

Expediente Núm. 132/2007
Dictamen Núm. 36/2008

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
Bastida Freijedo, Francisco
Del Valle Caldevilla, Luisa Fernanda
Rodríguez-Vigil Rubio, Juan Luis
Fernández Noval, Fernando Ramón

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 17 de abril de 2008, con asistencia de los señores y señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V.E. de 4 de junio de 2007, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por don, en nombre y representación de doña, don y don, don y don, por los daños y perjuicios sufridos como consecuencia del funcionamiento anormal del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Mediante escrito presentado en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias el día 20 de julio de 2006, don, en nombre y representación de doña, don, don, don y don, formula reclamación de responsabilidad patrimonial como consecuencia del funcionamiento anormal del Hospital “Y”.

Como antecedentes de hecho, refiere que en 1996 se le diagnosticó a doña una tumoración de la mama izquierda que resultó ser un carcinoma lobulillar infiltrante, practicándosele una mastectomía radical. Siguió con revisiones en el Servicio de Oncología, “encontrándose bien y sin signos de recurrencia hasta el día 20-8-2001, en que acude a Urgencias por presentar mareos, cefaleas e inestabilidad de la marcha./ Se le efectúa un TAC del sistema nervioso central, hallando una lesión de predominio hipodenso con realce periférico en hemisferio cerebeloso izquierdo, que produce una hidrocefalia tetraventricular./ La analítica practicada es normal, así como la radiografía de tórax y el antígeno cáncer Ca-15.3. No obstante, dados los antecedentes de la paciente, el hallazgo del TAC sugiere para los facultativos que la atienden la existencia de una lesión metastásica”. Consigna los informes radiológicos de una mamografía realizada el 10-4-2001, y de 6 TAC craneales realizados los días 20-8-2001, 6-11-2001, 27-5-2002, 17-2-2003, 15-1-2004 y 5-4-2005 y las analíticas efectuadas. Menciona que “el médico de la paciente no sospecha que no puede ser una lesión metastásica, sino otro tipo de tumor, y sigue actuando como si esto fuera así desde el momento (en) que aparece tal lesión hasta pasados varios años, a pesar de haberle indicado la existencia posible de tal tumoración (...) en el (TAC) craneal efectuado el 27-5-2002, y con marcadores tumorales dentro de la normalidad y una clínica mantenida de mareos, cefaleas e inestabilidad de la marcha que se agrava paulatinamente, pero no apareciendo, como debería de haber ocurrido, una sintomatología de extrema gravedad que, de haber sido una tumoración metastásica, la hubiera llevado a la muerte (...), y es prácticamente un mes después de efectuarle el (TAC) craneal de fecha 5-4-2005, cuando se decide solicitar consulta al Servicio de Neurocirugía del (Hospital 'X'), donde se confirma el diagnóstico de hemangioblastoma y es intervenida quirúrgicamente del mismo”.

En cuanto a los daños, manifiesta que “Dña. (...), entre el día 20 de agosto de 2001 (...) y el día 17 de noviembre de 2005 (...) sufrió y padeció un deterioro físico importante, a nivel físico y funcional, con vómitos, mareos, pérdidas de equilibrio, dificultad de deambulación, pérdida de pelo, aumento de peso, deterioro que le impidió realizar las labores del hogar y le dificultó la realización de las funciones elementales y básicas de la vida, como vestirse,

asearse, etc. (...) como consecuencia de la intervención quirúrgica sufrida para eliminar el hemangioblastoma, permaneció ingresada en el (Hospital 'X') desde el día 22 de junio de 2005 hasta el día 4 de agosto de 2005./ Debiendo añadirse a todo ello el sufrimiento y la angustia producida por un diagnóstico mortal a corto plazo./ Procede, además, señalar que Dña. era (y ha vuelto a serlo) una mujer activa y deportista, gran andarina que realizaba casi todos los fines de semana travesías y excursiones por el campo y la montaña./ El marido y los hijos de Dña., no sólo han sufrido los inconvenientes propios de convivir con una persona con las limitaciones físicas y psíquicas descritas, sino que, además, han debido sufrir el dolor que produce la creencia de que su ser querido estaba condenada a muerte a corto plazo”.

Por lo que se refiere a la evaluación económica del daño, reclama “una indemnización de 100 euros/día para Dña., para su esposo y para sus hijos (para cada uno de ellos)”, durante el periodo comprendido entre el día 20 de agosto de 2001 y el día 17 de noviembre de 2005 (1.549 días), que ascienden a ciento cincuenta y cuatro mil novecientos euros (154.900 €) para cada uno de los perjudicados y, en total, a setecientos setenta y cuatro mil quinientos euros (774.500 €).

Como fundamentos de derecho de su pretensión cita, entre otros, sentencias relativas a “responsabilidad por error en el diagnóstico, aunque el erróneo sea más grave que el verdadero” y “sobre la indemnización del daño moral”.

Acompaña fotocopia de los siguientes documentos: a) Escritura de poder para pleitos otorgado por los interesados a favor, entre otros, del letrado reclamante. b) Informe pericial privado en el que se señala entre otras consideraciones que “existe un periodo largo de tiempo (desde 27-5-2002 hasta 3-5-2005 (...)) en que (...) pasa desapercibido el diagnóstico de una tumoración craneal”. Tras exponer el contenido de los informes de las pruebas radiológicas y analíticas, recoge el deterioro de la paciente y el sufrimiento del entorno familiar “por pensar que si hubiera sido como era lo más fácil una tumoración metastásica (...), ya en un periodo relativamente corto (...) se hubiera producido la muerte de la paciente”. c) Informe del Servicio de Oncología Médica del Hospital `Y` de fecha 12 de septiembre de 2001, emitido al desear

la paciente conocer una segunda opinión. d) Informes radiológicos, de fechas 27 de mayo de 2002 y 5 de abril de 2005. e) Informe del Servicio de Oncología Médica del Hospital 'Y', de 3 de junio de 2005. f) Informe de alta del Servicio de Neurocirugía del Hospital 'X', de 8 de julio de 2005. g) Informe del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital 'X', de 4 de agosto de 2005. h) Informe del Servicio de Neurocirugía del Hospital 'X', de 15 de mayo de 2006. i) Informes del Servicio de Rehabilitación del 'Y', de fechas 2 de agosto y 17 de noviembre de 2005. j) Certificado de la Asociación Española contra el Cáncer, de 5 de junio de 2006. k) Resumen de la historia clínica de don, emitida por la médica de Atención Primaria del Servicio de Salud del Principado de Asturias. l) Diez fotografías. m) Libro de familia del matrimonio formado por don y doña, y de sus hijos, don, don y don n) Informe del Centro de Salud de, de fecha 10 de julio de 2006. ñ) Diversas sentencias.

2. Con fecha 1 de agosto de 2006, el Gerente del Hospital 'Y' remite al Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias, entre otros, copia de la solicitud de informe a los Jefes de los Servicios de Cirugía General, de Oncología, de Neurología y de Radiodiagnóstico y de la historia clínica de la paciente obrante en el hospital.

De la historia clínica resulta que doña había sido diagnosticada en 1996 de un carcinoma lobulillar infiltrante GII y, ese mismo año, se le realizó mastectomía Patey. Por este motivo siguió controles periódicos en el Servicio de Oncología hasta mayo de 2001 y en el de Cirugía a partir de esta fecha.

El día 20 de agosto de 2001 acude al Servicio de Urgencias del Hospital 'Y' por cefalea y mareos de varios meses de evolución. En dicho Servicio se le realizan, entre otras pruebas, TAC craneal, en el que se halló "lesión de predominio hipodenso (...) y dados los antecedentes (de la) paciente sugiere como primera posibilidad la existencia de lesión metastásica". El diagnóstico final, según el informe del Área de Urgencias, es "metástasis cerebelosa", prescribiéndosele tratamiento con Dexametasona.

Desde el día 24 de agosto de 2001 hasta el 2 de junio de 2005 acude periódicamente a consultas (en total 16) en el Servicio de Oncología Médica,

registradas en la hoja de evolución, que refleja el estado de la paciente. El día 24 de agosto de 2001, cuatro después de acudir a Urgencias y estar a tratamiento con Dexametasona, refiere "una gran mejoría". En las siguientes consultas consta: que se halla "clínicamente (...) muy bien", el 5 de octubre de 2001; "sin síndrome de hipertensión craneal ni ningún otro tipo de molestias", el 31 de enero de 2002; sin "ninguna clínica, ni tampoco hipertensión intracraneal", el 14 de marzo de 2002; con "estado general excelente", el 20 de diciembre de 2002; "bien y totalmente asintomática", el 26 de junio de 2003; "continúa muy bien y totalmente asintomática", el 12 de febrero de 2004; "bien y sin signos de recurrencia", el 13 de julio de 2004; "bien y sin signos de progresión de la enfermedad" sin "molestias a ningún otro nivel", el 18 de noviembre de 2004; y que "continúa bien, aunque con aspecto cushingoide. Se queja de mareos", el 29 de abril de 2005.

A lo largo de este periodo se le realizaron pruebas analíticas (de hematología y bioquímica y marcadores tumorales) y varios TAC (efectuados los días 20 de agosto y 5 de noviembre de 2001, 23 de mayo de 2002, 13 de febrero de 2003, 14 de enero de 2004 y 4 de abril de 2005), en los que se detecta una lesión de predominio quístico. Alcanzó un diámetro máximo de 4 cm, según el TAC de 23 de mayo de 2002. En cuanto a los hallazgos, el informe de 20 de agosto de 2001 refleja que "dados los antecedentes (de la) paciente sugiere como primera posibilidad la existencia de lesión metastásica"; el de 23 de mayo de 2002 indica que "la posibilidad de una tumoración primaria cerebral (...) no pueda ser descartada", y el de 4 de abril de 2005, "dada la evolución de las imágenes del año (2001) creemos que debe (...) considerarse como primera posibilidad la existencia de un hemangioblastoma y parece menos probable la existencia de una lesión metastásica". A la vista de este informe, el Servicio de Oncología Médica solicita consulta al Servicio de Neurocirugía del Hospital "X".

En cuanto al tratamiento, se le prescribió Dexametasona desde el 20 de agosto de 2001 hasta, aproximadamente, el 14 de marzo de 2002, y acetato de megestrol desde el 29 de noviembre de 2001 hasta el 5 de septiembre de 2005.

En el Servicio de Neurocirugía del Hospital "X", según informe de alta de 8 de julio de 2005, se le realizaron, entre otras pruebas, TAC y RM craneales, en los que se apreció "tumoración quística". Fue intervenida por este Servicio el

día 23 de junio de 2005, practicándose craniectomía suboccipital. El informe histológico fue de hemangioblastoma.

3. El día 10 de agosto de 2006, se notifica a los interesados, la fecha en que la reclamación ha tenido entrada en el Principado de Asturias -20 de julio de 2006-, la incoación del oportuno procedimiento y las normas con arreglo a las cuales se tramitará. Asimismo, se les indica que el plazo de seis meses empezará a contar “desde el día siguiente al de recibo de la presente notificación” y los efectos del transcurso del plazo sin que haya recaído resolución expresa.

4. Con fecha 14 de agosto de 2006, el Gerente del Hospital “Y” remite el informe del Servicio de Oncología Médica, de fecha 10 de agosto de 2006. En él, tras realizar un resumen de la historia, en el apartado de comentarios, expone la estadística de supervivencia a los 5 y 9 años de padecer un cáncer de mama, y añade que en el estadio II-A, que había presentado la perjudicada en 1996, “un 38% de las pacientes (...) sufren recaídas y fallecen a consecuencia de la enfermedad (...). Esta paciente presentaba criterios de mal pronóstico (...). La recurrencia en el SNC es frecuente en cáncer de mama (...). Las metástasis tardías (después del 5º año) pueden suponer hasta el 15% de todos los casos que recurren”. En cuanto al diagnóstico, indica que “las imágenes radiológicas (TAC) rara vez son patognomónicas y siempre se barajan diversas posibilidades diagnósticas. La única manera de conocer con un mínimo porcentaje de errores la naturaleza de las lesiones (...) es la biopsia (...). Siempre se informa a los familiares de que no existe una certeza diagnóstica del 100%”. En cuanto a los motivos por los que no se realizó la biopsia, señala “el rápido inicio de la sintomatología, más propia de lesiones metastásicas que de tumores benignos; el informe radiológico, la localización de la lesión y la existencia de una hidrocefalia tetraventricular que suponía un riesgo de secuelas y/o muerte a consecuencia de la biopsia; la repercusión sobre el estado general y la importante afectación neurológica de la paciente en aquel momento; la inmediata mejoría clínica con corticoides y la reaparición de los síntomas al intentar retirarlos, que suele ser característica de las lesiones

tumorales malignas con importante edema, y rara en lesiones de carácter benigno". En cuanto a las secuelas del tratamiento, sostiene que "se deben fundamentalmente al síndrome de Cushing provocado por el tratamiento con corticoides. Este tratamiento se aplicó de urgencia a partir del 20-08-01 y:/ produjo una mejoría clínica manifiesta en la paciente./ Se hubiese aplicado de la misma manera independientemente del tipo de lesión, metástasis o no, dado el importante edema cerebeloso observado en el (TAC) y la severa repercusión neurológica que esto suponía para la paciente (...). El cuadro de síndrome de Cushing se resolvió después de retirados los corticoides sin secuelas permanentes. La mayor parte de los pequeños problemas que la paciente presenta en el momento actual son secundarios a la cirugía y se hubiesen presentado de igual manera independientemente del momento de la operación (...). La lesión que finalmente presentaba la paciente (...) es benigna; muy probablemente llevase años de evolución o incluso la podría tener desde la infancia; y de ninguna manera se puede afirmar que el retraso en la cirugía haya supuesto una merma en las posibilidades de curación de este proceso". Asimismo, justifica por qué no se plantea otra actitud en mayo de 2002 ante el informe radiológico, mencionando que "la paciente en ese momento se encuentra clínicamente estable y `muy controlada´. Ha recibido tratamiento con radioterapia y se han retirado los corticoides./ El informe (...) apunta una posibilidad diagnóstica `la posibilidad de una tumoración cerebelosa primaria no puede ser descartada´. Esta opción siempre se tuvo en cuenta con anterioridad, aunque se había descartado como menos probable y el tratamiento ya se había orientado en otro sentido. Se decide, a mi modo de ver de manera acertada, una actitud vigilante y repetir nuevos (TAC) que son informados en el mismo sentido que el primero practicado a la paciente". El informe radiológico de abril de 2005 "nuevamente es una opinión -`creemos que debe considerarse como primera posibilidad la existencia de un hemangioblastoma´- y no descarta la posibilidad de metástasis -`parece menos probable la existencia de una lesión metastásica´, aunque resulta más categórico (...). Este informe se basa en gran medida en un criterio más clínico que radiológico, dado que las imágenes no se modifican desde el año 2001". Como comentario final añade que "en este caso se actuó siempre de manera

colegiada, de acuerdo con los protocolos existentes en el hospital, con participación de múltiples especialistas e incluso con opiniones de médicos de otros hospitales. (...) ha habido una decisión que el tiempo ha demostrado equivocada al optar por una de las posibilidades diagnósticas que se presentaban. Se utilizaron los medios correctos para llegar a un diagnóstico, excepto la biopsia, y se han explicado los motivos que llevaron a esta actuación. Y, finalmente, se optó por el diagnóstico que parecía más grave y que comprometía de manera más seria la vida de la paciente. (...) la patología que presentaba (...) es un proceso benigno, que se ha vigilado de forma estrecha durante todo este tiempo y que se ha podido tratar con éxito utilizando los mismos procedimientos que se hubiesen utilizado en el 2001./ Las secuelas producidas por la medicación (esteroides) hubiesen sido similares, si no más intensas, (...); y los riesgos de la cirugía al inicio hubiesen sido mayores debido al estado general y neurológico de la paciente”.

5. El día 19 de octubre de 2006, el Gerente del Hospital “Y” remite copia de los informes emitidos por el Jefe de la Sección de Neurología en funciones y el Jefe del Servicio de Radiodiagnóstico.

Según el informe de la Sección de Neurología, de 18 de octubre de 2006, “no consta en la documentación clínica valoración de ningún miembro de la Sección por este motivo, no pudiendo descartar que se haya hecho de forma verbal (...). La actitud terapéutica mantenida en el caso ha sido correcta en todo momento, al actuar desde el punto de vista clínico y probabilístico, considerando la opción más adecuada para la paciente sobre criterios riesgo-beneficio. Las metástasis cerebrales tardías de cáncer de mama no son inusuales, aun en ausencia de enfermedad activa aparente, no pudiendo confiar exclusivamente el diagnóstico de sospecha en criterios analíticos (ausencia Ca 15.3 elevado) o de imagen, por tener una inespecificidad que los hace insuficientes para valorar cada caso concreto”.

Por su parte, el Jefe del Servicio de Radiología informa con fecha 19 de octubre de 2006, que “se trata de una paciente operada de una neoplasia maligna de mama a la que en varios escáneres se le observó una lesión intraaxial ocupante de espacio a nivel del hemisferio cerebeloso izquierdo que,

por frecuencia, sugiere como primera posibilidad el diagnóstico radiológico de metástasis./ En función de la evolución de la lesión (que no cambia de tamaño, morfología ni número), se sugirieron diagnósticos alternativos como quedó reflejado en los informes radiológicos”.

6. Con fecha 24 de octubre de 2006, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación.

En el apartado relativo a la valoración del caso, indica que “el hemangioblastoma es una neoplasia vascular benigna intraaxial, que representa entre 1,5% y 2% de los tumores endocraneales. Este tumor tiene predominancia por el sexo masculino, estando su edad media de aparición entre la tercera y la quinta décadas de la vida (...). Clínicamente (...) se manifiestan con cefaleas, ataxia, edema papilar, y/o nistagmus, aislados o asociados (...). En el diagnóstico, además de la clínica, hasta en un 20% de casos puede detectarse policitemia (...). La confirmación diagnóstica será histológica por biopsia intraoperatoria”. A continuación extrae las siguientes conclusiones: “Al instaurarse un cuadro neurológico de mareos, cefaleas, inestabilidad, náuseas y vómitos, se practicaron estudios tomográficos que revelaron una lesión en hemisferio cerebeloso izquierdo que condicionaba una hidrocefalia. Dicha lesión, dados los antecedentes de la paciente, fue etiquetada como (...) metastásica, instaurando tratamiento con corticoides en dosis altas, administración paliativa de radioterapia, asociando posteriormente hormonoterapia (...). La reclamante permaneció neurológicamente estable, no mostrando las sucesivas tomografías cambios respecto de las imágenes previas (...). En este caso la comparación de los estudios tomográficos sucesivos, unido a una supervivencia inesperada, hizo replantearse el diagnóstico en un momento dado hacia un tumor primario cerebeloso, tipo hemangioblastoma (...). Ante esta nueva expectativa, la reclamante fue remitida sin demora al Servicio de Neurocirugía del (Hospital 'X') donde se procedió a la resección de la tumoración y donde mediante el estudio histológico se llegó al diagnóstico cierto de la naturaleza del tumor”. Con base en lo anterior, entiende que “los profesionales del servicio sanitario público (...) utilizaron, con la lógica propia de la medicina basada en la evidencia científica, todos los recursos diagnósticos y

terapéuticos que la situación clínica y las circunstancias de la paciente aconsejaban en cada momento de su proceso asistencial. Su actuación fue, por tanto, correcta y ajustada a los parámetros de la buena praxis médica (...). El (...) retraso en el diagnóstico definitivo de la lesión responsable de su cuadro clínico no fue fruto de una supuesta asistencia inadecuada, sino de una falta de la sensibilidad de los medios diagnósticos disponibles según el estado actual de los conocimientos de la medicina", por lo que la reclamación debe ser desestimada.

7. El día 20 de diciembre de 2006, emite informe, una asesoría privada, a instancia de la compañía aseguradora, suscrito colegiadamente, por dos especialistas en Neurocirugía. En él, tras resumir los hechos, se realizan las siguientes consideraciones: "las metástasis cerebrales son los tumores más frecuentes vistos clínicamente, correspondiendo a un 15%-20% de los fallecimientos por cáncer (...). Es el tumor más frecuente de fosa posterior en adultos, y por ello en muchas ocasiones un tumor solitario de nueva aparición en fosa posterior se considera metástasis hasta que se pruebe lo contrario. Generan como síntomas fundamentales: signos de hipertensión intracraneal, con cefaleas y vómitos, signos cerebelosos con ataxia y dismetría, y alteración del estado mental". Finalmente, concluye que "1. La atención médica llevada a cabo en esta paciente por parte del Servicio de Oncología, en base a un diagnóstico neurorradiológico de presunción de metástasis fue correcta./ 2. Ningún diagnóstico tumoral emitido en un informe radiológico es de certeza. Para obtener un diagnóstico de certeza se requiere un estudio histológico de la lesión mediante biopsia indicada por un neurocirujano./ 3. En este caso la valoración por neurocirugía se realizó al cabo de cuatro años, cuando no se observó modificación radiológica de la lesión, ni cambios clínicos en la paciente./ 4. No se han evidenciado secuelas clínicas, ni influencia pronóstica negativa por las actuaciones llevadas a cabo en esta paciente".

8. Mediante oficio de 30 de marzo de 2007, notificado a los interesados el día 4 de abril, se le comunica la apertura del trámite de audiencia y vista del

expediente por plazo de quince días, remitiéndole una relación de los documentos obrantes en él.

9. El día 20 de abril de 2007 se persona el representante de los reclamantes en las dependencias administrativas y solicita una copia de todo el expediente, que se le entrega, de lo cual se deja constancia en la diligencia extendida al efecto y suscrita por aquél y por una funcionaria.

10. Mediante escrito presentado en el registro de SESPA el 25 de abril de 2007, los reclamantes alegan, en sustancia, que el estado actual de la ciencia permite un diagnóstico seguro; que según el dictamen médico emitido por dos neurocirujanos el diagnóstico fue erróneo porque tuvo una base radiológica y para obtener un diagnóstico de certeza es necesario realizar una biopsia indicada por un neurocirujano; que no es admisible la disculpa dada para no realizar la biopsia en mayo de 2002 -riesgo de la misma- y que debió remitirse a la interesada a un neurocirujano para que la indicara, ya que según el informe médico aportado junto con la reclamación, a partir del 2º de los 6 TAC realizados (el de 27 de mayo de 2002), había razones suficientes para reconsiderar el diagnóstico de metástasis y pronunciarse por el hemangioblastoma, y que, aunque algunos informes digan que la resonancia magnética tampoco permite efectuar diagnósticos ciertos de tumores, los neurocirujanos del Hospital "X" hicieron una valoración certera con la realización de una sola resonancia magnética, en junio de 2005.

11. Con fecha 15 de mayo de 2007, el Jefe del Servicio de Inspección Sanitaria de las Prestaciones Sanitarias propone desestimar la reclamación, porque "en el caso que nos ocupa la actuación de los facultativos del Servicio de Salud del Principado de Asturias (...) fue correcta y conforme a la lex artis./ El invocado retraso en el diagnóstico definitivo de la lesión responsable de su cuadro clínico no fue fruto de una supuesta asistencia inadecuada, sino de una falta de la sensibilidad de los medios diagnósticos disponibles según el estado actual de los conocimientos de la medicina, que hacen que en la práctica médica habitual las decisiones (...) se tomen frecuentemente con un alto grado de

incertidumbre. El único procedimiento para obtener un diagnóstico de certeza de la lesión era la realización de una biopsia, lo que hubiera requerido una cirugía abierta de fosa posterior, procedimiento cruento y excesivo cuando existía un bajo índice de sospecha de una lesión que no fuera metastásica”.

12. En este estado de tramitación, mediante escrito de 4 de junio de 2007, registrado de entrada el día 6 del mismo mes, V.E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de responsabilidad patrimonial de la Administración del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, cuyo original adjunta.

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 establecido 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 dispuesto 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 139.1 de la LRJPAC, 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 a través de representante con poder bastante al efecto.

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

TERCERA.- En cuanto al plazo de presentación de la reclamación, el artículo 142.5 de la LRJPAC dispone que “En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse 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 caso ahora examinado, se presenta la reclamación el día 20 de julio de 2006, y el alta definitiva de la paciente se produjo el día 17 de noviembre de 2005, por lo que es claro que lo fue dentro del plazo de un año legalmente determinado.

CUARTA.- El procedimiento administrativo aplicable en la tramitación de la reclamación se encuentra establecido en los artículos 139 y siguientes de la LRJPAC, y, en su desarrollo, en el Reglamento de los Procedimientos de las Administraciones Públicas en Materia de Responsabilidad Patrimonial (en adelante Reglamento de Responsabilidad Patrimonial), aprobado por Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo. Procedimiento de tramitación al que, en virtud de la disposición adicional duodécima de la LRJPAC, en redacción dada por la Ley 4/1999, de 13 de enero, y de la disposición adicional primera del citado Reglamento, están sujetos las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, sean estatales o autonómicos, así como las demás entidades, servicios y organismos del Sistema Nacional de Salud y de los centros sanitarios concertados con ellos.

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.

No obstante, hemos de señalar que la comunicación dirigida a los interesados a efectos de lo dispuesto en el artículo 42, apartado 4, de la LRJPAC incurre en error respecto a la determinación del *dies a quo* para el cómputo del plazo máximo de resolución y notificación del procedimiento, que no puede iniciarse, como se indica en la misma, “el día siguiente al de recibo de la presente notificación”, sino, de acuerdo con el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial, desde que se inició el procedimiento. En el supuesto concreto que analizamos, el procedimiento se inició a instancia de

parte -a solicitud de la persona interesada y no de oficio por la Administración- y, por tanto, de conformidad con lo establecido en el artículo 42, apartado 3, de la LRJPAC, el plazo máximo en el que habría de notificarse la resolución expresa se cuenta desde la fecha en la solicitud haya tenido entrada en el registro del órgano competente para su tramitación.

Por último, se aprecia que ha sido rebasado el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. Recibida la reclamación en el registro del Servicio de Salud del Principado de Asturias el día 20 de julio de 2006, se concluye que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, el día 6 de junio de 2007, el plazo de resolución y notificación ha sido sobrepasado. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.4, letra b), de la referida LRJPAC.

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 139 de la LRJPAC, ya citada, 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, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos”. 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 141 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.- Los interesados reclaman una indemnización por los daños sufridos por la perjudicada y su familia como consecuencia del funcionamiento anormal de la Administración sanitaria. Concretan el mal funcionamiento en un error de diagnóstico, pues el hemangioblastoma que aquella padecía se consideró como metástasis de un cáncer de mama anterior.

Según la reclamación, la perjudicada, que “era (y ha vuelto a serlo) una mujer activa y deportista, gran andarina que realizaba casi todos los fines de semana travesías y excursiones por el campo y la montaña”, padeció “un deterioro físico importante, a nivel físico y funcional, con vómitos, mareos, pérdidas de equilibrio, dificultad de deambulación, pérdida de pelo, aumento de peso, deterioro que le impidió realizar las labores del hogar y le dificultó la realización de las funciones elementales y básicas de la vida como vestirse, asearse, etc. (...) como consecuencia de la intervención quirúrgica sufrida para eliminar el hemangioblastoma, permaneció ingresada en el (Hospital ‘X’) desde el día 22 de junio de 2005 hasta el día 4 de agosto de 2005. Debiendo añadirse

(...) el sufrimiento y la angustia producida por un diagnóstico mortal a corto plazo”.

Por lo que se refiere al marido y los hijos de la perjudicada, afirman haber sufrido los inconvenientes propios de convivir con una persona con las limitaciones físicas y psíquicas descritas y el dolor que produce la creencia de que un ser querido está condenado a muerte a corto plazo.

Antes de entrar en el fondo de la reclamación, debemos analizar la prueba de los daños alegados. En cuanto a los daños físicos de la perjudicada, consta en las hojas de evolución de Oncología Médica, obrantes en la historia clínica, que el día 24 de agosto de 2001 -4 días después de acudir a Urgencias y habersele prescrito Dexametasona- ya había mejorado mucho (el médico anota “gran mejoría”) de los mareos e inestabilidad sufridos durante varios meses. Sólo en la consulta de 29 de abril de 2005 consta que presenta “aspecto cushingoide” y que “se queja de mareos” y, según el informe de Oncología Médica de 3 de junio de 2005, la paciente refería clínica de mareos e inestabilidad en la marcha “últimamente”. Hasta entonces, se halló asintomática, sin clínica de mareos ni vómitos, y con buen estado general, e incluso excelente el 20 de diciembre de 2002. De ello resulta que sólo padeció mareos e inestabilidad en la marcha entre abril y junio de 2005 y aspecto cushingoide en abril de 2005. Este Consejo no puede estimar probado que presentara ese aspecto con anterioridad, y, si bien adjunta fotografías que indica son de noviembre de 2004, falta la acreditación de su fecha. En cuanto a la incapacidad para la realización de las labores del hogar y la dificultad para llevar a cabo las funciones elementales y básicas de la vida, no podemos considerarla justificada. Antes al contrario, de las pruebas aportadas por los propios reclamantes -en concreto las referidas fotografías- se deduce que no concurrió tal incapacidad, pues las notas que figuran al pie de las mismas reflejan que la perjudicada seguía manteniendo un ritmo de vida activo: en noviembre de 2004 -dice- viajó a San Sebastián y en la Navidad de 2004 -un mes después- a Lanzarote. Respecto a la angustia y sufrimiento alegados, consta en la historia clínica que consultó al médico de cabecera el 21 de agosto de 2002 por depresión reactiva. Además, según informe de la médico de Atención Primaria, estuvo a tratamiento con antidepresivos desde el 12 de

diciembre de 2001 hasta finales de 2002 y, con ansiolíticos, desde el 16 de agosto de 2002 hasta el 7 de septiembre de 2005 y desde el 8 de febrero hasta el 3 de mayo de 2006, por lo que debemos considerar probada la angustia y el sufrimiento psíquico de la perjudicada. Aparece también reflejada la intervención quirúrgica para la extirpación del hemangioblastoma.

En relación con los daños del esposo de la perjudicada, se incorporó al expediente un resumen de su historia clínica, en la que consta que permaneció de baja desde el 10 de septiembre al 25 de octubre de 2001, por síndrome ansioso-depresivo, por lo que debemos considerar también acreditados estos daños.

No se aportó prueba alguna de la repercusión que el diagnóstico de la interesada haya causado en los hijos, sin perjuicio de lo cual podemos presumir un normal disgusto.

Ahora bien, como ya ha tenido ocasión de señalar en anteriores dictámenes este Consejo Consultivo, 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 sufra 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*. Este criterio opera no sólo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se vincula, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al adecuado diagnóstico de los síntomas manifestados.

Es decir, el paciente tiene derecho en la fase de diagnóstico a que se le apliquen, en atención a sus dolencias, las técnicas precisas disponibles y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento, pero no a la garantía de un resultado certero.

En el caso presente, los reclamantes consideran que existe un largo periodo de varios años, en el que a los facultativos les pasa desapercibido el

diagnóstico de una tumoración craneal, cuando en pruebas diagnósticas por imágenes se había hecho la indicación de la posible existencia de un nuevo tumor y no de una metástasis del inicial. Sostienen su afirmación en los informes de las pruebas radiológicas efectuadas a la perjudicada, y en concreto en el TAC craneal de 27 de mayo de 2002, según el cual “aunque la paciente presenta un tumor primario conocido, el aspecto de la lesión, y puesto que se trata de una lesión única, hace que la posibilidad de una tumoración primaria cerebral (hemangioblastoma cerebeloso o astrocitoma quístico cerebeloso) no pueda ser descartada”.

Dos de los informes que obran en el expediente describen las metástasis cerebrales y el hemangioblastoma, los síntomas a través de los cuales se manifiestan ambas enfermedades y el perfil de quienes las padecen; según el informe de la asesoría privada, “las metástasis cerebrales son los tumores más frecuentes vistos clínicamente, correspondiendo a un 15%-20% de los fallecimientos por cáncer (...). Es el tumor más frecuente de fosa posterior en adultos, y por ello en muchas ocasiones un tumor solitario de nueva aparición en fosa posterior se considera metástasis hasta que se pruebe lo contrario. Generan como síntomas fundamentales: signos de hipertensión intracraneal, con cefaleas y vómitos, signos cerebelosos con ataxia y dismetría, y alteración del estado mental”. Por lo que se refiere al hemangioblastoma, el informe técnico de evaluación recoge que “es una neoplasia vascular benigna intraaxial, que representa entre 1,5% y 2% de los tumores endocraneales. Este tumor tiene predominancia por el sexo masculino, estando su edad media de aparición entre la tercera y la quinta décadas de la vida. (...) se manifiestan con cefaleas, ataxia, edema papilar, y/o nistagmus, aislados o asociados. (...) hasta en un 20% de casos puede detectarse policitemia”. De ello se desprende la similitud entre los síntomas de ambas enfermedades, por lo que el diagnóstico se realiza a la vista del perfil de la paciente. El Servicio de Oncología Médica indica que había padecido “cáncer de mama estadio II-A en 1996” y presentaba “criterios de mal pronóstico”.

Teniendo en cuenta la duración del proceso terapéutico, los informes de las pruebas radiológicas realizadas y las alegaciones de los solicitantes, analizaremos el diagnóstico inicial, efectuado el 20 de agosto de 2001, día en

que la perjudicada acude al Servicio de Urgencias, y el mantenimiento de la valoración de metástasis tras el TAC practicado el 27 de mayo de 2002, en el cual, según el informe emitido al respecto, no se podía descartar el hemangioblastoma.

El día 20 de agosto de 2001 la perjudicada presenta “cefaleas y mareos de varios meses de evolución, progresivas, invalidantes, que se desencadenan o exacerban con (pequeños) esfuerzos como toser, reír o ir al baño”. En el informe del Área de Urgencias de la misma fecha constan las pruebas realizadas, entre ellas, TAC sin contraste y con contraste intravenoso, según el cual -pues el resultado se encuentra incorporado al expediente- se halló “lesión de predominio hipodenso (...) que condiciona una hidrocefalia tetraventricular y dados los antecedentes (de la) paciente sugiere como primera posibilidad la existencia de lesión metastásica”. El diagnóstico final, según el informe del Área de Urgencias, es “metástasis cerebelosa”.

Todos los informes emitidos en relación con este caso coinciden en señalar que, las imágenes radiológicas no permiten un diagnóstico de total certeza. En particular, el Servicio de Oncología Médica informa que “las imágenes radiológicas (TAC) rara vez son patognomónicas y siempre se barajan diversas posibilidades diagnósticas” y que “la única manera de conocer con un mínimo porcentaje de errores la naturaleza de las lesiones (...) es la biopsia”, pero advierte que las de las metástasis del sistema nervioso central son excepcionales por “las condiciones de los pacientes” y la agresividad de los procedimientos para su obtención (craniectomía), exponiendo, a continuación, las circunstancias que desaconsejaban en este supuesto llevarla a cabo: “el rápido inicio de la sintomatología, más propia de lesiones metastásicas (...); la localización de la lesión y la existencia de una hidrocefalia” en los cuatro ventrículos, con el consiguiente riesgo de muerte postbiopsia; la “repercusión sobre el estado general y la importante afectación neurológica”; y finalmente, la “inmediata mejoría con corticoides y la reaparición de los síntomas al intentar” su retirada, lo que suele ser característico de los tumores malignos y raro en los de carácter benigno.

Por tanto, debemos considerar que se le realizaron a la perjudicada todas las pruebas necesarias y posibles para el diagnóstico de su enfermedad, las cuales se repitieron periódicamente para seguir la evolución de la misma.

Además, la paciente estaba informada del carácter relativamente incierto del diagnóstico. Según el informe del Servicio de Oncología Médica, cuando acuden a “mi consulta (...) les explico que se trata de un diagnóstico por imagen, con las limitaciones que esto conlleva. Además, a petición expresa de la familia, fue valorada en otro hospital (...) (creo recordar que (...) en la Clínica). Aunque no tenemos informes por escrito de esa consulta, porque nunca nos fueron facilitados ni figuran en la historia, sabemos de palabra por la familia que la opinión del otro hospital coincidió plenamente con la nuestra”. La reclamación considera correcto -implícitamente- este diagnóstico, pues si bien se solicita indemnización por los daños padecidos desde el 20 de agosto de 2001, su principal fundamento es el informe del TAC practicado el 27 de mayo de 2002. De hecho, el informe médico aportado sólo se refiere al periodo que va desde el 27 de mayo de 2002 al 3 de mayo de 2005.

Examinaremos, a continuación, la actuación de los facultativos a partir del día 27 de mayo de 2002, fecha de realización del TAC, en cuyo informe se hace constar que “aunque la paciente presenta un tumor primario conocido, el aspecto de la lesión, y puesto que se trata de una lesión única, hace que la posibilidad de una tumoración primaria cerebral (...) no pueda ser descartada”.

Según la reclamación y el informe médico adjunto a la misma, la perjudicada presentaba en ese momento “marcadores tumorales dentro de la normalidad y una clínica mantenida de mareos, cefaleas e inestabilidad de la marcha que se agrava paulatinamente”. Sin embargo, ya hemos comentado que entre mayo de 2002 y abril de 2005 la interesada sólo presentó mareos en esta última fecha.

En el informe de 10 de agosto de 2006, el servicio de Oncología Médica describe el estado de la perjudicada en mayo de 2002 señalando que “en ese momento se encuentra clínicamente estable y `muy controlada´. Ha recibido tratamiento con radioterapia y se han retirado los corticoides. En él se justifican las razones por las cuales el Servicio no se plantea otra actitud en mayo de 2002: en el informe radiológico se “apunta una posibilidad diagnóstica `la

posibilidad de una tumoración cerebelosa primaria no puede ser descartada¹. Esta opción siempre se tuvo en cuenta con anterioridad, aunque se había descartado como menos probable y el tratamiento ya se había orientado en otro sentido. Se decide, a mi modo de ver de manera acertada, una actitud vigilante y repetir nuevos (TAC) que son informados en el mismo sentido que el primero practicado a la paciente”.

Efectivamente, analizando los informes radiológicos de los TAC de fechas 20 de agosto de 2001, 27 de mayo de 2002 y 5 de abril de 2005, se desprende de los mismos la existencia de dos posibles diagnósticos (metástasis cerebral y hemangioblastoma), que presentan similares síntomas, según los informes obrantes en el expediente, cuya valoración va cambiando con el tiempo: así el de 20 de agosto de 2001, menciona que “dados los antecedentes de la paciente, sugiere como primera posibilidad la existencia de lesión metastásica”; según el de 27 de mayo de 2002, “aunque la paciente presenta un tumor primario conocido, el aspecto de la lesión, y puesto que se trata de una lesión única, hace que la posibilidad de una tumoración primaria cerebral (...) no pueda ser descartada”; y en el de fecha 5 de abril de 2005 se señala que “debe (...) considerarse como primera posibilidad la existencia de un hemangioblastoma y parece menos probable la existencia de una lesión metastásica”. Apreciamos que, si bien en el primero y en el tercero de los informes señalados se apunta a uno de los diagnósticos como el posible -lesión metastásica y hemangioblastoma, respectivamente-, en el segundo sólo se consigna la necesidad de descartar una tumoración primaria cerebral. Ahora bien, en este informe también se alude a una lesión metastásica, que es la de más gravedad, y a cuya curación atendieron los médicos en este caso.

Los reclamantes citan el informe de la asesoría privada en apoyo de su consideración de diagnóstico erróneo. Así, alegan que éste tuvo una base radiológica y, según aquel informe, para obtener un diagnóstico de certeza es necesario realizar una biopsia indicada por un neurocirujano, por lo que en mayo de 2002 debió remitirse a la perjudicada a un neurocirujano para que la aconsejara, no resultando admisible la disculpa dada para no realizarla, porque no existía riesgo.

Según el informe del Servicio de Oncología Médica “se actuó siempre de manera colegiada, de acuerdo con los protocolos existentes en el hospital, con participación de múltiples especialistas e incluso con opiniones de médicos de otros hospitales (...). En el caso que nos ocupa ha habido una decisión que el tiempo ha demostrado equivocada al optar por una de las posibilidades diagnósticas que se presentaban. (...) se optó por el diagnóstico que parecía más grave y que comprometía de manera más seria la vida de la paciente”. El informe de Neurología no descarta que se haya valorado verbalmente la situación de la perjudicada por algún miembro de la Sección, aunque no consta en la documentación clínica.

Alegan, por fin, los reclamantes que, aunque algunos informes aseguren que la resonancia magnética “tampoco permite efectuar diagnósticos ciertos de tumores (...), los neurocirujanos del Hospital ‘X’ diagnosticaron certeramente con la práctica de un sólo TAC en junio de 2005”. Respecto a ello, debemos señalar que, según se refleja en el informe de alta del Servicio de Neurocirugía del Hospital ‘X’, en este Servicio no sólo se le realizó una resonancia magnética, sino también un TAC, no constando informe por separado de ambas pruebas, y que ya en el resultado del TAC practicado por el Hospital ‘Y’ el día 5 de abril de 2005 -2 meses antes de las pruebas efectuadas en el Hospital ‘X’ en junio de 2005- se había establecido “como primera posibilidad la existencia de un hemangioblastoma y parece menos probable la existencia de una lesión metastásica”. Y es precisamente en ese momento, en el que el informe radiológico cambia la valoración del posible diagnóstico, cuando los médicos que atienden a la perjudicada requieren la urgente actuación del Servicio de Neurología del Hospital ‘X’, que decide intervenirla.

Según el informe de la Sección de Neurología “la actitud terapéutica mantenida en el caso ha sido correcta en todo momento, al actuar desde el punto de vista clínico y probabilístico, considerando la opinión más adecuada para la paciente sobre criterios riesgo-beneficio. Las metástasis cerebrales tardías de cáncer de mama no son inusuales, aun en ausencia de enfermedad activa aparente, no pudiendo confiar exclusivamente el diagnóstico de sospecha en criterios analíticos (ausencia Ca 15.3 elevado) o de imagen, por tener una inespecificidad que los hace insuficientes para valorar cada caso concreto (...).

El diagnóstico final (...) se va sospechando paulatinamente a lo largo de la evolución, tanto por el criterio clínico de una supervivencia probablemente inesperada como por las características intrínsecas de la imagen”.

Incluso el informe médico aportado junto con la reclamación reconoce la mayor probabilidad -facilidad- de que la perjudicada padeciera metástasis. Así lo reconoce al señalar que “en este periodo de tiempo (desde el 27 de mayo de 2002 hasta el 3 de mayo de 2005) (...) el sufrimiento del entorno familiar (...) va deteriorándose (...), por pensar que si hubiera sido como era lo más fácil una tumoración metastásica del tumor primario de mama (...) se hubiera producido la muerte de la paciente”.

Debemos tener en cuenta, además, a tenor del informe del Servicio de Oncología Médica, que “las secuelas a que se hace referencia en la demanda y que vienen perfectamente documentadas con abundante iconografía se deben fundamentalmente al síndrome de Cushing provocado por el tratamiento con corticoides. Este tratamiento se aplicó de urgencia a partir del 20-08-01 y:/ Produjo una mejoría clínica manifiesta en la paciente./ Se hubiese aplicado de la misma manera independientemente del tipo de lesión, metástasis o no, dado el importante edema cerebeloso observado en el (TAC) y la severa repercusión neurológica que esto suponía para la paciente./ El tratamiento se suspendió lo más rápido posible una vez conseguida la estabilización neurológica (...). El cuadro de síndrome de Cushing se resolvió después de retirados los corticoides sin secuelas permanentes. La mayor parte de los pequeños problemas que la paciente presenta en el momento actual son secundarios a la cirugía y se hubiesen presentado de igual manera independientemente del momento de la operación. (...) de ninguna manera se puede afirmar que el retraso en la cirugía haya supuesto una merma en las posibilidades de curación de este proceso”. Se añade, asimismo, en el citado informe que “las secuelas producidas por la medicación (esteroides) hubiesen sido similares, si no más intensas, en caso de cirugía; y los riesgos de la cirugía al inicio hubiesen sido mayores debido al estado general y neurológico de la paciente”. Por su parte, el informe de la asesoría privada pone de manifiesto que “no se han evidenciado secuelas clínicas, ni influencia pronóstica negativa por las actuaciones llevadas a cabo en esta paciente”.

En consecuencia, este Consejo debe concluir que no existe en el expediente prueba alguna que demuestre que en el funcionamiento del servicio público sanitario se haya producido en este caso una violación de la *lex artis*.

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 don, en nombre y representación de doña, don, don, don y don"

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.