

Expediente Núm. 79/2013
Dictamen Núm. 106/2013

V O C A L E S :

Fernández Pérez, Bernardo,
Presidente
García Gutiérrez, José María
Zapico del Fueyo, Rosa María
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 30 de mayo de 2013, con asistencia de los señores y la señora que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 24 de abril de 2013, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños que atribuyen a la asistencia sanitaria dispensada a un familiar.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 26 de junio de 2012, las interesadas presentan en una oficina de correos “una reclamación de cantidad”, dirigida a la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias, en la que interesan la indemnización de los daños dimanantes del fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que consideran causado por una dilación en la asistencia sanitaria que se le dispensó.

Exponen que su pariente fue atendido en el Centro de Salud desde mayo de 2008, "donde se le diagnostica síndrome ansioso depresivo" y se le pauta tratamiento farmacológico y diversas recomendaciones, y precisan que el día 4 de junio de 2008 se le deriva a la consulta de Psiquiatría de un centro de salud mental en el que se le atiende el 17 de ese mismo mes. En el informe emitido por este centro consta que, "aunque toma la medicación de forma correcta, presenta fallos de memoria, cefaleas, insomnio".

Señalan que muestra también otros síntomas de los que es atendido en el centro de salud, "como son poliartralgias en muñecas" y "en grandes articulaciones (...) tratadas con antiinflamatorios, absceso en pierna derecha, úlceras, edemas en ambas manos, deterioro de la integridad cutánea", y que pese a ello "no es derivado a ningún especialista". Afirman que dado que es fumador no se le realiza ninguna analítica "para ver de qué son estos síntomas".

Manifiestan que desde el centro de salud mental es derivado al Servicio de Neurología, donde es atendido el 28 de enero de 2009, recogándose en el informe correspondiente que "desde mayo de 08 fallos de memoria reciente, dificultad para concentrarse, otros síntomas, desde noviembre 08 artralgias de grandes articulaciones más tumefacción de las mismas, fumador crónico" y "soplo carótido y subclavo izquierdo"; se recomienda realizar con carácter preferente RM craneal.

Es ingresado en el Servicio de Neumología del Hospital "X" el día 9 de marzo de 2009, siendo dado de alta el 19 del mismo mes con el diagnóstico de "carcinoma no microcítico de pulmón". Desde este Servicio se solicita, con fecha 19 de marzo de 2009, un PET de forma urgente preferente que muestra "afectación cerebral".

Tras relatar que fue derivado al Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital "Y", donde se le cita para consulta el 26 de marzo de 2009, sostienen que el primer tratamiento se le aplica el 27 de abril de 2009 en el Hospital "Z", de Madrid, consignándose en el informe emitido que "ha tenido cuadro inflamatorio articular generalizado". Es decir, "que ha pasado casi un año para

recibir tratamiento” cuando, tanto por la sintomatología que presentaba como por los antecedentes “debería (...) haber sido atendido primero, y un año en un carcinoma pulmonar y una afectación cerebral es un plazo que ha influido en su posterior fallecimiento”.

Añaden que el 22 de marzo de 2011 desde el Servicio de Oncología Radioterápica se hace constar “nueva progresión en SNC (...). No obstante, comentado el caso” con el Servicio de Radiocirugía del Hospital “Z”, “nos recomiendan, ante la edad del paciente y el buen estado general que tiene”, la “posibilidad de irradiar alguna lesión si estas fuesen de nueva aparición. Tramitamos la solicitud de dicho estudio y con la decisión tomada se avisará al paciente”. Reprochan que, sin embargo, “esto no se hizo, negándole esta posibilidad de mejoría”.

Consideran “evidente que si no se hubiera demorado el diagnóstico y tratamiento tanto tiempo no se hubiera producido el fallecimiento. Es más, incluso (si) se hubiera realizado el tratamiento que consta en el informe de fecha 22 de marzo de 2011 el resultado no hubiera sido el fallecimiento del paciente, dado el buen estado general que tenía y lo bien que respondía a los tratamientos. Tantos meses en una enfermedad como esta es un plazo muy largo”.

Aseguran que a su dolor y padecimiento se une el de la persona fallecida; “si la enfermedad de su esposo y padre hubiera sido diagnosticada a tiempo se podría haber recuperado y evitado todo el sufrimiento que le fue causado”.

Cuantifican la indemnización que solicitan en cuatrocientos mil euros (400.000 €), 200.000 € para cada una de ellas.

Por medio de otrosí, solicitan una copia íntegra de la historia clínica del perjudicado en todos los centros sanitarios en los que fue atendido.

2. Mediante escrito de 4 de julio de 2012, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria comunica a las interesadas la fecha de recepción de su reclamación en la Administración del Principado de Asturias, las normas de

procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa. Asimismo, las requiere para que acrediten su parentesco con el perjudicado, lo que consta cumplimentado el día 23 de julio de 2012 mediante la aportación de una copia compulsada de las hojas correspondientes a las anotaciones del matrimonio y del primer hijo en el Libro de Familia del ahora fallecido.

3. El día 10 de julio de 2012, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado para elaborar el informe técnico de evaluación solicita al Hospital "X", al Hospital "Y" y a la Gerencia de Atención Primaria del Área Sanitaria III una copia de la historia clínica del perjudicado, así como un informe de los servicios implicados.

Con fecha 17 de julio de 2012, el Gerente de Atención Primaria del Área Sanitaria III remite al Servicio instructor una copia del historial clínico del paciente y un informe del facultativo que le prestó asistencia.

En la historia clínica figura un episodio de depresión, abierto el 5 de mayo de 2008, en el que consta una solicitud de interconsulta a Psiquiatría el 4 de junio de 2008 y que el 18 de septiembre de 2008, "por problemas con la empresa, ha tenido que aumentar la dosis de paroxetina". El 20 de octubre de 2008 se anota que en el centro de salud mental "le han modificado la paroxetina" y que "en razón de su clínica depresiva cronicada con mala respuesta" a tratamientos y "acompañada de fallos de memoria y cefaleas es recomendable sea visto por Neurología". El 2 de febrero de 2009 se refleja "Neuro. Pendiente Rx tórax, Doppler TSA y RNM craneal, revisión tras estudios en octubre".

El día 15 de diciembre de 2008 se inicia un episodio de poliartritis, consignándose que el paciente "refiere poliartralgias desde hace 15 días (ambas muñecas, rodillas)" y presenta "edemas en ambas manos, no rigidez matutina". Constan resultados de analítica. El 26 del mismo mes se consigna que manifiesta "mucho mejoría con (tratamiento) antiinflamatorio. Reactantes agudos elevados en analítica. Repetir en un mes para valorar consulta

reumatológica./ No refiere clínica sistémica, ocular, cutánea (...), función renal normal (...), poliartralgias grandes articulaciones. No rigidez". Se refleja la realización de analíticas los días 20 de enero y 13 de febrero de 2009.

Hay otro episodio abierto el 8 de enero de 2009 por absceso en cara externa de pierna derecha, prescribiéndosele antibiótico tópico y oral, así como curas, con buena evolución hasta el día 21 de enero de 2009, "en que se cierra por reabsorción de la induración en gran parte".

El 23 de marzo de 2009 se le abre un episodio de "neo pulmón", en el que consta que el 3 de mayo de 2011, "tras diagnóstico de neo pulmonar estadio IV, con afectación del SNC y suprarrenal refractario a quimioterapia y radio, lo remiten para seguimiento" en Atención Primaria, añadiéndose que "de momento aceptable estado, con adelgazamiento progresivo, sin hiporexia y con poco dolor". Se "abre episodio de terminal" y en él figuran anotadas consultas los días 1, 2, 3, 6, 7, 9, 10, 14, 17, 21, 24, 27 y 28 de junio de 2011, en que fallece.

El informe emitido por Medicina Familiar, datado el 12 de julio de 2012, se limita a destacar los episodios mencionados.

Mediante oficios de 19 y 25 de julio de 2012, el Servicio del Área de Reclamaciones del Hospital "Y" remite al Servicio de Inspección de Prestaciones y Servicios Sanitarios una copia de la historia clínica del paciente, así como un informe del Servicio de Oncología Radioterápica.

En la historia clínica figuran, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe del Hospital "Z", de 27 de abril de 2009, al que fue remitido "para la realización de tratamiento mediante radiocirugía con Gamma Knife sobre las lesiones cerebrales". Consta que "se ha llevado a cabo el procedimiento mencionado", especificando las lesiones que se han localizado y tratado, y que el mismo "ha cursado sin incidentes". b) Informe del Servicio de Oncología Médica, de 9 de marzo de 2010, dirigido -según se infiere- al Hospital "Z", en el que se solicita valoración "para plantear una reirradiación con estereotaxia (...) y posteriormente tratamiento radiológico holocraneal, que no ha recibido". c) Informe evolutivo del Hospital "Z", de 22 de marzo de 2010, en el que se

propone realizar "una RT externa fraccionada holocraneal y (...) un control (...) mediante RM cerebral con doble dosis de contraste pasados tres meses. Si estas lesiones se han controlado y no existen signos de diseminación entonces propondríamos (...) un tratamiento mediante radiocirugía con Gamma Knife sobre las lesiones existentes. Nuestra experiencia de un nuevo tratamiento tan focalizado tras haber tratado un número tan importante de metástasis no es positiva si no se ha efectuado previamente una RT externa fraccionada holocraneal". En el oficio de remisión del informe, de esa misma fecha, se reitera que "nuestra experiencia, tras haber efectuado un tratamiento sobre múltiples lesiones, es que suele haber criterios de diseminación en muy poco tiempo, pero si respondiese a la RT externa fraccionada holocraneal podríamos ofrecerle esta oportunidad dentro de unos meses". d) Informes del Servicio de Oncología Médica en los que se refleja, el 3 de abril de 2009, "esperamos a ver el resultado del PET"; el 6 de abril, "el PET muestra captación a nivel hilar, pero no mediastínico, con lo cual solicitamos consulta a Cirugía Torácica para resección de tumor pulmonar y a la vez (...) radiocirugía en Madrid, dado que el paciente no tiene clínica a nivel de SNC"; el 9 de junio, "está totalmente asintomático y en la exploración nada que destacar. Está pendiente de terminar (tratamiento) con radioterapia radical, no tiene enfermedad más que en el primario (...), aunque estamos pendientes de una RNM de la zona para confirmarlo"; el 27 de noviembre, "el paciente se encuentra bien, asintomático, sigue fumando. En la exploración nada que destacar, no tiene déficit neurológico, radiológicamente no hay modificaciones sospechosas. Seguimos con vigilancia"; el 29 de enero de 2010, en el escáner "la enfermedad está controlada de cuello para abajo con lesiones residuales que no se han modificado, pero en el SNC se ven imágenes compatibles de posible reactivación de la enfermedad o secuelas de la radiofrecuencia que ha recibido el paciente, recordando que no se hizo (tratamiento) con radioterapia holocraneal después de la estereotaxia. Pido una RNM (...) para saber si se trata de secuelas de la radiofrecuencia o tiene otra vez enfermedad metastásica, si es así conectar" con el Hospital "Z" "para ver si se puede re-

radiar con estereotaxia o pasamos directamente a una radiación holocraneal"; el 5 de marzo de 2010, "se confirma que en la RNM hay lesiones nuevas (...), pedimos" una consulta al Hospital "Z"; el 9 de abril, "hemos empezado el (tratamiento) con radioterapia holocraneal aquí, lleva 7 sesiones y está bien, ha ganado peso, ninguna clínica"; el 4 de junio, "ha terminado la radioterapia y en el escáner se ve que está en respuesta, en SNC y periféricamente hay duda de si están afectadas las suprarrenales"; el 29 de julio, "el paciente está totalmente asintomático, está haciendo deporte. En la exploración nada que destacar. En el escáner (...) las suprarrenales han aumentado en paciente que ha estado con corticoides y que probablemente pueda tener una relación de hiperplasia más que de metástasis"; el 10 de agosto, "se confirma que en RNM tiene mtx. suprarrenales que coinciden con que está perdiendo peso y apetito. Tiene un K del 70-80% y vamos a iniciar (tratamiento) con Cisplatino y Vinorelbina (...). Carcinoma de pulmón con mtx. en SNC que no se puede hacer la determinación de factor de crecimiento epidérmico, pues no hay histología suficiente, y que ahora tiene una recidiva suprarrenal bilateral"; el 18 de agosto, "acude a control y ha tolerado bien el (tratamiento) sin presentar problemas tóxicos a ningún nivel"; el 1 de septiembre, "acude para valorar nuevo ciclo de Cisplatino Vinorelbina. Buena tolerancia al (tratamiento), únicamente refiere emesis precoz (...). Desde el punto de vista clínico, el paciente se encuentra asintomático, mantiene buen estado general. Control analítico normal. A la exploración física nada a destacar"; el 22 de septiembre, "está en respuesta del escáner pero el (tratamiento) lo destroza (...), vamos a quitar el Cisplatino y seguir solo con la Navelbina"; el 13 de octubre, "mejor con la Navelbina oral, que tolera sin ningún problema. Buen recuento hematológico (...). El paciente refiere mejoría clínica"; el 3 de noviembre, "ninguna sintomatología tóxica, buen recuento hematológico, mejoría clínica. Ponemos (tratamiento)"; el 25 de noviembre, "está bien, asintomático y con mejoría clínica, ninguna sintomatología tóxica. Buen recuento. Escáner en NC. Dudosa lesión nueva en SNC, pero es subcentimétrica y no tiene clínica. Seguimos igual con el (tratamiento) (...). Se explora hígado, vesícula, vías biliares, ambos

riñones y bazo sin que se vean alteraciones”; el 16 de diciembre, “el paciente toleró bien el (tratamiento), ninguna clínica tóxica. Mejoría clínica, seguimos con el mismo esquema”; el 13 de enero de 2011, “el paciente tiene la enfermedad en no cambios por el escáner, con mejoría clínica, buen recuento hematológico, ninguna clínica tóxica. Seguimos con el (tratamiento) de Navelbina”; el 3 de febrero, “está bien, glucosa alta que hay que vigilar, pues puede estar con un problema de diabetes. Tiene mejoría clínica, seguimos con Navelbina”; el 3 de marzo, “el paciente viene hoy mareado, bastante sintomático, ha perdido peso. En la exploración no tiene déficit neurológico, tampoco tiene (síndrome) de hipertensión intracraneal, hoy no pone (tratamiento), espero al lunes que va a hacer un escáner, verlo sobre la marcha y decidir. Mientras tanto le ponemos Fortecortín”; el 14 de marzo, “está con progresión exclusivamente en SNC. No tiene datos de progresión en otras localizaciones, las lesiones en el pulmón y suprarrenal no se han modificado. Está bien aparentemente, salvo la clínica neurológica que incluso ha mejorado (...). Intento controlar la glucemia (...). Pido consulta a Radioterapia a ver si cabe más radiación o (tratamiento) estereotáxico para la quimio hasta ver si hay opciones radiológicas locales en SNC (...). Mantiene estado general aceptable para intentar hacer este (tratamiento)”. e) Informes del Servicio de Oncología Radioterápica, con primera consulta el 26 de marzo de 2009; el 28 de mayo se indica “no inició (tratamiento). Rx paliativo y fue enviado por el Sº de OM al Hospital “Z” (...). El primario fue considerado no quirúrgico y (...) decidimos citar al paciente hoy de cara a iniciar lo antes posible radioterapia radical, ya que en este momento en OM han descartado la posibilidad de (quimioterapia)”. Se presenta el caso en sesión y se decide inicio de RT radical; el 3 de julio, el paciente “lleva siete sesiones de (tratamiento)”; el 29 de julio, se emite informe de alta de tratamiento; el 30 de marzo de 2010, el paciente acude “derivado por el Sº de O. Médica (...) por hallazgo incidental en RM de unas nuevas lesiones”, puntualizando que en el Hospital “Z” “desestiman un nuevo (tratamiento) mediante radiocirugía” y que se realiza “planificación y simulación de (tratamiento) holocraneal a nivel de SNC”; el 16 de mayo, “viene

a evaluación tras la realización de la RM con doble contraste en el pasado mes de abril”, reflejándose los hallazgos y que “el paciente está con un dolor a nivel de la articulación coxo-femoral izda. (...), presentaba síndrome general moderado, por lo que antes de remitirlo a radiocirugía decidimos solicitar a ritmo preferente un TAC torácico-abdominal e incluso pélvico para reevaluar la situación de la enfermedad (...). Hará el TAC a ritmo preferente y le veremos después (...). En caso de progresión a algún otro nivel realizaríamos ya medidas meramente paliativas”; el 30 de mayo, “acude la familia”, ya que el paciente “presenta mal estado general (...). No consideramos que esté en condiciones de recibir ningún (tratamiento) activo y así parece que también lo consideran en O. Médica”, con cuyo responsable “la familia ha hablado (...). No se da cita para revisión. Ya están en contacto con la unidad de paliativos a domicilio para control de síntomas”. f) Hoja de curso clínico del Servicio de Cirugía Torácica, en la que se indica, el 17 de abril de 2009, que se evalúa la situación del paciente, pendiente de RNM y de ser remitido a Madrid, anotándose que “nosotros ahora no podemos hacer nada” y, como plan, que “cuando vuelva de Madrid tendrá que hacer un RNM de control de efectividad de la radiocirugía (...), TAC y un nuevo PET para estar seguros de que no hay cambios en el estadio ni en la reseccabilidad del tumor, y si todo OK hablaremos con el paciente de cirugía”. g) Informe relativo a la PET realizada el 27 de marzo de 2009. h) Informes sobre los TAC craneal y toracoabdominal efectuados los días 30 de septiembre de 2009; 22 de enero, 27 de mayo, 26 de julio y 24 de noviembre de 2010 y 11 de enero, 14 de marzo -que muestra “progresión cerebral”- y 20 de mayo de 2011. i) Informes de las RM craneales practicadas los días 22 de abril y 25 de junio de 2009 y 15 de abril de 2011, en que se aprecia “moderado aumento de volumen de la metástasis cortico-subcortical frontal derecha y disminución/desaparición de otras respecto a estudios previos del 2010 y del 2009”, y de la RM de abdomen llevada a cabo el 9 de agosto de 2010, con “hallazgos compatibles con metástasis suprarrenal derecha y probable izquierda”.

El informe emitido por el Jefe del Servicio de Oncología Radioterápica, de 23 de julio de 2012, refiere que el paciente fue visto por primera vez en ese Servicio el 26 de marzo de 2009, que presentaba inicialmente dos lesiones metastásicas y que, tras ser valorado también en el Servicio de Oncología Médica, fue remitido al Hospital "Z". Allí, después de realizar "una resonancia con doble dosis de contraste, detectan un total de 10 lesiones metastásicas que son tratadas en el referido centro el 27-04-2009 (...). Posteriormente (...), fue remitido al Sº de Radioterapia, donde recibe radiación de intención radical a nivel torácico entre el 25-06-2009 y el 2-07-2009 (...). Fue sometido a seguimiento y en una resonancia magnética de marzo/2010 se observan 4 metástasis de nueva aparición en SNC./ Desde el Sº de Onc. Médica se contactó con el Hospital "Z", donde no recomiendan la realización de radiocirugía en ese momento sin que el paciente reciba una irradiación previa holocraneal./ Visto de nuevo en nuestro Sº, se planifica radioterapia holocraneal que recibe entre el 30-03-2010 y el 05-05-2010 (...). El paciente pasa de nuevo a revisiones. En agosto/2010 es diagnosticado, mediante resonancia magnética, de metástasis suprarrenales, posiblemente bilaterales, por lo que inicia (tratamiento) citostático./ La enfermedad parece mantenerse estable en TAC realizado en enero/2011. Sin embargo, en otro escáner de marzo/2011 se habla de un aumento en el número y el tamaño de las metástasis cerebrales, por lo que se decide realizar una resonancia magnética de SNC el 15-04-2011. En ella se muestran múltiples lesiones hipercaptantes ya conocidas, observándose desaparición de alguna y ausencia de captación de otras. Sin embargo, se ve aumento de la lesión cortico-subcortical frontal dcha. con respecto a estudios previos (...). Es enviado a nuestro Servicio para valoración y posible re-irradiación mediante técnica de radiocirugía./ En ese momento, y de cara a re-evaluar la enfermedad antes de un (tratamiento) como la radiocirugía sobre un tejido que ya había recibido una dosis muy alta de irradiación previa, se decide realizar otro TAC a ritmo preferente el 20-05-2011 (...). El 30-05-2011 el paciente estaba citado para re-evaluación y acude la familia, ya que en las últimas 2 semanas había sufrido un deterioro muy

importante del estado general (...). Teniendo en cuenta, por un lado, el alto riesgo de una re-irradiación en SNC, donde ya existían daños por radioterapia previa, así como la sospecha por TAC de progresión de la enfermedad a nivel abdominal, se decidió, de acuerdo con la familia, que previamente había comentado el caso también con el S^o de Onc. Médica, la no administración de (tratamiento) activo, ya que esta no tendría ninguna repercusión ni en su calidad de vida ni en su expectativa de supervivencia, pasando, por tanto, a Cuidados Paliativos”.

El día 18 de septiembre de 2012, el Director de Gestión del Hospital “X” remite una copia de la historia clínica del paciente y los informes emitidos por los Servicios de Neumología y de Neurología y por el Centro de Salud Mental

En la historia clínica figuran, entre otros, los siguientes documentos: a) Solicitud de interconsulta, de 4 de junio de 2008, formulada por el Médico de Atención Primaria a la Unidad de Salud Mental por “cuadro de ansiedad por problemas de acoso laboral”, consignándose la pauta de fármacos, “sin mejoría”. b) Hoja de datos básicos de los Servicios de Salud Mental, en la que figura una consulta el día 17 de junio de 2008 en la que el paciente refiere que sufrió “acoso laboral por parte de los compañeros (...), le trasladan aquí porque decían que creaba tensión en el trabajo (...). La hija está por 1^{er} año en Madrid, estudiando (...), antes vivía con los padres./ Se encuentra muy nervioso, con olvidos frecuentes”. Se le pauta cambio de medicación. El 8 de agosto de 2008 se encuentra “algo mejor, aunque con fallos de memoria que no le permiten aún una adaptación laboral./ En proceso legal por el acoso laboral, puede salir ya pronto”. Se mantiene el tratamiento. Se anota que “compite en maratón al más alto nivel”. Se aprecia trastorno de adaptación y crisis evolutiva. El 17 de octubre de 2008 acude nuevamente a consulta e indica que ha sido “finalmente despedido y en reclamaciones contra su empresa”, muestra una “actitud claramente paranoide./ Obsesivo en torno al trabajo, duerme mal, tiene pérdida de memoria y le duele la cabeza”. Se añade otro fármaco al tratamiento. Se indica que “va a un psicólogo” y se “recomienda val. neurológica”. El 17 de

diciembre de 2008, está "nervioso. Pendiente de la sentencia por el juicio que ya tuvo lugar. Podría tener que volver al puesto de trabajo, cosa que se ve muy difícil./ Dice tomar la medicación y que le ha sentado bien". Se deja constancia de que "la esposa, que lo acompaña, hoy ve difícil la situación laboral./ 'En casa lo veo mejor', al principio le encontraba obsesivo e irritable". c) Informe del Servicio de Neurología, relativo a la consulta del día 28 de enero de 2009, en el que se hace constar que el paciente "acude sin informe del médico. Aporta tratamiento del CSM (psiquiatra) donde está a tratamiento de s. depresivo". Señala que "desde mayo 08 le falla la memoria reciente, tiene dificultad para concentrarse (...). Desde nov. 08 artralgias de grandes articulaciones" y "tumefacción de las mismas (estudiado por su MAP)". Alude a "problemas de mobbing en la empresa y despido laboral". Se reflejan los resultados de la exploración y se solicitan pruebas complementarias. d) Informe de alta del Servicio de Neumología, de 19 de marzo de 2009, donde ingresa desde Neurología por "alteración radiológica" el día 9 del mismo mes. Consta en él que fue "visto hace aproximadamente mes y medio en Neurología por alteración de memoria y depresión (...). No síndrome general. No tos ni expectoración. No dolor torácico. No otra sintomatología significativa, salvo artralgias de predominio matinal". Se realiza exploración física, sin hallazgos patológicos, y estudios complementarios, con diagnóstico de carcinoma no microcítico de pulmón con un estadio inicial T1 N1-2 M1 (sistema nervioso central), y se considera que "debe iniciar tratamiento de las lesiones cerebrales, motivo por el cual nos ponemos en contacto con el S. de Oncología Radioterápica (...), quedando pendiente de valoración y tratamiento por su parte".

El 1 de agosto de 2012 el Servicio de Neumología emite informe en el que se refleja que "durante su ingreso en Neumología le realizaron los estudios pertinentes (...), con el diagnóstico de carcinoma pulmonar no microcítico en un estadio avanzado (T1N2M1), lo que supone un estadio IV, es decir, el estadio más avanzado de la enfermedad". Resume que "el paciente ingresó en la Unidad de Neumología el día 09-03-2009 (...) y fue alta el día 19-03-2009 con

el diagnóstico completado y enviado para el tratamiento oportuno; se reprogramó revisión en la consulta externa de Neumología y, dado que el proceso se desarrollaba según protocolo de cáncer de pulmón, en esta situación avanzada, a cargo de los Servicios de Radioterapia y Oncología Médica (...), se recomendó que llevase a cabo las indicaciones terapéuticas de los citados Servicios". Concluye que "en lo que respecta a la Unidad de Neumología la actuación se desarrolló de acuerdo a los protocolos de manejo de esta patología, realizándose además en un corto periodo de tiempo", y que, en cualquier caso, en "un paciente con cáncer de pulmón en el estadio más avanzado de la enfermedad y con metástasis cerebrales, el pronóstico es francamente malo desde el inicio y las posibilidades de supervivencia, en mayor o menor tiempo (supervivencia media de 3-6 meses), dependen de las características personales del paciente, la agresividad del tumor, los tratamientos empleados, la respuesta a los mismos y las posibles complicaciones".

Con fecha 20 de agosto de 2012, el centro de salud mental que atendió al paciente relaciona en su informe las consultas a las que acudió, datándose la última el 15 de febrero de 2011.

El día 5 de septiembre de 2012, el Servicio de Neurología indica que "el 09-03-09 (...) es nuevamente visto en consulta (...), los resultados analíticos son poco específicos, pero la RM craneal muestra dos lesiones focales" sugestivas de metástasis y la Rx de tórax una "masa a nivel de lóbulo superior izquierdo. Ante estos hallazgos ingresa en el S. Neumología". Reseña que "se había pedido, en la primera cita, un estudio (...) Doppler de TSA por el hallazgo de soplo carótido subclavio izquierdo en paciente con factores de riesgo vascular (...). Consta que fue citado el 28-05-09 por el S. Radiología para realizar la prueba y no acudió. Dada la patología de la que estaba diagnosticado y en tratamiento, la realización o no de la prueba carece de relevancia".

4. Con fecha 29 de octubre de 2012, el Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto emite el correspondiente Informe Técnico de Evaluación. En

él concluye que el paciente “presentaba una clínica de síndrome depresivo en relación con sus problemas laborales que requirió baja laboral y derivación al CSM (...). En el momento (en) que se detectó otra sintomatología (cefaleas y actitudes paranoides) fue remitido al Servicio de Neurología para su valoración (...). En ningún momento presentó la sintomatología típica de este tipo de tumores (...). Cuando fue diagnosticado de CPNM la enfermedad estaba en el estadio IV (tasa de supervivencia a los 5 años del 1%) (...). El 50% de este tipo de tumores son diagnosticados cuando presentan metástasis, a pesar de su lento crecimiento (...). Ni el ‘tiempo tardado’ en diagnosticarlo, ni las actitudes terapéuticas que se tomaron tuvieron ninguna influencia en el fatal desenlace, siendo solamente achacable a la alta letalidad de esta patología, a pesar de todos los medios empleados para su tratamiento”. En definitiva, “la asistencia prestada (...) fue correcta y adecuada en todo momento a los criterios de la lex artis”.

5. Mediante escritos de 31 de octubre de 2012, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria remite una copia del informe técnico de evaluación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias y del expediente completo a la correduría de seguros.

6. Obra incorporado al expediente el informe de una asesoría privada, emitido a instancia de la entidad aseguradora del Principado de Asturias, suscrito colegiadamente por cuatro especialistas en Medicina Interna el 31 de enero de 2013. Concluyen que “el paciente falleció como consecuencia de la progresión de un carcinoma no microcítico de pulmón en estadio IV (...). En esta situación no hay tratamiento curativo y solo se puede intentar un tratamiento paliativo, aunque en algunos casos de adenocarcinoma de pulmón con cerebrales únicas (no en otro lugar) puede intentarse la eliminación de esas metástasis con cirugía o radioterapia y, si hay éxito, se puede intentar el tratamiento radical con intención curativa del tumor primitivo (...). Aunque no existía seguridad de que el tumor fuese un adenocarcinoma se actuó como si lo fuese, teniendo en

cuenta la opción más favorable para el paciente, y se derivó a un centro donde se realizó radiocirugía de las metástasis cerebrales (...). Desde la aparición del primer síntoma y el diagnóstico de cáncer de pulmón transcurrieron diez meses, pero no había inicialmente datos que permitieran hacer el diagnóstico de cáncer de pulmón y cuando aparecieron se orientó adecuadamente el estudio del enfermo (...). El supuesto retraso en el diagnóstico no ha influido en la evolución de la enfermedad que estaba diseminada en el momento de la primera consulta, ya que los síntomas eran debidos a la existencia de metástasis cerebrales (...). El enfermo no ha sufrido daño derivado de la actuación médica, sino que la diseminación del tumor cuando consultó (por) primera vez pronosticaba un corto periodo de supervivencia que se ha visto ampliamente aumentado gracias a los tratamientos aplicados". Por último, creen que "la actuación médica seguida con este paciente ha sido correcta y acorde a la *lex artis ad hoc*".

7. Mediante oficio de 19 de febrero de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria notifica a la primera reclamante la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una relación de los documentos obrantes en el expediente. El día 13 de marzo de 2013 se persona esta en las dependencias administrativas y obtiene una copia de aquel, compuesto en ese momento por trescientos diecisiete (317) folios, según se hace constar en la diligencia extendida al efecto.

Con fecha 20 de marzo de 2013, las reclamantes presentan en una oficina de correos un escrito de alegaciones en el que señalan que la documentación remitida "viene a corroborar lo manifestado (...) en su escrito de reclamación inicial". Insisten en que tenía que haber sido remitido a Neurología antes del día 20 de octubre de 2008, "sobre todo teniendo en cuenta que también presentaba poliartalgias en muñecas" y "en grandes articulaciones, abscesos en piernas, edemas en manos y deterioro de la integridad cutánea", y precisan que el día 18 de septiembre de 2008 la Médica de Familia le permite hacer ejercicio físico, "cosa que era perjudicial para su enfermedad".

Afirman que nunca se le realizó RM con dosis doble de contraste a ritmo preferente, aconsejada por el Hospital "Z" según nota de 22 de marzo de 2011, y que "posteriormente sería evaluada también por ellos" comparándola con "la previa de abril y viendo si existe posibilidad de irradiar alguna lesión si estas fuesen de nueva aparición", lo que no se hizo "por olvido del Servicio".

Aclaran que el día 25 de junio de 2009 tenía tratamiento en Oncología Radioterápica, por lo que no pudo acudir al Servicio de Neumología del Hospital "X", y que la cita fue cambiada para el 9 de julio de 2009.

En cuanto al informe técnico de evaluación, aducen que está lleno de generalidades, "cada paciente es distinto y hay pacientes con el mismo cuadro que viven muchos años. Nuestro esposo y padre respondía muy bien a los tratamientos y si el diagnóstico hubiera sido a tiempo y el adecuado podría estar vivo".

Adjuntan, entre otros, los siguientes documentos: a) Informe de la Médica de Familia del centro de salud, de 18 de septiembre de 2008, en el que figura que estaba "diagnosticado de diabetes II y s. ansioso-depresivo. Por su patología se le recomienda dieta equilibrada, hacer ejercicio y no hay motivo alguno para que no pueda hacer piragüismo, que viene realizando desde hace tiempo". b) Nota de actualización de historia clínica del Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital "Y", de 22 de marzo de 2011, en la que se indica que "acude hoy para valoración tras ser remitido desde O. Médica al detectarse en TAC reciente de SNC, realizado en marzo de 2011, nueva progresión (...) con aumento en tamaño y nº de las lesiones ya conocidas./ Hemos contrastado los 2 TAC de enero y marzo y sí parece que algunas lesiones han aumentado de tamaño. No obstante, comentado el caso" con el Servicio de Radiocirugía del Hospital "Z", "donde fue tratado en abril de 2009, nos recomiendan, ante la edad del paciente y el buen estado general que tiene (está con corticoides a dosis baja, evoluciones controladas y prácticamente asintomático), la solicitud de una RM con dosis doble de contraste a ritmo preferente", que "posteriormente sería evaluada también por ellos" comparándola "con la previa de abril de 2009 y viendo si existe posibilidad de irradiar alguna lesión si estas

fuesen de nueva aparición. Tramitamos la solicitud de dicho estudio y con la decisión tomada se avisará al paciente". c) Hoja de sesiones de radioterapia, en la que consta que comenzó el tratamiento el 25 de junio de 2009.

8. El día 3 de abril de 2013, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Disciplinaria formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Consigna que "en el presente caso la asistencia prestada al fallecido fue correcta y adecuada a la *lex artis*" y que "se aplicaron todos los medios diagnósticos y terapéuticos de los que se disponía".

En cuanto al retraso diagnóstico alegado por las reclamantes, estima que, "aun dando por sentado que la aparición de la sintomatología depresiva en mayo de 2008 (que el propio paciente atribuía a sus problemas laborales) se debiera al cáncer de pulmón (...), el diagnóstico del proceso tumoral" se realizó "en marzo de 2009", por lo que "habían transcurrido diez meses". Si tomamos como fecha aquella en la "que la psiquiatra sospecha patología neurológica (octubre de 2008) el tiempo sería de cinco meses. En todo caso, se trataría de un cáncer de pulmón en estadio IV desde el inicio, que, según el Servicio de Neumología" del Hospital "X", "tiene una tasa de supervivencia media de 3-6 meses. El paciente tuvo una supervivencia de más de dos años debido a los medios terapéuticos puestos a su disposición".

Respecto a que no se le aplicó un segundo tratamiento de radiocirugía y que no fueron informados de esa decisión, "hay que hacer constar que esa alternativa terapéutica se valoró en el mes de marzo de 2011, pero una RNM realizada el mes siguiente evidenció lesiones cerebrales secundarias a la radiación recibida con anterioridad en los diferentes tratamientos a los que fue sometido (radiocirugía y radioterapia)", y figura en el informe del Jefe del Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital "Y" que en "la consulta de re-evaluación realizada el 30 de mayo de 2011 (...), dado el estado general del paciente, de los riesgos de una re-irradiación del SNC y la sospecha de progresión de la enfermedad a nivel abdominal, se decidió aplicar solamente tratamiento paliativo y que esta decisión se tomó de acuerdo con la familia".

9. En este estado de tramitación, mediante escrito de 24 de abril de 2013, registrado de entrada el día 26 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 del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Sanidad, 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 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 139.1 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (en adelante LRJPAC), están las interesadas activamente legitimadas para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

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 prescripción, 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 supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 26 de junio de 2012, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento del perjudicado- el día 28 de junio de 2011, por lo que es claro que fue formulada 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.

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 13.3 del Reglamento de Responsabilidad Patrimonial. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.1 y 43.3, 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 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.- Se somete a nuestra consideración un procedimiento de responsabilidad patrimonial iniciado por la reclamación de daños dimanantes del fallecimiento de un familiar que se atribuye a una dilación en la asistencia sanitaria que se le dispensó.

Resulta del examen del expediente que el familiar de las reclamantes acudió a su centro de salud en mayo de 2008 y se le diagnosticó depresión, y que el día 19 de marzo de 2009 se le aprecia un carcinoma pulmonar no microcítico en estadio IV, el más avanzado de la enfermedad, con metástasis cerebrales. Asimismo, consta que el paciente falleció el día 28 de junio de 2011, por lo que cabe apreciar que las reclamantes -esposa e hija de aquel- han sufrido un daño moral, sin perjuicio de una valoración económica más precisa que realizaremos en el caso de que concurran los requisitos necesarios para declarar la responsabilidad de la Administración.

Ahora bien, la mera constatación de un daño surgido en el curso de la actividad del servicio público sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, pues ha de probarse que el daño alegado tiene un nexo causal inmediato y directo con el funcionamiento de aquel servicio público.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, 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 apreciar que el daño alegado por las reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -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 solo en la fase de tratamiento dispensada 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 para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente, en la fase de diagnóstico, tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud.

Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*. Las interesadas

atribuyen el fallecimiento de su pariente a la dilación en la asistencia que se le prestó. Refieren que aunque tomaba la medicación para la depresión que se le había pautado presentaba fallos de memoria, cefaleas e insomnio, así como poliartralgias en muñecas y grandes articulaciones y absceso en pierna derecha, y subrayan que no fue derivado a ningún especialista, ni se le realizaron analíticas para determinar el origen de los síntomas. Manifiestan que el primer tratamiento para el cáncer se le aplica el día 27 de abril de 2009, y que ha transcurrido casi un año hasta que empezara a recibirlo cuando, tanto “por la sintomatología que presentaba como por los antecedentes, debería haber sido atendido primero”. También reprochan la omisión de una prueba en marzo de 2011 para ver si existía la posibilidad de irradiar alguna lesión de nueva aparición.

Consideran evidente que su familiar no habría fallecido si no se hubiera demorado el diagnóstico y el tratamiento tanto tiempo o no se hubiera omitido el tratamiento a que se refiere el informe de 22 de marzo de 2011. Sin embargo, no aportan prueba alguna de que la administración del tratamiento un año antes o la aplicación de radiocirugía en marzo de 2011 pudieran haber evitado la muerte de aquel, por lo que no acreditan la relación de causalidad fáctica que pretenden entre el fallecimiento del paciente y la asistencia sanitaria que se le dispensó.

Al contrario, se han incorporado al procedimiento informes que excluyen dicha relación. En concreto, el informe técnico de evaluación señala que ni el tiempo tardado en diagnosticar el tumor, ni las actitudes terapéuticas que se tomaron tuvieron ninguna influencia en el fatal desenlace, siendo solamente achacable a la alta letalidad de esta patología.

En contra de lo que manifiestan las interesadas, no consta en el expediente que el paciente presentara en algún momento la sintomatología típica del tumor que padecía. Según el informe técnico de evaluación, mostraba en mayo de 2008 una clínica de síndrome depresivo en relación con sus problemas laborales, y la atención sanitaria prestada desde entonces se revela

diligente, acorde con los síntomas que manifestó sucesivamente y ajustada a la *lex artis ad hoc*.

En efecto, en el momento en que se detectó otra sintomatología fue remitido al Servicio de Neurología para su valoración. De la historia clínica resulta que en mayo de 2008 consultó por ansiedad, que el mismo paciente asociaba a problemas laborales que también refería. Las propias reclamantes reconocen que al mes siguiente fue derivado al especialista en Psiquiatría del centro de salud mental correspondiente, que le atendió a los quince días.

En octubre de 2008 mantenía fallos de memoria y actitud paranoide por lo que, aunque persistían los problemas laborales, la psiquiatra aconsejó su derivación a Neurología. En diciembre de 2008 comenzó con artralgias, según comentó en la primera consulta por este motivo, y se le pautó tratamiento con el que obtuvo mejoría, indicándosele que repitiera la analítica para valorar consulta reumatológica en un mes, que no fue necesario, pues acudió al Servicio de Neurología del Hospital "X" el día 28 de enero de 2009. En la primera consulta, este Servicio ya solicitó pruebas complementarias que permitieron detectar lesiones sugestivas de metástasis y masa en tórax, por lo que se derivó al Servicio de Neumología del mismo hospital. Tras un ingreso entre los días 9 y 19 de marzo de 2009 se estableció el diagnóstico de carcinoma no microcítico con estadio T1 N1-2 M1, siendo derivado al servicio de Oncología Radioterápica del Hospital "Y". En suma, no cabe apreciar falta de tratamiento de los síntomas que el paciente presentaba en cada momento ni omisión de petición de consultas especializadas o de pruebas diagnósticas.

En este último hospital fue valorado y seguido de forma continuada por los Servicios de Oncología Médica y de Oncología Radioterápica desde el mismo mes de marzo de 2009, lo que permitió emprender actuaciones inmediatas ante la progresión de la enfermedad hasta mayo de 2011. Así, en abril de 2009 el Servicio de Oncología Médica solicita una valoración del caso al Hospital "Z", al que fue derivado ese mismo mes para tratamiento de radiocirugía, como las propias reclamantes reconocen. En marzo de 2010 se solicitó nuevamente la valoración del caso por el citado hospital, que estimó, según los estudios que se

le realizaron, que no se daban en el paciente las condiciones para volver a derivarlo. En efecto, en marzo de 2010 el Hospital "Z" aconseja radioterapia holocraneal antes de un nuevo tratamiento de radiocirugía que administrarían en caso de que las lesiones del paciente se hubieran controlado y no existieran signos de diseminación. Se inició inmediatamente el tratamiento de radioterapia holocraneal, pero en agosto de 2010 había signos de metástasis suprarrenales, por lo que no era aconsejable un nuevo tratamiento de radiocirugía. En marzo de 2011, según la nota aportada por las reclamantes que no obra incorporada a la historia clínica, el Servicio de Oncología Radioterápica contactó nuevamente con el Hospital "Z" para valorar la posibilidad de irradiar alguna lesión que fuera nueva, y este hospital aconseja la solicitud de una RM a ritmo preferente. Las reclamantes reprochan omisión de este estudio "por olvido del Servicio"; sin embargo, consta en el expediente un informe de la RM que se le realizó al paciente el día 15 de abril de 2011 a ritmo preferente, solicitada por el Servicio de Oncología Radioterápica. En la historia clínica de Oncología Radioterápica figura anotado que acudió a consulta el día 16 de mayo de 2011, "tras la realización de la RM con doble contraste en el pasado mes de abril", y que se le realiza exploración en la que presentaba dolor a nivel de la articulación coxo-femoral izquierda y síndrome general moderado, "por lo que antes de remitirlo a radiocirugía decidimos solicitar a ritmo preferente un TAC torácico-abdominal e incluso pélvico" para volver a evaluar la situación de la enfermedad, que se le efectúa el día 20 de mayo de 2011. No obstante, el día 30 de mayo acude la familia a la consulta porque el paciente presentaba mal estado general. En ese momento se estima que no está en condiciones de recibir ningún tratamiento activo, de lo que se les informa, aunque ya habían hablado con el Servicio de Oncología Médica.

En definitiva, tanto los especialistas en Medicina Interna como el informe técnico de evaluación concluyen que la asistencia dispensada en el caso fue correcta, por lo que no cabe atribuir a la misma el fallecimiento del paciente y los consiguientes daños sufridos por las reclamantes.

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

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º
EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.