

Expediente Núm. 327/2017
Dictamen Núm. 19/2018

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 1 de febrero de 2018, 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 29 de noviembre de 2017 -registrada de entrada el día 11 de diciembre de ese año-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por el fallecimiento de su madre como consecuencia del retraso diagnóstico de un cáncer de colon.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 24 de marzo de 2017, el interesado presenta en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su madre.

Expone que comienza con sintomatología de “febrícula, dolor en la región periumbilical y placa indurada en región umbilical que aumentaba de tamaño progresivamente”. Tras ser valorada por su médico de Atención

Primaria el día 9 de enero de 2015, inicia tratamiento antibiótico. El 14 de enero de ese año acude al Servicio de Urgencias del Hospital al presentar "absceso en pared abdominal", precisando que se le realizan pruebas analíticas y se procede "al drenado del absceso", dejándole "drenaje tipo teja" y remitiéndola al centro de salud para retirar el drenaje y ser controlada por su médico de Atención Primaria.

Indica que meses más tarde, el 8 de junio de 2015, acude nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital "por dolor infraumbilical en relación a absceso de pared abdominal y clínica de 48 horas de evolución de fiebre". Tras la realización de "diversas pruebas complementarias, entre ellas un TAC abdomino-pélvico", es diagnosticada de "carcinoma del colon transverso", reseñando que el 9 de junio se le practica una "colectomía" con carácter "urgente". Añade que la perjudicada acude a diversas consultas de Cirugía General, de Cirugía Plástica y de Oncología Médica sometiéndose a tratamiento quimioterápico, pese a lo cual "fallece a causa del tumor" en mayo de 2016.

Considera que, "a la vista de los síntomas y signos que presentaba (...) en la consulta de 14-01-15, no se hicieron los estudios médicos y pruebas diagnósticas necesarias para determinar la causa del absceso. Esta actuación negligente impidió a mi madre acceder a los tratamientos médicos que precisaba y condujo finalmente a su fallecimiento".

Manifiesta que en este momento "no es posible" evaluar económicamente los daños y perjuicios sufridos, aunque "a efectos cautelares" fija la indemnización en la cantidad de seiscientos mil un euros (600.001 €).

Como medios de prueba, solicita que se incorpore al expediente el historial médico completo de la perjudicada obrante en el Hospital y en Atención Primaria.

Adjunta a su escrito los siguientes documentos: a) Informe de alta del Servicio de Urgencias del Hospital, de 14 de enero de 2015. En el apartado relativo a "historia actual" consta que se trata de una "mujer de 58 años, sin antecedentes de interés, que tras un proceso de infección respiratoria comienza con febrícula, dolor en la región periumbilical y placa indurada en región umbilical que aumentaba de tamaño progresivamente. Fue valorada hace 5 días

por su (médico de Atención Primaria). Inician tratamiento con Amoxicilina-clavulánico sin clara mejoría, por lo que acude para nueva valoración. No náuseas ni vómitos. No lesiones previas a ese nivel". Se realiza hemograma, bioquímica y pruebas de coagulación. El diagnóstico es de "absceso de pared abdominal". Se efectúa drenaje del mismo "con salida de abundante cantidad de pus, abundantes lavados con suero y betadine. Se deja drenaje tipo teja". Se pauta tratamiento con Augmentine y se remite a su centro de salud para retirada del drenaje y control por su médico de Atención Primaria. b) Informe de alta del Servicio de Cirugía General del Hospital, de 22 de junio de 2015, en el que figura "paciente que acude a Urgencias (...) por clínica de 48 horas de evolución de fiebre de hasta 38,5 y dolor en región infraumbilical en relación a absceso de pared abdominal. No náuseas ni vómitos. No alteración del hábito intestinal ni (síndrome) general en los últimos meses. Episodio previo en enero de 2015 (...) de absceso de pared infraumbilical sobre el que se realizó drenaje. Según refiere la supuración cedió, el drenaje fue retirado y no ha tenido más síntomas hasta hace 48 horas". Se realiza TC toracoabdominopelvico hallándose "carcinoma del colon transverso, probablemente mucinoso, con metástasis ganglionares y hepáticas y fístula hacia la pared abdominal anterior con formación de un absceso". La paciente ingresa el 9 de junio de 2015 en "el Servicio de Cirugía General con el diagnóstico de neo de colon transverso perforada y fistulizada a pared abdominal, por lo que se interviene de forma urgente realizándose colectomía transversa segmentaria./ La evolución posoperatoria ha sido favorable en todo momento, salvo por seroma de herida quirúrgica que ha requerido drenaje y curas diarias que debe continuar en su centro de salud". El resultado de Anatomía Patológica es "T4aN1c". Recibe el alta el 22 de junio y se le indica que será citada para acudir a consulta de Cirugía General y de Oncología Médica. c) Resultados de pruebas de imagen realizadas en el Hospital d) Certificado de defunción, donde consta que la perjudicada falleció el "veintiocho de mayo de dos mil dieciséis" en el Hospital e) Certificado de nacimiento del reclamante.

2. El día 30 de marzo de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas envía una copia de la reclamación a la Secretaría General del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

3. Mediante oficio de 5 de abril de 2017, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado al efecto solicita a la Gerencia del Área Sanitaria IV una copia de las historias clínicas -hospitalaria y de Atención Primaria- relativas al proceso de referencia y un informe del Servicio de Urgencias del Hospital sobre el concreto contenido de la reclamación.

4. Con fecha 7 de abril de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios comunica al interesado la fecha de recepción de su reclamación en el referido Servicio, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

5. El día 26 de abril de 2017, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia del parte de reclamación remitido a la correduría de seguros.

6. Mediante oficio de 2 de mayo de 2017, el Subdirector de Atención Sanitaria y Salud Pública del Área Sanitaria IV traslada al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios una copia de la historia clínica facilitada por el Centro de Salud Entre los episodios registrados en ella destaca el de "onfalitis", anotándose, el "9-01-2015, infección del ombligo e irradiación a pelvis. Placa dura caliente y dolorosa. Fiebre vespertina", siendo la impresión diagnóstica de "celulitis" Se pauta "Ibuprofeno" y "Augmentine plus", indicando "control por su (médico de Atención Primaria) en 48 horas" y, el "12-01-2015, mejoría clínica, mejoró el dolor abdominal. Persiste placa de celulitis infraumbilical de 8 x 8 cm. No fiebre./ Solicito analítica urgente". Se registran curas y control de la herida desde el 16 de enero al 9 de febrero de 2015, fecha en la que la herida se encuentra "totalmente curada" y "no precisa

más curas". El siguiente episodio registrado es el de "laceración, herida", el 14 de mayo de 2015, describiéndose como "herida a nivel lóbulo oreja" izda. Se remite a "valoración" por el Servicio de Cirugía Plástica. A continuación figura como episodio el de "neo de colon", cuyo primer registro es de 24 de junio de 2015.

7. Con fecha 11 de mayo de 2017, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV envía al Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios el informe del Servicio de Urgencias del Hospital, emitido el 24 de abril de 2017 por el Director de la Unidad de Gestión Clínica de Urgencias. En él expone que la paciente "acudió a nuestro Servicio el 14 de enero de 2015 presentando un cuadro clínico identificado como absceso de pared abdominal por su médico de Atención Primaria, que le pautó tratamiento antibiótico cinco días antes sin objetivarse clara mejoría./ En el Servicio de Urgencias se realizó la historia clínica, exploración física, pruebas complementarias y valoración por el Servicio de Cirugía General, que indicó y realizó el tratamiento urgente del absceso, con drenaje y limpieza del mismo. Este tratamiento, con la colocación de un drenaje, es la actuación urgente indicada para un absceso de pared que no responde a tratamiento antibiótico empírico".

Indica que "la información que consta en su historia clínica no evidencia el hallazgo de ningún síntoma ni signo que obligase a realizar más estudios con carácter urgente, ni que hicieran prever en ese episodio la evolución posterior de la paciente./ Una vez realizado el tratamiento urgente (...), fue dada de alta con las recomendaciones indicadas para este proceso y a seguimiento por su médico de Atención Primaria".

8. El día 16 de mayo de 2017, el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios reitera la petición de la historia clínica obrante en el Hospital

El 22 de mayo de 2017, el Jefe de Sección del Área de Reclamaciones de la Gerencia del Área Sanitaria IV le traslada la historia clínica de la paciente en formato electrónico, que incluye, entre otros, un informe clínico de alta del

Hospital, de 28 de mayo de 2016, en el que se recoge, en el apartado relativo a "historia oncológica", que fue "diagnosticada en junio de 2015 de un adenocarcinoma de colon estadio IV por afectación hepática (...) tras intervención el 8-6-15 por absceso a nivel de colon transverso. Inicia tratamiento quimioterápico con esquema CAPOX + Bevacizumab por 8 ciclos y posteriormente recibe tratamiento de mantenimiento dentro del estudio Impala. En marzo de 2016 presenta progresión, por lo que inicia 2.ª línea con Folfox + MGN que mantiene hasta mayo de 2015 (*sic*) que presenta PD clínica y radiológica, por lo que pasa a Cuidados Paliativos". El 24 de mayo de 2016 "la paciente acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal que no se controla con la analgesia pautada. Dolor continuo de características punzantes a nivel de epigastrio e hipocondrio derecho que se irradia hacia flanco. No náuseas ni vómitos. No diarrea. En los últimos días importante deterioro del estado general con encamamiento todo el día y dificultad para la bipedestación. Ingestas muy escasas. Refiere febrícula en los últimos días". Se administra "tratamiento sintomático y soporte con sueroterapia y analgesia", siguiendo "mala evolución" por lo que, de acuerdo con su familia, "se decide realizar sedación paliativa", siendo exitus el día 28-05-2016.

9. Mediante oficio de 31 de mayo de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios remite una copia del expediente completo a la correduría de seguros a fin de recabar el informe pericial de la compañía aseguradora.

Con fecha 22 de agosto de 2017, cuatro especialistas en Cirugía General y Digestivo elaboran el informe solicitado. Tras analizar el curso clínico de la paciente, formulan una serie de consideraciones médicas sobre el carcinoma colorrectal. Indican que "es el segundo tumor maligno más común entre los países desarrollados (...) y ocupa el primer lugar como causa de muerte por tumor", precisando que "actualmente existe un aumento del porcentaje de pacientes diagnosticados en fase asintomática por la práctica del cribado en sujetos con factores de riesgo (historia familiar) o por la realización de colonoscopia ante una rectorragia leve".

Respecto a la asistencia dispensada en el Servicio de Urgencias del Hospital en enero de 2015, señalan que “el tratamiento realizado en la urgencia es absolutamente correcto. En esta fase la urgencia está para el tratamiento y resolución del proceso agudo, que en este caso parecía claro. Se trataría de una onfalitis abscesificada, por lo que el tratamiento realizado es correcto, con posterior derivación a la consulta de su (médico de Atención Primaria) para ver evolución y curas locales./ No existían en ese momento indicios de que existiera necesidad de realizar más exploraciones de imagen, puesto que la paciente no presentaba ningún otro síntoma”. Con base en lo anterior, consideran que “el tratamiento realizado en la urgencia del (Hospital) es correcto y acorde con la sintomatología que presentaba la paciente”, puesto que “el contenido del absceso era pus” y “en ningún momento apareció gas o heces a través del mismo”. Además, entre los antecedentes no hay datos que hagan sospechar la existencia de un posible cáncer de colon, ni antecedentes familiares de enfermedad neoplásica crónica”.

En cuanto al seguimiento en Atención Primaria, destacan que “durante las curas en ningún momento se describe la salida de gas o heces a través de la herida. El diagnóstico de presunción era de un absceso de pared abdominal secundario a una infección del ombligo (...). En la (historia) clínica de Primaria están anotadas más atenciones en el CDS, pero ninguna por clínica sospechosa de carcinoma de colon”. Reseñan que en junio de 2015 acude nuevamente al Servicio de Urgencias del Hospital “con nueva clínica sugerente de absceso de pared abdominal”, pero “tampoco (...) hace mención a la existencia de signos o síntomas compatibles con neoplasia de colon o de obstrucción intestinal”.

Por lo que se refiere al pronóstico de la enfermedad, explican que el resultado de Anatomía Patológica “muestra que se trataba del estadio más avanzado de adenocarcinoma de colon, pT4N2M1”, y “la supervivencia en ese estadio -IV- sería menor del 10 % a 5 años con cirugía y (quimioterapia)”. Afirman que “de haberse diagnosticado 5 meses antes tanto el tratamiento como el pronóstico de la enfermedad hubiera sido el mismo. En ningún caso se

hubiera podido realizar una cirugía más adyuvancia con intención curativa, pues el cáncer estaba ya perforado y fistulizado a pared abdominal”.

Concluyen que “todos los profesionales que trataron a la paciente durante su ingreso en la urgencia y en la consulta de su (médico de Atención Primaria) lo hicieron de manera correcta y de acuerdo con la *lex artis*”.

10. Mediante oficio notificado al reclamante el 18 de octubre de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

El 26 de octubre de 2017, el representante del interesado se persona en las dependencias administrativas para examinar el expediente y se le entrega un CD que contiene una copia de los documentos obrantes en aquel.

Acompaña poder notarial de representación.

Con fecha 30 de octubre de 2017, el perjudicado presenta un escrito de alegaciones en el registro de la Administración del Principado de Asturias en el que se ratifica “íntegramente” en el contenido de su reclamación.

Por lo que se refiere al informe médico-pericial incorporado al expediente, según el cual “el cáncer se había perforado y fistulizado hacia (la) pared abdominal, en relación a la situación de la paciente en enero de 2015”, y se indica que “no apareció gas o heces”, considera que esta segunda aseveración “contradice la (...) anterior, ya que si estaba fistulizado deberían haber aparecido gases o heces”.

Entiende que “no se hizo un adecuado seguimiento a la paciente”, puesto que, como señalan los especialistas que informan a instancia de la compañía aseguradora, “la supuración nunca llegó a desaparecer”.

Finalmente, reprocha al Servicio de Urgencias que durante la estancia de la paciente en el mismo “solo se practicó (...) una analítica y un electrocardiograma, sin realizar ninguna otra prueba de imagen para estudiar en profundidad los síntomas que presentaba”.

11. El día 6 de noviembre de 2017, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas remite a la correduría de seguros una copia de las alegaciones presentadas.

12. Con fecha 13 de noviembre de 2017, el Jefe del Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Con base en los informes médicos incorporados al expediente, y tras reproducir algunas de sus consideraciones, concluye que “de acuerdo con la documentación examinada (...) todos los profesionales que trataron a la paciente durante su ingreso en la urgencia y en la consulta de su (médico de Atención Primaria) lo hicieron de manera correcta y de acuerdo con la *lex artis*”.

13. En este estado de tramitación, mediante escrito de 29 de noviembre de 2017, 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, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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

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

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), está el interesado activamente legitimado 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 67.1 de la LPAC dispone que "El derecho a reclamar prescribirá al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o se manifieste su efecto lesivo. En caso de daños de carácter físico o psíquico a las personas, el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas". En el supuesto ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 24 de marzo de 2017, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento de su familiar- el día 28 de mayo de 2016, 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 rige por las disposiciones sobre el procedimiento administrativo común recogidas en el título IV de la LPAC, teniendo en cuenta las especificidades previstas en materia de responsabilidad patrimonial en los artículos 65, 67, 81, 91 y 92 de dicha Ley.

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

Sin embargo, se aprecia que a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide la resolución, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21.1 y 24.3, letra b), de la LPAC.

QUINTA.- El artículo 106.2 de la Constitución dispone que “Los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

A su vez, el artículo 32 de la LRJSP establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley”. Y, en su apartado 2, que “En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas”.

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

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

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal, 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 una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados del fallecimiento de una paciente que su hijo atribuye al retraso diagnóstico de un adenocarcinoma de colon.

Del examen del expediente resulta acreditado que la perjudicada fue diagnosticada de un adenocarcinoma de colon estadio IV en junio de 2015, falleciendo casi un año después durante su ingreso en un hospital público, por lo que cabe presumir que la muerte ha causado en el descendiente de la finada un daño moral cierto.

Ahora bien, la existencia de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica 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 aquel se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público y que es antijurídico.

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, o la falta de curación, 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 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.

También ha subrayado este Consejo que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega. En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

En el presente caso, la perjudicada, de 58 años de edad, acude el 9 de enero de 2015 a su médico de Atención Primaria con clínica de "infección del ombligo e irradiación a pelvis. Placa dura caliente y dolorosa. Fiebre vespertina", siendo la impresión diagnóstica de "celulitis", por lo que se pauta tratamiento antibiótico y antiinflamatorio. El 14 de enero de 2015 es vista en el Servicio de Urgencias del Hospital por presentar un "absceso de pared abdominal". Tras realizársele un drenaje se pauta tratamiento con "Augmentine" y se remite a su centro de salud para retirada del drenaje y control por su médico de Atención Primaria. En junio de ese mismo año acude de nuevo al Servicio de Urgencias de ese centro hospitalario por fiebre y "dolor en región infraumbilical en relación a absceso de pared abdominal", efectuándosele pruebas de imagen en las que se aprecia un carcinoma de colon "perforado y fistulizado a pared abdominal" con metástasis hepáticas. A pesar de la cirugía y del tratamiento seguido fallece el 28 de mayo de 2016 por progresión de la enfermedad.

En su solicitud inicial el interesado reprocha al servicio público una demora en el diagnóstico del adenocarcinoma de colon, ya que, "a la vista de los síntomas y signos que presentaba la paciente en la consulta de 14-01-15, no se hicieron los estudios médicos y pruebas diagnósticas necesarias para determinar la causa del absceso". Considera que la actuación de los profesionales sanitarios fue "negligente" e "impidió" a su madre "acceder a los tratamientos médicos que precisaba y condujo finalmente a su fallecimiento".

En cuanto a la asistencia dispensada a la paciente en su primera visita al Servicio de Urgencias -14 de enero de 2015-, el Director del Área de Gestión

Clínica de Urgencias señala en su informe que el “drenaje y limpieza” del absceso, con la colocación de un drenaje, “es la actuación urgente indicada para un absceso de pared que no responde a tratamiento antibiótico empírico”. Afirma que tras la exploración física se le realizaron “pruebas complementarias” (hemograma, bioquímica y pruebas de coagulación) y se solicitó valoración al Servicio de Cirugía General, que “indicó y realizó el tratamiento urgente del absceso”. En idéntico sentido se pronuncian los especialistas que informan a instancias de la compañía aseguradora cuando señalan que “el tratamiento realizado en la urgencia del (Hospital) es correcto y acorde con la sintomatología que presentaba la paciente”. Precisan que “en esta fase la urgencia está para el tratamiento y resolución del proceso agudo, que en este caso parecía claro. Se trataría de una onfalitis abscesificada, por lo que el tratamiento realizado es correcto”.

Respecto a la no realización de “estudios médicos” o “pruebas diagnósticas” para determinar la causa del absceso, como denuncia el reclamante, el Director del Área de Gestión Clínica de Urgencias pone de relieve que “la información que consta en su historia clínica no evidencia el hallazgo de ningún síntoma ni signo que obligase a realizar más estudios con carácter urgente, ni que hicieran prever en ese episodio la evolución posterior de la paciente”. Tampoco los profesionales que suscriben el único informe médico-pericial incorporado al expediente consideran que existiera necesidad de realizar más exploraciones de imagen, “puesto que la paciente no presentaba ningún otro síntoma”. Según el listado de episodios del Centro de Salud, cuando la paciente consulta por vez primera en relación con este episodio -el 9 de enero de 2015- la clínica era sugestiva de “onfalitis” (infección del ombligo), ya que solo presentaba una “placa dura caliente y dolorosa” y “fiebre vespertina”. Consta que el día 12 de enero acude nuevamente al centro de salud refiriendo “mejoría clínica”, y que dos días más tarde acude al Servicio de Urgencias del Hospital por sintomatología similar a la ya descrita. Tras drenar el absceso se constata que el contenido del mismo era pus, y según los datos disponibles en ningún momento apareció gas o heces a través del mismo, ni en el hospital ni durante las curas realizadas en el centro de salud.

Asimismo debe significarse, como señala el informe médico-pericial, que después de la visita a Urgencias en enero de 2015 la perjudicada no mencionó la existencia de signos o síntomas compatibles con neoplasia de colon o de obstrucción intestinal. El listado de episodios del centro de salud corrobora lo anterior, de manera que, finalizadas las curas de la herida por el absceso abdominal el 9 de febrero de 2015 -consta que la herida se encuentra "totalmente curada" y "no precisa más curas"-, la madre del reclamante no vuelve a su médico de Atención Primaria hasta mayo de 2015 por motivos que en nada se relacionan con el carcinoma de colon -consulta por una herida en el lóbulo de la oreja-. No es hasta el 9 de junio de ese año cuando vuelve a manifestar fiebre y dolor en la región infraumbilical, y, según consta en el informe clínico de alta relativo a este ingreso, la paciente refiere, en relación con el episodio anterior, que "la supuración cedió, el drenaje fue retirado y no ha tenido más síntomas hasta hace 48 horas".

En cuanto al diagnóstico del carcinoma colorrectal antes de que aparezcan los primeros síntomas, señala el informe pericial emitido a instancias de la compañía aseguradora que "actualmente existe un aumento del porcentaje de pacientes diagnosticados en fase asintomática por la práctica del cribado en sujetos con factores de riesgo (historia familiar) o por la realización de colonoscopia ante una rectorragia leve". Sin embargo, en esta paciente la práctica del cribado no estaba indicada, ya que en los informes médicos no se recogen antecedentes que hiciesen sospechar la existencia de un posible cáncer de colon, ni antecedentes familiares de enfermedad neoplásica crónica. Tampoco presentó rectorragia, por lo que la realización de una colonoscopia no se estimó necesaria.

En definitiva, este Consejo entiende, y así lo ha manifestado en anteriores dictámenes, que no es posible exigir a los profesionales médicos un diagnóstico precoz e indubitado antes de que aparezcan los síntomas, o los signos, que lo evidencien con certeza.

A falta de pericia en sentido contrario aportada por el reclamante, todos los informes obrantes en el expediente coinciden en calificar como correcta la actuación sanitaria del sistema público, tanto en la fase de diagnóstico como en

la del abordaje terapéutico de la enfermedad. Así, el 9 de junio de 2015 la paciente acude al Servicio de Urgencias del Hospital presentando la sintomatología ya mencionada, y tras diagnosticársele ese mismo día una neoplasia de colon transverso se practica una colectomía de forma urgente. Lamentablemente, a pesar de esta intervención y del tratamiento quimioterápico administrado, fallece el 28 de mayo de 2016 como consecuencia de esta enfermedad.

Sin perjuicio de lo anterior, los especialistas que informan a instancias de la compañía aseguradora subrayan que cuando se alcanza el diagnóstico los resultados de Anatomía Patológica revelan que "se trataba del estadio más avanzado de adenocarcinoma de colon, pT4N2M1", por lo que "de haberse diagnosticado 5 meses antes tanto el tratamiento como el pronóstico de la enfermedad hubiera sido el mismo. En ningún caso se hubiera podido realizar una cirugía más adyuvancia con intención curativa, pues el cáncer estaba ya perforado y fistulizado a pared abdominal". El interesado, que tuvo acceso a este informe, no aporta pruebas que permitan sostener su hipótesis de que un diagnóstico precoz habría supuesto un tratamiento diferente, o mejorado el pronóstico de su familiar, por lo que no podemos dar por acreditado que se haya producido en el caso que nos ocupa una pérdida de oportunidad terapéutica, como pretende.

Finalmente, con ocasión del trámite de audiencia presenta un escrito de alegaciones en el que cuestiona el informe médico-pericial emitido a instancias de la compañía aseguradora, y sostiene que "si estaba fistulizado -el cáncer- deberían haber aparecido gases o heces". Sin embargo, no justifica con datos clínicos tal afirmación. Por el contrario, en el informe clínico de alta del Servicio de Cirugía General del Hospital, de 22 de junio de 2015, se afirma que al ingreso la paciente es diagnosticada de una neoplasia de colon transverso "perforada y fistulizada a pared abdominal", pero no se registra en la historia clínica que hubiesen aparecido gases o heces como plantea el interesado.

En definitiva, no ha quedado acreditado que haya existido pérdida de oportunidad terapéutica ni pueden apreciarse infracciones de la *lex artis* en el proceso diagnóstico o asistencial susceptibles de provocar un daño a la

paciente, por lo que no hay nexo causal entre el daño alegado y el funcionamiento del servicio público sanitario dispensado a la familiar del reclamante.

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,