

Expediente Núm. 262/2018
Dictamen Núm. 274/2018

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Menéndez Sebastián, Eva María
García García, Dorinda

Secretario General:
García Gallo, José Manuel

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 27 de diciembre de 2018, con asistencia de las señoras y el señor que al margen se expresan, emitió el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 28 de septiembre de 2018 -registrada de entrada el día 10 del mes siguiente-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños y perjuicios derivados del fallecimiento de su esposa como consecuencia del abordaje tardío de un tumor linfático.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 18 de enero de 2018, tiene entrada en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados del fallecimiento de la esposa del interesado tras un linfoma de Hodgkin.

Expone que fue diagnosticada en 1999 en el Hospital "X" de un "linfoma de no Hodgkin de célula B grande", y que en junio de 2004 sufrió una recaída y es autotransplantada de médula ósea en el Hospital "Y", detectándosele en diciembre de 2004 "una adenopatía de tamaño importante" cuyo diagnóstico fue "compatible con recidiva de linfoma", lo que se confirmó en enero de 2015, decidiéndose "vigilancia estrecha y realizar un nuevo PET-TAC para seguimiento, ya que la paciente se encuentra asintomática, lleva una vida normal (...) y en la exploración no tiene adenopatías".

Manifiesta que posteriormente, en abril de 2015, se evidenció un "nódulo pulmonar de nueva aparición", reseñando que al mes siguiente, tras realizar una biopsia, "no se reconoce de forma contundente la presencia de un proceso linfoproliferativo, pero en el informe se comenta" que "el tejido remitido es muy escaso", y en el mes de julio de ese mismo año el Servicio de Hematología informa de "un excelente estado general, no síntomas B, hace vida normal y ECOG 0. Concluye que no se ha demostrado recidiva de linfoma de no Hodgkin (...), se mantiene una actitud vigilante y se cita a revisión", informándose en el mismo sentido en las revisiones efectuadas en octubre de 2015, en marzo y noviembre de 2016 y en marzo de 2017.

Señala que en mayo de 2017 acude a su médico de Atención Primaria por fiebre y diarrea, que la remite al Servicio de Urgencias del Hospital "X" donde, "a la vista de los bajos niveles de protrombina", se deja en observación y es sometida a tratamiento con vitamina K y antibioterapia, siendo dada de alta el mismo día. Añade que al mes siguiente vuelve al Servicio de Urgencias por reaparecer la fiebre, es vista por Hematología y, a petición del Servicio de Medicina Interna, se realiza un TAC de contraste que muestra "hallazgos compatibles con recidiva de proceso hematológico (linfoma), con crecimiento de adenopatías cervicales, torácicas y abdominales y hepatomegalia de nueva aparición", pasando a hacerse cargo de ella el Servicio de Hematología, que le da el alta el 14 de junio de 2017 precisando que "se objetiva alteración de pruebas de función hepática y hepatomegalia difusa en TC que, junto con la

fiebre, podrían estar en relación con proceso infeccioso intercurrente vs situación de inmunodepresión clínica más que con recidiva de linfoma. La paciente desea continuar (los) estudios que precise de forma ambulatoria”, y se solicita biopsia “para descartar recidiva de linfoma”.

Indica que el 24 de junio de 2017 acude al Servicio de Urgencias por “fiebre de 39º asociada a MEG”, siendo ingresada en Hematología, que tras efectuarle diversas pruebas le da el alta el 6 de julio de 2017 con el diagnóstico de “exéresis adenopatía laterocervical derecha 5/7 (...). Fiebre de origen desconocido a estudio. ITU por *Enterococcus faecalis* (...). Neoplasia escamosa en canal anal”, quedando pendiente del resultado de las biopsias de médula ósea y de ganglio linfático realizadas, que es de “infiltración por linfoma de Hodgkin” y “linfoma de Hodgkin subtipo esclerosis nodular”, de lo que fue informada el 13 de julio de 2017 administrándosele “SSF rápido con mejoría, siendo remitida a su domicilio”. Precisa que el día 16 del mismo mes acude por “hipotensión arterial mantenida y astenia”, ingresando en Hematología que le diagnostica “deterioro del estado general (...), alteración de pruebas de función hepática, linfoma Hodgkin estadio IV (...) y deterioro de la función renal”; al día siguiente ingresa en Medicina Intensiva con el diagnóstico de “shock séptico sin foco en paciente con linfoma de Hodgkin subtipo esclerosis nodular estadio IV”, falleciendo un día después.

Alude a una “mala praxis médica”, afirmando que “la actitud expectante y pasiva mantenida por los servicios sanitarios impidió un diagnóstico y tratamiento adecuados”.

Reclama por los daños que constan en el historial clínico, “incluidos los morales”, la cantidad de trescientos mil euros (300.000 €).

Solicita que se incorpore al expediente la historia clínica de la fallecida y acompaña copia del certificado de matrimonio expedido por el Registro Civil y de diversa documentación hospitalaria.

2. Mediante oficio de 6 de febrero de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica al perjudicado la fecha de recepción de su reclamación en el Servicio de Inspección de Servicios y Centros Sanitarios, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará y los plazos y efectos de la falta de resolución expresa.

Asimismo, se le requiere una copia del certificado de defunción de su esposa, a lo que da cumplimiento el 16 de febrero de 2018 adjuntando una copia de la certificación del Registro Civil expresiva de que el fallecimiento se produjo el 18 de julio de 2017.

3. Durante la instrucción se incorporan al expediente, a solicitud del Inspector de Prestaciones Sanitarias designado al efecto, una copia del historial clínico de la perjudicada y los informes librados por los servicios a los que se imputa el daño.

En el informe suscrito colegiadamente por los Jefes del Servicio de Hematología y de la Sección de Hematología Clínica del Hospital "X", sin fechar, se señala que la paciente fue diagnosticada en 1999 de "linfoma no Hodgkin B difuso de célula grande" y que recibió "tratamiento de primera línea de diagnóstico con 6 ciclos de CHOP, con lo que alcanzó primera respuesta completa que mantuvo hasta enero de 2004, fecha en la que se constata primera recidiva de su enfermedad hematológica y recibe segunda línea de tratamiento con 3 ciclos de DHAP y consolidación con trasplante autólogo (...) en junio de 2004; tras el tratamiento de segunda línea alcanzó segunda respuesta completa". Se añade que hasta el año 2017 no existió "evidencia de recidiva de la enfermedad hematológica", realizando revisiones periódicas en el Servicio de Hematología, y que el 6 de junio de 2017 "ingresa por fiebre de origen desconocido, sin foco y sin documentación microbiológica, con elevación de pruebas de función hepática y con estudio de imagen que sugiere progresión de su enfermedad hematológica, por lo que se informa a la paciente y a su acompañante sobre la necesidad de realizar biopsia escisional de adenopatía

laterocervical derecha para descartar recidiva de la enfermedad hematológica (...). Ante el buen estado general (...), con un ECOG de 0, encontrándose afebril los 5 días anteriores tras 7 días de tratamiento empírico con Tazocel (...), y por petición expresa de la paciente de realizar los estudios de forma ambulatoria, se decide alta a su domicilio y se planifica la biopsia escisional por parte del Servicio de Otorrino (...). 10 días después de haber sido dada de alta (...) consulta por fiebre y astenia intensa, por lo que ingresa en Hematología para estudio de fiebre de origen desconocido y tratamiento antibiótico empírico (...). Durante este ingreso el Servicio de Otorrino realiza biopsia escisional de adenopatía laterocervical derecha el 5 de julio de 2017 (...), y tras petición expresa es dada de alta el 6 de julio de 2017 a la espera de conocer los resultados histológicos de la biopsia (...). Los estudios anatomopatológicos de la adenopatía y de la biopsia ósea (...) muestran infiltración por linfoma de Hodgkin clásico tipo esclerosis nodular, por lo que se acuerda iniciar tratamiento citostático con ciclos ABVD según los estándares nacionales e internacionales./ La paciente acude al Servicio de Urgencias el 16 de julio de 2017 por hipotensión arterial y astenia y es ingresada en el Servicio de Hematología para inicio de tratamiento antibiótico de amplio espectro y tratamiento citostático indicado para el diagnóstico hematológico. En el momento del ingreso (...) presenta un leve deterioro de la función renal junto con elevación de las pruebas de función hepática y reactantes de fase aguda elevados (...). Ante el brusco empeoramiento clínico (...) el Servicio de Hematología solicita valoración de la Unidad de Cuidados Intensivos para traslado a su Servicio (...). La evolución de la paciente (...) es desfavorable en las siguientes horas del ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos, presentando fracaso multiorgánico progresivo a pesar de la temprana instauración de medidas activas (...). Ante la situación de refractariedad a las medidas adoptadas en UCI, y tras informar a la familia (...) sobre el mal pronóstico a corto plazo, la paciente fue exitus el 18 de julio de 2017".

Concluyen que “el Servicio de Hematología ha actuado de forma activa (...) para el estudio del proceso febril que conllevó al deterioro clínico” de la misma.

4. Con fecha 17 de mayo de 2018, y a instancia de la entidad aseguradora, emiten informe colegiado dos facultativos. En él se observa que se trata de una “paciente de 53 años que fallece por shock séptico en la UCI” y que “ha presentado una evolución atípica de la enfermedad (LNH células B), una primera remisión completa de 4 años de duración tras tratamiento QT, una primera recidiva con buena respuesta a tratamiento con citostáticos seguido de TMO, permaneciendo asintomática durante 6 años. En 2010 se detectó esplenomegalia, realizándose esplenectomía sin que se constatará recidiva de la patología hematológica, permaneciendo libre de la enfermedad hasta diciembre de 2014./ Actuaciones según guías clínicas de tratamiento de LNH células B de esos años”.

Precisan que “a partir de esa fecha los controles fueron más exhaustivos y frecuentes, ya que la paciente presentó aparición de adenopatías en diferentes territorios (...). Se encontraba totalmente asintomática y con muy buen estado general (ECOG 0) y presentando IPI 2 (riesgo intermedio-bajo), según se refleja en la historia clínica. Se realizaron pruebas complementarias según protocolos, manteniéndose estabilidad radiológica y normalidad de niveles de LDH/. A partir de mayo de 2017 la paciente presenta deterioro de estado general con fiebre y precisa de ingreso hospitalario para estudio en dos ocasiones (...). Como queda reflejado en la historia clínica, en cada una de ellas se decidió alta de acuerdo con la paciente en espera de resultados y proseguir estudio ambulatorio./ Es diagnosticada de linfoma de Hodgkin en julio de 2017, previo al desenlace fatal de la enfermedad”.

Concluyen que “durante el último ingreso se actuó de una manera correcta y ágil con ingreso en la UCI, aplicándose todas las medidas diagnósticas y terapéuticas de acuerdo a guías clínicas./ La revisión cronológica de la documentación revela un estrecho seguimiento clínico de la paciente y no

(se) objetiva mala praxis a lo largo del proceso asistencial./ La actitud expectante está contemplada en los protocolos de actuación para el manejo del linfoma”.

5. Evacuado el trámite de audiencia mediante oficio notificado al interesado el 25 de julio de 2018, se persona este en las dependencias administrativas y obtiene una copia del expediente.

El día 20 de agosto de 2018 presenta un escrito de alegaciones en el que se ratifica en su reclamación inicial y añade que en la historia clínica de la perjudicada consta que era “alérgica al Nolotil”, lo que deduce de un informe clínico de alta de 2016 en el que se recoge que refirió “erupción cutánea, náuseas y escalofríos cuando se le introdujo Nolotil”, y que se le administró ese fármaco el 4 de octubre de 2016 y posteriormente en varias ocasiones.

6. Con fecha 13 de septiembre de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y del Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio al apreciar que la asistencia dispensada “fue acorde con la *lex artis*. Se hizo un estrecho seguimiento de la paciente. La actitud expectante está contemplada en los protocolos de actuación para el manejo del linfoma (...). El fallecimiento se debió a la progresión natural de la enfermedad. La quimioterapia predispone a la aparición de nuevos tumores. El nuevo tumor es de una estirpe diferente./ Se puede afirmar que la paciente no era alérgica al metamizol (Nolotil); de hecho, en el informe de alta de Urgencias de fecha 23-05-2017, en el apartado antecedentes, se hace constar que la paciente `no tenía alergias conocidas´. La erupción cutánea, las náuseas y los escalofríos no son síntomas de alergia medicamentosa (la paciente consulta por `fiebre y diarrea´). Una alergia al metazimol de años de evolución hubiera desencadenado un shock anafiláctico al administrarle el fármaco”.

7. En este estado de tramitación, mediante escrito de 28 de septiembre de 2018, 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 Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las

Administraciones Públicas (en adelante 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 18 de enero de 2018, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento de la esposa del interesado- el día 18 de julio de 2017, por lo que es claro que ha sido formulada dentro del plazo de un año legalmente determinado.

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

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

Sin embargo, se 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 y 24.3, letra b), de la referida Ley.

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

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

Por otra parte, el artículo 34 de la ley citada dispone en su apartado 1 que “Solo 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.- Reclama el interesado el resarcimiento del daño derivado de la pérdida de su esposa como consecuencia de un tumor linfático, desenlace que imputa a la "actitud expectante y pasiva mantenida por los servicios sanitarios".

Queda acreditado en el expediente el hecho del fallecimiento, que conduce a presumir un padecimiento moral en el cónyuge que aquí reclama, así como su origen en un linfoma, tal como resulta de la historia clínica.

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

Como 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*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados favorables en relación con la salud del paciente.

Por tanto, para apreciar que el daño alegado por el reclamante 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. También hemos de señalar 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.

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 la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entrañe *per se* una vulneración de la *lex artis*.

En el supuesto planteado el interesado se limita a denunciar -con marcada vaguedad y sin soporte documental o pericial alguno- la "actitud expectante y pasiva mantenida por los servicios sanitarios", sin concretar la asistencia indebidamente omitida por los facultativos en uno u otro momento.

Frente a esa imputación genérica de una negligencia, todos los informes técnicos incorporados al expediente se detienen en la asistencia dispensada y concluyen que no hubo infracción alguna de la *lex artis ad hoc*. Así, en el que

suscriben colegiadamente los Jefes del Servicio de Hematología y de la Sección de Hematología Clínica del Hospital se explica que la paciente fue diagnosticada en 1999 de un "linfoma no Hodgkin B difuso de célula grande" para el que recibió "tratamiento de primera línea", alcanzando "primera respuesta completa que mantuvo hasta enero de 2004, fecha en la que se constata primera recidiva (...) y recibe segunda línea de tratamiento", con el que "alcanzó segunda respuesta completa". No se evidencia "recidiva de la enfermedad hematológica" hasta junio de 2017, cuando se le efectúan estudios de imagen y es alta hospitalaria por "buen estado general (...) y por petición expresa" de realizarlos "de forma ambulatoria", planificándose una biopsia tras la cual, por "petición expresa" también, es nuevamente alta "el 6 de julio de 2017, a la espera de conocer los resultados histológicos" de la prueba. Estos muestran "infiltración por linfoma de Hodgkin clásico tipo esclerosis nodular" para el que se acuerda iniciar "tratamiento citostático (...) según los estándares nacionales e internacionales", siendo ingresada en el Servicio de Hematología. En el momento del ingreso (16 de julio de 2017) presenta deterioros en las funciones hepática y renal y "ante el brusco empeoramiento clínico" al día siguiente ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos, donde presenta "fracaso multiorgánico progresivo a pesar de la temprana instauración de medidas activas". En el informe médico emitido a instancias de la compañía aseguradora se razona que se trata de una "paciente de 53 años" que "ha presentado una evolución atípica de la enfermedad (LNH células B), una primera remisión completa de 4 años de duración tras tratamiento QT, una primera recidiva con buena respuesta a tratamiento (...), permaneciendo asintomática durante 6 años. En 2010 se detectó esplenomegalia, realizándose esplenectomía sin que se constatará recidiva (...), permaneciendo libre de la enfermedad hasta diciembre de 2014./ Actuaciones según guías clínicas de tratamiento LNH células B de esos años./ A partir de esa fecha los controles fueron más exhaustivos y frecuentes, ya que (...) presentó aparición de adenopatías en diferentes territorios. La paciente se encontraba totalmente asintomática y con

muy buen estado general (ECOG 0) y presentando (...) riesgo intermedio-bajo (...). Se realizaron pruebas complementarias según protocolos, manteniéndose estabilidad radiológica y normalidad de niveles de LDH./ A partir de mayo de 2017 (...) presenta deterioro de estado general con fiebre y precisa de ingreso hospitalario para estudio en dos ocasiones (...). Como queda reflejado en la historia clínica, en cada una de ellas se decidió alta de acuerdo con la paciente en espera de resultados y proseguir estudio ambulatorio./ Es diagnosticada de linfoma de Hodgkin en julio de 2017, previo al desenlace fatal de la enfermedad./ Durante el último ingreso se actuó de una manera correcta y ágil, con ingreso en UCI aplicándose todas las medidas diagnósticas y terapéuticas de acuerdo a guías clínicas./ La revisión cronológica de la documentación revela un estrecho seguimiento clínico de la paciente y no (se) objetiva mala praxis a lo largo del proceso asistencial./ La actitud expectante está contemplada en los protocolos de actuación para el manejo del linfoma". Estas mismas conclusiones se suscriben por el perito que elabora la propuesta de resolución, que atribuye el fallecimiento a "la progresión natural de la enfermedad" y repara en que la quimioterapia "predispone a la aparición de nuevos tumores", siendo "el nuevo tumor (...) de una estirpe diferente" al detectado en 1999.

En el trámite de alegaciones tampoco especifica el reclamante en qué consisten las atenciones indebidamente omitidas o postergadas, limitándose a concretar que era "alérgica al Nolotil", lo que deduce de un informe clínico de alta de 2016 en el que consta que "refirió erupción cutánea, náuseas y escalofríos cuando se le introdujo Nolotil", y que se le administró ese fármaco en varias ocasiones posteriores. Frente a esa denuncia tardía el técnico que elabora la propuesta de resolución razona puntualmente que "se puede afirmar que la paciente no era alérgica al metamizol (Nolotil); de hecho, en el informe de alta de Urgencias de fecha 23-05-2017, en el apartado antecedentes, se hace constar que (...) `no tenía alergias conocidas´", lo que se reitera en otros informes, incluyendo el citado por el interesado. Añade que "la erupción cutánea, las náuseas y los escalofríos no son síntomas de alergia

medicamentosa (la paciente consulta por `fiebre y diarrea´). Una alergia al metazimol de años de evolución hubiera desencadenado un shock anafiláctico al administrarle el fármaco”.

En definitiva, del análisis del expediente en su conjunto no resulta acreditada ninguna actuación de los profesionales sanitarios contraria al buen quehacer médico, revelándose que el fatal desenlace es consecuencia de una patología que no pudo abordarse con éxito a pesar de haberse aplicado las técnicas oportunas, no siendo admisible suplantar el parámetro de la *lex artis* por el de una obligación de resultado.

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

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º

LA PRESIDENTA,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.