el día 31-08-2016, fecha en la que su médico de Atención Primaria solicita nueva valoración por persistencia del sangrado en forma de rectorragia, hasta el día 26-01-2017, fecha de la nueva consulta con el Servicio del Aparato Digestivo (...), donde se indica la realización de una colonoscopia con carácter preferente. En total, 148 días (4 meses y 26 días) (...). En la misma guía de práctica clínica mencionada" por la pericial aportada con la reclamación "se señala de forma expresa que los retrasos moderados hasta la evaluación por el especialista no tendrán una influencia significativa en la supervivencia de los que pudieran presentar una neoplasia (...). Una vez que el cáncer de colon se vuelve sintomático, el tratamiento temprano no mejora la supervivencia (...). La Red Escocesa de Directrices Intercolegiales (...) recomienda que los pacientes con cáncer colorrectal no esperen más de 62

días entre su derivación inicial y el inicio del tratamiento definitivo. Sin embargo, dichas recomendaciones se ha visto que no mejoran la supervivencia esperada global de aquellos pacientes con cáncer colorrectal (...). Coincidimos” con la pericial de los reclamantes “respecto a la historia natural del cáncer colorrectal, puesto que consta bien documentado en la literatura médica que el tiempo medio de desarrollo del cáncer colorrectal oscila entre 10 a 15 años (...). El 60 % de los casos de cáncer colorrectal se diagnostican cuando la enfermedad ya se encuentra avanzada a nivel regional o a distancia, es decir con metástasis, y este es el principal factor que influye en la supervivencia global (...). Aproximadamente el 20 por ciento de los pacientes tienen enfermedad metastásica a distancia en el momento del diagnóstico. El cáncer colorrectal puede diseminarse por diseminación linfática y hematógena, así como por contigüidad y diseminación peritoneal (carcinomatosis peritoneal) (...). Los pacientes que son sintomáticos en el momento del diagnóstico suelen tener una enfermedad más avanzada y un peor pronóstico (...). Los pacientes sintomáticos tienen más del doble de riesgo de tener enfermedad metastásica en el momento de la presentación (...). La mediana de supervivencia esperada de los pacientes con estadio IV de cáncer de colon es de 1-3 años, en función de la extensión de la enfermedad, biología tumoral (agresividad), edad y problemas médicos adicionales (comorbilidades) (...). De lo expuesto, una demora máxima de 4 meses en el diagnóstico del cáncer colorrectal de la paciente no ha tenido un impacto significativo en la progresión tumoral y supervivencia esperada. Desafortunadamente (...), padeció desde el principio un cáncer colorrectal en estadio avanzado que debutó con clínica de rectorragia sin ninguna otra sintomatología asociada, lo que dificultó su diagnóstico (...). No hay ninguna evidencia científica respecto a que un diagnóstico más precoz, 4 meses antes, hubiese significado una modificación sustancial del estadio tumoral y las posibilidades terapéuticas (...). En un estudio reciente se señala que no existe ninguna minoración en la supervivencia por una demora en la realización de la colonoscopia inferior a 6

meses en un paciente con clínica de rectorragia (...). En el momento del diagnóstico, la paciente presentaba una diseminación linfática (adenopatías positivas) y hematógena (metástasis múltiples en hígado y pulmón). Para que se produzca tal progresión de la enfermedad se precisa tiempo, y no sólo 4 meses, por lo que entendemos que el pronóstico vital hubiese sido similar”.

6. Mediante oficio notificado a los interesados el 18 de junio de 2024, la Instructora del procedimiento les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándoles una copia de los documentos obrantes en el expediente.

7. Con fecha 4 de julio de 2024, el representante de los interesados presenta un escrito de alegaciones. En él señala que “en la primera atención de su (médico de Atención Primaria) no consta ningún tipo de exploración física o anamnesis (...) para descartar síntomas o signos de alarma (cambios del ritmo intestinal, existencia de anemia o pérdida de peso, malestar abdominal o síntomas perianales), sólo la existencia de rectorragia reciente y estreñimiento, no obstante, considera adecuado solicitar una colonoscopia./ Por otra parte, en la consulta de Digestivo parece modificarse la indicación de colonoscopia, pasando ésta a convertirse en rectoscopia, sin tampoco haber interrogado a la paciente sobre la existencia de dichos signos o síntomas de alarma. Se atribuyó entonces el origen del sangrado en las hemorroides visualizadas y no se creyó oportuno explorar el resto del colon”.

Sostiene que “se obvió en un principio la correcta anamnesis y evaluar la existencia o no de anemia ferropénica. Por otra parte, en paciente con síntomas digestivos bajos de reciente aparición la prueba indicada para establecer el diagnóstico etiológico es la colonoscopia, no la rectoscopia”.

8. El día 12 de julio de 2024, la Instructora del procedimiento formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella expone que “tras el

estudio de la documental obrante en el expediente consta que la paciente, mujer joven, sin más datos clínicos añadidos que rectorragia autolimitada, estreñimiento y sin antecedentes familiares de cáncer de colon, acudió en mayo de 2016 a su (médico de Atención Primaria), quien solicitó interconsulta al Servicio de Digestivo para realización de una colonoscopia diagnóstica. Tras valoración por el Servicio de Digestivo, se decide realizar una rectoscopia en vez de una colonoscopia por criterio de edad y ausencia de antecedentes de riesgo de cáncer (...) colorrectal. El único hallazgo de la rectoscopia practicada en mayo de 2016 han sido hemorroides internas moderadas congestivas, que, junto al estreñimiento, justificaban la clínica de rectorragia, orientando el diagnóstico a una patología hemorroidal secundaria al estreñimiento crónico y procediendo a indicar pautas higiénico-dietéticas./ Considerando las indicaciones de las guías de práctica clínica vigentes y el riesgo-beneficio, la indicación de la rectoscopia en vez de la colonoscopia ha sido correcta para la clínica, edad y ausencia de factores de riesgo de la paciente, puesto que la valoración sobre la adecuación de la misma (a) las necesidades del paciente debe (...) realizarse con los datos disponibles al momento de la prestación de la asistencia, nunca *ex post*, tras conocer el diagnóstico final./ Con fecha (...) 31-08-2016, ante la persistencia de la rectorragia, acude a su (médico de Atención Primaria), que solicita consulta al Servicio de Digestivo para nueva valoración, la cual fue realizada el 26-01-2017, indicando la práctica de una colonoscopia programada con carácter preferente, realizada el 22-02-2017, con hallazgos sugestivos de cáncer que tras estudios complementarios objetivan la presencia de metástasis hepáticas y pulmonares, determinantes de un estadio IV. Considerando la historia natural del cáncer colorrectal, documentada en la literatura médica, el tiempo medio de desarrollo del cáncer colorrectal oscila entre 10 a 15 años, de modo que un diagnóstico más precoz, 4 meses antes, no hubiese significado una modificación sustancial del estadio tumoral y las posibilidades terapéuticas”.

Entiende que “no se ha objetivado pérdida de oportunidad terapéutica, la actuación de los profesionales del servicio de salud ha sido ajustada a la *lex artis ad hoc* y la desafortunada evolución del proceso clínico tiene su causa en que la paciente, con edad inferior a 50 años, sin antecedentes personales ni familiares de cáncer colorrectal, padeció desde el principio un cáncer colorrectal en estadio avanzado, que debutó con clínica de rectorragias, atribuida a patología hemorroidal (hemorroides congestivas), secundaria al estreñimiento crónico” que presentaba.

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 19 de agosto 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, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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. Habiendo resultado perjudicados dos menores de edad, está facultado para actuar en representación de los mismos su padre, según lo establecido en el artículo 162 del Código Civil sobre representación legal de los hijos, quien puede actuar, a su vez, por medio de representante con poder bastante al efecto a tenor de lo señalado 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 del servicio público sanitario.

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 14 de diciembre de 2023, y el fallecimiento de la paciente tiene lugar el día 27 de abril de 2023, por lo que es notorio 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 del servicio afectado, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

Sin embargo, se aprecia 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 la 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 21.1 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.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que los interesados reclaman una indemnización por los daños derivados del fallecimiento de un familiar, que se atribuye al error en el diagnóstico de un cáncer de colon.

Constando el óbito de la paciente, queda acreditada la efectividad de un daño; no obstante, hemos de reparar en que la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica automáticamente la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si aquél se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que los interesados no tuvieran el deber jurídico de soportarlo.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 182/2019), 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 el paciente 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 concretos.

Por tanto, para poder apreciar que el daño alegado 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 -ciencia o arte médica- 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 -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Este criterio opera no sólo en la fase de tratamiento dispensado a los pacientes, 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, 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 subrayado este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 81/2019) 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 supuesto analizado, se señala en la reclamación que cuando la enferma acude "por primera vez a su médico de Atención Primaria preocupada por la presencia de sangre en sus deposiciones había pasado apenas un mes del debut de los síntomas, y creemos que con buen criterio" con base en la patología de la paciente "se solicitó la prueba diagnóstica que se considera de elección en estos casos, una colonoscopia", puntualizando a continuación que "en este caso fue la atención especializada la que consideró conveniente realizar otra prueba diagnóstica alternativa, la rectoscopia, con la que sólo se consigue visualizar unos escasos centímetros del colon, impidiendo que se realizase un diagnóstico correcto". Se concluye que "tuvieron que transcurrir 9 meses y 11 días y una nueva visita a su médico de Atención Primaria para que se le practicara la prueba (...) que (...) arrojó el diagnóstico definitivo, a pesar de haber estado claramente indicada e incluso tramitada por Atención Primaria desde un primer momento". Se sostiene que "los síntomas manifestados desde un principio por la paciente pueden ser el primer" indicio de "un cáncer de colon y, por tanto, esta enfermedad debería haber sido razonablemente descartada"; que "no consta el interrogatorio y la recogida en la historia clínica de información relevante sobre otros signos o síntomas que pudiese presentar y que podrían haber evitado la demora en el diagnóstico", y que "cuando finalmente (...) se le realizó la prueba diagnóstica correcta habían transcurrido

9 meses y 18 días desde la primera atención y la enfermedad ya se encontraba en un estadio avanzado, con una supervivencia estimada de un 14 % a los 5 años”.

Se acompaña la reclamación de la pericial elaborada por un especialista en Medicina Legal y Forense en la que se indica que “durante la primera atención a la paciente tanto en el ámbito de la Atención Primaria como la Especializada, la anamnesis y la exploración clínica dirigida no fueron del todo correctas. Es decir, no se recogieron en la historia clínica la presencia o ausencia de una serie de síntomas que podrían haber orientado de una forma más eficaz (...) hacia la patología que presentaba”, y que se desconoce “si no se recoge la información porque no se interrogó a la paciente a este respecto o si simplemente no se registró en su historia”; no obstante, se añade que el médico de Atención Primaria, “a pesar de no realizar una historia clínica correcta, solicitó la prueba diagnóstica que a nuestro entender estaba indicada”. Sentado esto, advierte a continuación que “fue el especialista el que sin profundizar más en los síntomas (...) consideró oportuno cambiar la indicación de la prueba diagnóstica, realizando otra en su lugar”; que se desconoce “por la historia clínica si la paciente presentaba síntomas perianales, como dolor, escozor, cuál era su ritmo intestinal normal y si éste había cambiado recientemente, o si presentaba síntomas generales, como pérdida de peso”, y que “tan sólo sabemos que consultó por rectorragia y que ésta se perpetuó durante meses”. Asimismo, refiere que “en la primera consulta (...) con el Servicio de Cirugía General (...), realizada el 28 de febrero de 2017, el especialista redacta como motivo de consulta `clínica de un año de evolución de sangrado digestivo bajo tipo hematoquecia´”, recordando que “las guías clínicas dejan claro que únicamente la presencia de rectorragia en ausencia de síntomas perianales que puedan justificarla o incluso la rectorragia independientemente de la edad obligan a (...) realizar una colonoscopia siempre que sea posible”. Concluye que “la presencia de una lesión anal no descarta la existencia de otra lesión sangrante más proximal, por lo que la

práctica correcta en este caso, según nuestro parecer, hubiese sido realizar una colonoscopia, prueba que permite la exploración de toda la longitud del colon y que con una alta probabilidad” hubiese llevado a “un diagnóstico correcto”.

Posteriormente, ya en el trámite de audiencia y centrandó también el error en el Servicio de Digestivo y no en el de Atención Primaria, se afirma que “se obvió en un principio la correcta anamnesis y evaluar la existencia o no de anemia ferropénica. Por otra parte, en paciente con síntomas digestivos bajos de reciente aparición la prueba indicada para establecer el diagnóstico etiológico es la colonoscopia, no la rectoscopia”.

Vista la posición de los reclamantes, procede ahondar en la restante documentación que figura en el expediente.

El informe de la Sección de Digestivo del Hospital “X” advierte que el 4 de mayo de 2016 la paciente -de 43 años- “fue valorada por su médico de familia (...) y se solicitó una colonoscopia con los siguientes datos: `sin (...) (antecedentes personales) de interés. No (...) (antecedentes familiares) de cáncer de colon, sí de otros tumores varios (...). Refiere varios episodios de rectorragia en el último mes. Hábito intestinal estreñimiento. Inspección anal normal, sin hemorroides ni lesiones. Exploración: tacto rectal no doloroso, no se palpan lesiones, no sangrado en ampolla rectal´”, y se indica que “esta valoración inicial por su médico de familia es correcta, con anamnesis, historia familiar y exploración anorrectal, lo único que faltaría es una distinción entre rectorragia distal y rectorragia mezclada con heces”. Por otro lado, señala que el 11 de mayo de ese mismo año “acude a Digestivo y por valoración del especialista (...) en ese momento, dado que es una paciente de 43 años, se decide realizar una rectoscopia en vez de una colonoscopia. Se refiere que `se objetiva una mucosa normal y al retirar el endoscopio se ven unas hemorroides internas moderadas congestivas´. Se emite un informe que `recomienda como primera medida evitar el estreñimiento´”, y se considera que “esta actuación inicial es correcta en una paciente joven (< 45 años) con

estreñimiento crónico y hemorroides congestivas, sobre todo si la rectorragia es de características distales y no hay otros signos de alarma (anemia, pérdida peso...), y está avalada por las guías clínicas de la época”. Concluye que “lo que parece menos aceptable es la demora en lista de espera de más de 4 meses para atender una consulta de especialista cuando se envió por segunda vez a la paciente”.

La pericial emitida a instancias de la compañía aseguradora de la Administración -suscrita por un especialista en Oncología Médica y otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo y fundamentada con profusa referencia bibliográfica y documental- señala que el día 4 de mayo de 2016 “la paciente acude por primera vez a su médico de Atención Primaria para valoración de varios episodios de sangrado rectal de sangre roja (rectorragia) en el último mes”, y que “no presenta antecedentes familiares de cáncer de colon, por lo que sí consta acreditado que su (médico de Atención Primaria) establece un diagnóstico diferencial de la rectorragia entre la que se incluye la posibilidad de presentar un cáncer (...) colorrectal”. Se aclara que “en una mujer joven, sin más datos añadidos que rectorragia autolimitada y estreñimiento, la causa más probable y frecuente es la patología perianal”, y que “la incidencia de cáncer colorrectal en una mujer de 43 años, sin antecedentes personales ni familiares predisponentes para el cáncer de colon, es muy baja”, si bien como no se observa “ninguna patología perianal que justifique el sangrado (...) solicita, con muy buen criterio, interconsulta a Digestivo para realización de una colonoscopia diagnóstica”. Concluye que la anamnesis y exploración realizada en Atención Primaria “es totalmente correcta, completa y adecuada a la clínica que manifestaba la paciente”. Añaden que cuando en mayo de 2016 es valorada en el Hospital “X”, “en la exploración realizada por el (...) especialista del Aparato Digestivo se señala que no presenta ninguna patología perianal a la exploración ni al tacto rectal. En la rectoscopia no se observa ninguna lesión en los 20 cm de recto-sigma explorado; pero, al retirar el endoscopio se ven unas hemorroides internas

moderadas congestivas que pueden justificar la clínica (...) de rectorragia leve y autolimitada, especialmente en pacientes estreñidas, como era el caso”, y que “por este motivo se orienta a una patología hemorroidal secundaria al estreñimiento crónico que refiere (...), dando pautas higiénico-dietéticas”. En tales circunstancias, sostienen que con base en “las guías de práctica clínica vigentes a fecha del acto médico objeto de la reclamación la decisión de la realización por un (...) especialista en el Aparato Digestivo de una rectoscopia en vez de una colonoscopia completa en una mujer joven (menor de 50 años) sin antecedentes personales ni familiares de cáncer colorrectal, con estreñimiento y hemorroides congestivas, fue adecuada”. Reseñan que “el período máximo de una supuesta demora diagnóstica sería desde el día 31 de agosto de 2016, fecha en la que su médico de Atención Primaria solicita nueva valoración por persistencia del sangrado en forma de rectorragia, hasta el día 26 de enero de 2017, fecha de la nueva consulta con el Servicio del Aparato Digestivo (...), donde se indica la realización de una colonoscopia con carácter preferente. En total, 148 días (4 meses y 26 días). Afirman que, “desafortunadamente, la paciente padeció desde el principio un cáncer colorrectal en estado avanzado, que debutó con clínica de rectorragia sin ninguna otra sintomatología asociada, lo que dificultó su diagnóstico”, y que “no hay ninguna evidencia científica respecto a que un diagnóstico más precoz, 4 meses antes, hubiese significado una modificación sustancial del estadio tumoral y las posibilidades terapéuticas”.

Por último, la propuesta de resolución considera que “las indicaciones de las guías de práctica clínica vigentes y el riesgo-beneficio, la indicación de la rectoscopia en vez de la colonoscopia, ha sido correcta para la clínica, edad y ausencia de factores de riesgo de la paciente”, y que a la vista de “la historia natural del cáncer colorrectal, documentada en la literatura médica, el tiempo medio de desarrollo del cáncer colorrectal oscila entre 10 a 15 años, de modo que un diagnóstico más precoz, 4 meses antes, no hubiese significado una modificación sustancial del estadio tumoral y las posibilidades terapéuticas”.

Planteada en tales términos la controversia, es preciso puntualizar previamente que el servicio público sanitario no tiene la obligación de determinar la naturaleza de la enfermedad antes de la manifestación de sus signos clínicos típicos, ciñéndose el deber médico a la aplicación de los medios precisos en función de los síntomas mostrados por los pacientes. En otras palabras, y como venimos señalando de forma constante, el hecho de que sea la clínica la que delimita el alcance de la obligación de medios excluye que pueda proyectarse *ex post facto* al juicio sobre la corrección de la actuación sanitaria el estado de situación ignorado al momento de la atención y conocido al formularse la reclamación (por todos, Dictamen Núm. 269/2023). Parafraseando la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 16 de marzo de 2009 -ECLI:ES:TSJAS:2009:1386- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª), el juicio que debe efectuarse no es el juicio *ex post*, una vez conocido todo el desarrollo posterior, sino un juicio *ex ante* para, en función de los datos y circunstancias conocidas en ese momento, saber si la decisión ha sido o no correcta.

En otro orden de cosas, y dada la presencia de discrepancias entre las periciales, cabe recordar que la jurisprudencia asume que la fuerza probatoria de los informes periciales reside en su fundamentación y coherencia interna, en la mayor especialización de quien los formula y en la independencia o lejanía del perito respecto a los intereses de las partes (por todas, Sentencias del Tribunal Supremo de 4 de abril de 2019 -ECLI:ES:TS:2019:1135-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 5.ª, y del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 15 de mayo de 2019 -ECLI:ES:TSJAS:2019:1298-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.ª). En el caso aquí examinado lo expuesto implica confrontar, atendiendo a tales criterios, el informe de los servicios implicados (Digestivo y Atención Primaria), así como el emitido por un especialista en Oncología Médica y otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo (a instancia de la compañía

aseguradora), con la pericial elaborada por un especialista en Medicina Legal y Forense (aportada por los reclamantes).

Sentado lo anterior, cabe descender al fondo de la cuestión planteada. En primer lugar, y en cuanto a la actuación desempeñada por el facultativo de Atención Primaria, la reclamación mantiene -con respaldo en la pericial aportada- que, aunque la anamnesis y la exploración clínica no habrían sido "del todo correctas" -dado que "no se recogieron en la historia clínica la presencia o ausencia de una serie de síntomas que podrían haber orientado de una forma más eficaz (...) hacia la patología que presentaba", si bien admite desconocer "si no se interrogó a la paciente a este respecto o si simplemente no se recogió en su historia"-, sí se solicitó "la prueba diagnóstica (...) indicada". Por su parte, el informe de la Sección de Digestivo del Hospital "X" señala que desde Atención Primaria se solicitó una colonoscopia basándose en los siguientes datos: "sin (...) (antecedentes personales) de interés. No (...) (antecedentes familiares) de cáncer de colon, sí de otros tumores varios (...). Refiere varios episodios de rectorragia en el último mes. Hábito intestinal estreñimiento. Inspección anal normal, sin hemorroides ni lesiones. Exploración: tacto rectal no doloroso, no se palpan lesiones, no sangrado en ampolla rectal", por lo que concluye que la valoración inicial por parte de su médico de familia es correcta, "con anamnesis, historia familiar y exploración anorrectal", y "lo único que faltaría es una distinción entre rectorragia distal y rectorragia mezclada con heces". La misma conclusión acerca de la corrección de la anamnesis y exploración realizadas en Atención Primaria se alcanza en la pericial elaborada a instancias de la entidad aseguradora de la Administración y en la propuesta resolución.

Sentado lo anterior, en la historia clínica de Atención Primaria consta anotado el 4 de mayo de 2016 "sin (antecedentes personales) de interés./ No (antecedentes familiares) de ca. de colon, sí otros tumores varios (...). Refiere varios episodios de rectorragia en el último mes./ Hábito intestinal estreñimiento./ Inspección anal normal, sin hemorroides ni lesiones./

Exploración: tacto rectal no doloroso, no se palpan lesiones, no sg. en apll. rectal” (folio 9). Así pues, a pesar de lo señalado en el informe pericial que se adjunta a la reclamación, es notorio que en la historia clínica constan datos acerca de “si la paciente presentaba síntomas perianales, como dolor, escozor, cuál era su ritmo intestinal normal y si éste había cambiado recientemente”, a lo que hay que añadir la referencia a los antecedentes personales y familiares de interés para esta patología. Es cierto que no figuran en la historia clínica referencias a cuestiones como si presentaba pérdida de peso (como se indica en la pericial que se adjunta a la reclamación) o si padecía anemia ferropénica (como se señala en el trámite de audiencia); sin embargo, la circunstancia de que no consten expresamente en dicho documento no implica, sin más, que no se haya interrogado a la paciente sobre este extremo, de tal forma que de la eventual incorrección de su reflejo documental no cabe automáticamente deducir que no se procediese a abordar unas cuestiones que cabe calificar de generales y más básicas que otras positivamente explicitadas, y además fácilmente constatables en Atención Primaria (cuya evidente proximidad a los pacientes facilita una mayor continuidad en el seguimiento). A ello hay que añadir que el 19 de septiembre de 2016 la paciente no padecía anemia, según figura anotado en la historia clínica de Atención Primaria (folio 10), por lo que resulta altamente improbable que así fuese tres meses antes.

En definitiva, estimamos que no se han acreditado incorrecciones en la anamnesis y/o exploraciones llevadas a cabo en Atención Primaria, y que ninguna duda se ha arrojado acerca de la procedencia de la prueba diagnóstica solicitada en este nivel asistencial (colonoscopia).

En segundo lugar, y en relación con la intervención del Servicio de Digestivo del hospital donde recibió asistencia, los reclamantes entienden que “fue la atención especializada la que consideró conveniente realizar otra prueba diagnóstica alternativa, la rectoscopia, con la que sólo se consigue visualizar unos escasos centímetros del colon, impidiendo que se realizase un diagnóstico correcto de la patología que presentaba”, apoyándose en la

pericial que aportan y que sostiene, en lo que aquí interesa, que “las guías clínicas dejan claro que únicamente la presencia de rectorragia en ausencia de síntomas perianales que puedan justificarla o incluso la rectorragia independientemente de la edad obligan a descartar la existencia” de un cáncer colorrectal; es decir, “a realizar una colonoscopia siempre que sea posible”. Por su parte, el informe del Servicio de Digestivo mantiene que la decisión de efectuar una rectoscopia en vez de una colonoscopia es correcta “en una paciente joven (< 45 años) con estreñimiento crónico y hemorroides congestivas, sobre todo si la rectorragia es de características distales y no hay otros signos de alarma (anemia, pérdida peso...), y está avalada por las guías clínicas de la época”. En el mismo sentido se manifiestan la pericial emitida a instancias de la compañía aseguradora de la Administración, al señalar que “en una mujer joven, sin más datos añadidos que rectorragia autolimitada y estreñimiento, la causa más probable y frecuente es la patología perianal”, y que “la incidencia de cáncer colorrectal en una mujer de 43 años, sin antecedentes personales ni familiares predisponentes para el cáncer de colon, es muy baja”, y la propuesta de resolución, en la que se afirma que, “considerando las indicaciones de las guías de práctica clínica vigentes y el riesgo-beneficio, la indicación de la rectoscopia en vez de la colonoscopia ha sido correcta para la clínica, edad y ausencia de factores de riesgo de la paciente”.

En otro orden de cosas, el escrito de reclamación pone de relieve que el informe correspondiente a la consulta de Cirugía General y Digestivo que tuvo lugar el 28 de febrero de 2017 reseña (folio 3 de la historia clínica) que se trata de una “paciente con clínica de 1 año de evolución de sangrado digestivo bajo tipo hematoquecia”, y la aseveración vertida en la pericial que se adjunta a aquella de que “la hematoquecia es la emisión de sangre oscura que orienta a patología de colon derecho y la rectorragia o emisión de sangre roja orienta hacia la existencia de patología rectal o anal, más distal”, no resulta asumible, puesto que el término hematoquecia es empleado -y así probablemente lo

haya sido en esta ocasión por parte del Servicio de Cirugía General y Digestivo- para referirse a la eliminación de sangre visible por vía rectal, a diferencia de otro tipo de hemorragias digestivas que se manifiestan a través del vómito de sangre y que se denominan hematemesis.

Teniendo en cuenta que, como ya se ha indicado, en la historia clínica figuraban datos acerca de la sintomatología que presentaba la paciente, hábitos intestinales y antecedentes personales y familiares relevantes, la información vertida por los especialistas que informan a instancias de la entidad aseguradora -ponderando su fundamentación, coherencia interna y especialización- conduce a admitir que la sustitución de la colonoscopia por la rectoscopia fue una decisión ajustada a los síntomas mostrados por aquella en el momento de la atención. A lo anterior debemos añadir que la *Guía de práctica clínica sobre rectorragia* de la Asociación Española de Gastroenterología, en edición del año 2007, indica que “En los pacientes que consultan por rectorragia y con una gran sospecha clínica de cáncer colorrectal se recomienda realizar una colonoscopia”, pero la “alta sospecha clínica”, por lo apuntado anteriormente, no concurría en el caso que nos ocupa, y es que no cabe orillar que la colonoscopia no es una prueba exenta de riesgos, como recuerda la edición de 2018 de la *Guía clínica de Diagnóstico y prevención del cáncer colorrectal* -publicada también por la Asociación Española de Gastroenterología- (en la que expresamente se señalan como tales: la perforación intestinal, hemorragia con necesidad o no de hospitalización, síndrome postpolipectomía y muerte, así como los derivados de la preparación para la limpieza del colon); razón por la cual desde esta publicación no se recomienda el cribado poblacional con colonoscopia en la población de riesgo medio (folio 127).

En definitiva, no resulta probado que se haya incurrido en un error o negligencia, sino que de la información obrante en el expediente puede colegirse que cuando la clínica de rectorragia se manifiesta -dado el período de desarrollo de la enfermedad- la paciente presentaría ya un cáncer avanzado,

aunque con una sintomatología que, sin duda, dificultó sustancialmente su más pronta diagnosis.

Por último, y acerca de la existencia y trascendencia de una demora diagnóstica, habiendo admitido la corrección en la sustitución de la prueba (colonoscopia por rectoscopia), coincidimos con la pericial aportada por la compañía aseguradora de la Administración en que la eventual demora únicamente podría comprender el lapso temporal que media entre la fecha en la que su médico de Atención Primaria solicita una nueva valoración por persistencia del sangrado (31 de agosto de 2016) y la consulta con el Servicio de Digestivo (26 de enero de 2017) -sobre cuya corrección y acierto no se vierte sombra alguna de duda-, lo que arroja un total de 148 días.

Este plazo de 148 días excede, en más del doble, el establecido por el Decreto 59/2018, de 26 de septiembre, sobre garantía de tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Servicio de Salud del Principado de Asturias, información sobre listas de espera y Registro de Demanda Asistencial del Principado de Asturias, que fija para las prestaciones en materia de consultas externas de especial atención vinculadas al aparato digestivo un máximo de 60 días. De hecho, el propio informe del Servicio de Digestivo califica literalmente el lapso de tiempo transcurrido como "menos aceptable".

Admitido lo expuesto, este Consejo comparte el criterio de la propuesta de resolución de que, considerando la historia natural del cáncer colorrectal y dado el tiempo medio de desarrollo de este tumor, un diagnóstico al respecto escasos meses antes no habría significado una modificación sustancial en las posibilidades terapéuticas, tal como también concluye la pericial incorporada al expediente a instancias de la entidad aseguradora.

Ahora bien, es incuestionable que la demora en la consulta con el Servicio de Digestivo, dadas las circunstancias concurrentes -episodios previos, incertidumbre ante una sintomatología poco concluyente y deriva final-, ha podido causar un padecimiento moral no sólo en la paciente, sino también en sus descendientes directos, aquí reclamantes.

En relación con el daño moral, venimos declarando (por todos, Dictamen Núm. 208/2020) que “la exigencia de prueba del daño moral jurídicamente relevante, aun siendo liviana, existe, y aunque se atempere la carga de su demostración no basta con su mera afirmación para tenerlo como cierto”, si bien, como pusimos de manifiesto entre otros en el Dictamen Núm. 56/2019, cabe presumir o deducir “la realidad del daño moral en atención a la gravedad de las circunstancias concurrentes en cada caso concreto, cuando el daño invocado reviste tal entidad que permite su apreciación, sin necesidad de prueba específica”, que ejemplificábamos en los supuestos de fallecimiento de familiares directos (por todos, Dictamen Núm. 51/2018), ante la pérdida de restos en un cementerio (Dictamen Núm. 104/2015), o ante un retraso asistencial manifiesto en el curso de una patología que conlleva una demora en el tratamiento, aunque no alcance a acreditarse que se sustrae la posibilidad de curación (Dictamen Núm. 1/2023).

En casos análogos al que nos ocupa (entre otros, Dictamen Núm. 225/2022), este Consejo ha reparado en lo razonado por el Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias cuando el abordaje tardío de un tumor no sustrae al enfermo un tratamiento curativo pues, 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 (...) y causante cuando menos de un perjuicio moral que debe ser compensado con una indemnización económica” (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 mismo sentido, la reciente Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del Principado de Asturias de 24 de enero de 2024 -ECLI:ES:TSJAS:2024:169- (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 2.ª) aprecia que “resulta difícil valorar el daño moral implícito en la demora en efectuarse el diagnóstico correcto cuando, como es el caso, no existía una mejora terapéutica de haberse detectado antes, ni se han justificado unas posibilidades realistas de supervivencia. Ello nos lleva a considerar la indemnización en términos de lo razonable y proporcionado, y (...) a tomar en cuenta como referencia las indemnizaciones concedidas por la Sala en supuestos similares (...), sopesando la dimensión temporal de la demora en el correcto diagnóstico, la angustia y zozobra de la familia, o la posible preparación con mayor antelación de los familiares ante el desenlace fatal, por lo que la indemnización global de 18.000 € concedida por la Administración se revela moderada y ajustada a la entidad del daño”.

Se corrobora así, tal como advertimos en el Dictamen Núm. 225/2022, que “si el perjuicio no consiste en la pérdida de oportunidad de sobrevivir -o evitar el daño-, sino en el sacrificio de unas expectativas más limitadas, no cabe acudir al baremo de referencia para aplicar una reducción porcentual sobre el resultado que arroje”.

En este escenario, dada la complejidad que encierra la valoración de los perjuicios descritos -extraños a los considerados en el baremo de tráfico que se adopta generalmente como referente-, este Consejo estima que ponderando el conjunto de circunstancias concurrentes (casi cinco meses de retraso ante un tumor con riesgo de progresión en un paciente de edad inferior a 50 años) y a la vista de otros antecedentes análogos (Dictámenes Núm. 1/2023 y 225/2022), procede en prudente arbitrio cuantificar la indemnización a tanto alzado en quince mil euros (15.000 €) para cada uno de los reclamantes; cantidad actualizada a la fecha de este pronunciamiento sin que deba ya revisarse conforme a lo previsto en el artículo 34.3 de la LRJSP.

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo del Principado de Asturias dictamina que procede declarar la responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias, y, estimando parcialmente la reclamación presentada por, indemnizarles en los términos señalados.”

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.