

Expediente Núm. 225/2019
Dictamen Núm. 40/2020

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:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 26 de febrero de 2020, con asistencia de las señoras y el señor que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 3 de septiembre de 2019 -registrada de entrada el día 6 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por el fallecimiento de su esposo y padre, respectivamente, que atribuyen al retraso en el diagnóstico y abordaje de un carcinoma.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. Con fecha 14 de noviembre de 2018, los interesados -esposa e hijos del finado- presentan en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida al Servicio de Salud del Principado de Asturias- por el daño derivado del óbito de su familiar, que atribuyen a la asistencia recibida en el Hospital

Tras exponer detalladamente el curso clínico del perjudicado, afirman que se ha producido “una mala praxis médica y demora injustificada, pues (...) fue diagnosticado de un tumor adenoneuroendocrino en fecha 25 de febrero de 2016 y no fue intervenido hasta el 17 de febrero de 2017, es decir, tardaron 1 año en operarlo a pesar de la gravedad de su diagnóstico, no recibiendo durante este tiempo ningún tratamiento o medida terapéutica”.

Solicitan una indemnización de trescientos mil euros (300.000 €) por el fallecimiento de su familiar.

Acompañan copia del certificado de defunción del paciente, del Libro de Familia y de diversos informes clínicos relativos al proceso de referencia.

2. Mediante oficio de 3 de diciembre de 2018, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a los interesados 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.

3. Previa petición formulada por el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios actuante, el 28 de enero de 2019 el Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV le remite una copia de la historia clínica y el informe elaborado por el Servicio de Cirugía General. En este último se destaca “la complejidad del caso y que estos tumores denominados adenoneuroendocrinos son muy raros, descritos recientemente (en el año 2010)”, pues en unas zonas de la misma lesión aparece tumor tipo adenocarcinoma y en otras mayor componente de tumor neuroendocrino, por lo que se hace difícil un diagnóstico certero”. Señala que tras la segunda intervención “surgieron complicaciones que derivaron en varias intervenciones y una larga estancia en Reanimación que derivó en un fallo multiorgánico y el exitus del paciente”.

4. Obra incorporado al expediente el informe pericial elaborado a instancias de la compañía aseguradora por una facultativa, máster en Valoración del Daño Corporal, con fecha 19 de marzo de 2019. En él explica, en relación al "TNE gástrico de bajo grado multifocal" diagnosticado en febrero de 2016, que "este tipo de tumores no precisa de cirugía urgente, lo indicado es seguimiento anual con endoscopias y resección de las lesiones, dado que se trata de un tumor de muy baja malignidad y con un índice de proliferación muy bajo". Añade que "la indicación de intervención fue correcta" y "el plazo en que se realizó no modificó el curso de la enfermedad".

En cuanto al carcinoma mixto adenoneuroendocrino, puntualiza que su diagnóstico se "realizó tras el resultado anatomopatológico de las piezas quirúrgicas con fecha 16-04-17, no en febrero de 2016, como afirma la reclamación". Se efectuó intervención quirúrgica a los 4 meses, la cual no era urgente "ya que el resultado de la Anatomía Patológica informaba de ausencia de invasión tumoral linfovascular".

Sobre las complicaciones que aparecieron tras la segunda operación, afirma que "aunque poco frecuentes se encuentran recogidas en el (consentimiento informado) firmado por el paciente".

Concluye que "no se ha constatado mala praxis a lo largo del proceso asistencial, se ha actuado en cada momento de manera adecuada según resultados de las diferentes pruebas complementarias y la sintomatología del paciente".

5. Evacuado el trámite de audiencia, los interesados toman vista del expediente y, con fecha 8 de julio de 2019, presentan un escrito de alegaciones en el que se ratifican en su reclamación inicial y manifiestan su disconformidad con el informe pericial emitido por la compañía aseguradora. Aclaran que al paciente el 25 de febrero de 2016 se le diagnosticó erróneamente un "tumor neuroendocrino" en lugar del tumor adenoneuroendocrino, y sostienen que ello

“no libera de responsabilidad a la Administración”, pues confundió “lo que debían diagnosticar como un tumor bien diferenciado, invasivo y muy agresivo (adenoneuroendocrino) con un tumor de muy baja malignidad (neuroendocrino)”.

Por otro lado, consideran “aberrante” que en el informe emitido por la compañía aseguradora se afirme que la cirugía para extirpar el tumor adenoneuroendocrino “no era urgente cuando se trata, según consta en el historial médico (...), de un tumor bien diferenciado, invasivo y muy agresivo, como lo demuestra la evolución posterior a la intervención con el resultado de exitus en dos meses y medio y entre insoportables sufrimientos”.

6. Con fecha 12 de agosto de 2019, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio. Con fundamento en los informes incorporados al expediente, razona que “la asistencia fue correcta y adecuada a la *lex artis*”, y reitera que “el tiempo transcurrido hasta la intervención no empeoró el pronóstico del paciente, ya que se trataba de un tumor de muy bajo grado de malignidad”. Explica que “al coexistir también un adenocarcinoma fue necesaria una segunda intervención quirúrgica para la realización de nodulectomía al objeto de estadiar el tumor con vistas a determinar la actitud terapéutica”. Añade que “la linfadenectomía estaba indicada al presentar también un adenocarcinoma”.

Concluye que “el fallecimiento del paciente no fue como consecuencia del tumor, sino (...) debido a la materialización de riesgos típicos de este tipo de intervenciones que figuran descritas en el documento de consentimiento informado”.

7. En este estado de tramitación, mediante escrito de 3 de septiembre de 2019, V. E. solicita al Consejo Consultivo del Principado de Asturias que emita dictamen sobre consulta preceptiva relativa al procedimiento de reclamación de

responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias objeto del expediente núm., de la Consejería de Salud, adjuntando a tal fin copia autenticada del mismo en soporte digital.

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

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

SEGUNDA.- Atendiendo a lo dispuesto en el artículo 32.1 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público (en adelante LRJSP), están los interesados activamente legitimados para formular reclamación de responsabilidad patrimonial, por cuanto su esfera jurídica se ha visto directamente afectada por los hechos que la motivaron.

El Principado de Asturias está pasivamente legitimado como titular del servicio público sanitario.

TERCERA.- En cuanto al plazo de prescripción, el artículo 67.1 de la 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 14 de noviembre de 2018, habiendo tenido lugar los hechos de los que trae origen -el fallecimiento de su familiar- el día 15 de noviembre 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 del servicio afectado, audiencia con vista del expediente y propuesta de resolución.

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

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

A su vez, el artículo 32 de la LRJSP establece en su apartado 1 que “Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento

normal o anormal de los servicios públicos salvo en los casos de fuerza mayor o de daños que el particular tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la ley". Y, en su apartado 2, que "En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas".

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

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

En efecto, en aplicación de la citada normativa legal y atendida la jurisprudencia del Tribunal Supremo, para declarar la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública será necesario que, no habiendo transcurrido el plazo de prescripción, concurren, al menos, los siguientes requisitos: a) la efectiva realización de una lesión o daño antijurídico, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas; b) que la lesión patrimonial sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos; y c) que no sea producto de fuerza mayor.

SEXTA.- Los reclamantes solicitan una indemnización por los daños ocasionados tras el fallecimiento de su familiar que atribuyen al retraso diagnóstico de un carcinoma mixto adenoneuroendocrino.

En el expediente queda acreditado el óbito del paciente en un hospital público, por lo que debemos presumir un daño moral en los allegados que ahora reclaman.

Ahora bien, la mera constatación de un daño real, efectivo, individualizado, evaluable económicamente y 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 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 es criterio de este Consejo (entre otros, Dictámenes Núm. 246/2017 y 285/2019) que corresponde a quien reclama la prueba de todos los hechos constitutivos de la obligación cuya existencia alega, salvo en aquellos casos en que el daño es desproporcionado y denota por sí mismo un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). Fuera de esos supuestos, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado de forma directa e inmediata los daños y perjuicios cuya indemnización reclama.

En el supuesto examinado, se desprende del expediente que el paciente se encontraba a seguimiento por el Servicio de Medicina Interna por un síndrome anémico, diagnosticándosele de forma “casual” un tumor neuroendocrino gástrico mediante ecoendoscopia en febrero de 2016. El caso fue valorado en varias ocasiones por el Comité de Tumores Neuroendocrinos, decidiéndose “cirugía ante la imposibilidad de resección endoscópica del tumor subcardial”. El 17 de febrero de 2017 se realiza “exéresis atípica por gastrostomía de la lesión subcardial en cara posterior hacia curvatura menor y gastrectomía subtotal dada la importante gastritis atrófica y la multiplicidad de las lesiones neuroendocrinas vistas en gastroscopia intraoperatoria” (folio 2565 de la historia Millennium). Los resultados de las piezas analizadas por Anatomía Patológica arrojaron la existencia de un “carcinoma mixto adenoneuroendocrino (...) bien diferenciado, invasivo, que alcanza la capa muscular propia superficial”, sin invasión tumoral linfvascular, perineural ni áreas de necrosis. El Comité de Tumores Neuroendocrinos acuerda que, al confirmarse un adenocarcinoma, habría que realizar linfadenectomía “porque el estadiaje es incompleto” (folio 2555 de la historia Millennium), intervención que finalmente se practica el 23 de agosto de 2017. El posoperatorio estuvo marcado por la aparición de varias complicaciones y una mala evolución de la situación clínica del paciente, que finalmente fallece el 15 de noviembre de 2017.

Los reclamantes imputan al servicio público de salud una “demora injustificada” en el abordaje de un tumor, al entender que el fallecido “fue

diagnosticado de un tumor adenoneuroendocrino en fecha 25 de febrero de 2016 y no fue intervenido hasta el 17 de febrero de 2017”, de lo que deducen que “tardaron 1 año en operarlo a pesar de la gravedad de su diagnóstico, no recibiendo durante este tiempo ningún tipo de tratamiento o medida terapéutica”.

Sin embargo, la primera observación que procede puntualizar es que resulta constatado que lo que se diagnosticó en febrero de 2016 no fue un carcinoma mixto adenoneuroendocrino, sino un tumor neuroendocrino gástrico, tumores ambos que arrojan distinta sintomatología y evolución. Los interesados asumen esa realidad en su escrito de alegaciones rectificando su error inicial y por ello reconducen el reproche de un retraso diagnóstico al de un error diagnóstico, argumentando que el servicio sanitario confundió lo que debían haber diagnosticado “como un tumor bien diferenciado, invasivo y muy agresivo (adenoneuroendocrino) con un tumor de muy baja malignidad (neuroendocrino)”, a lo que posteriormente añaden un retardo en el tratamiento del carcinoma adenoneuroendocrino tras su tardía detección. En este contexto, ante la imprecisión de la reclamación hemos de considerar que se reclama aquí por una pérdida de oportunidad diagnóstica y terapéutica, lo que significa que en estos supuestos no solo ha de constatarse que esa omisión entraña una mala praxis médica sino también la puntual disponibilidad de una técnica de curación que, aplicada en su momento, hubiera conducido, siquiera en términos probabilísticos, a la superación de la dolencia.

Situado en estos términos el debate de fondo del expediente analizado, en la historia clínica consta que el paciente se encontraba a seguimiento en el Servicio de Medicina Interna por un síndrome anémico desde el año 2012 (folio 2556 de la historia Millennium), hallándose de forma “casual” la existencia de un “TNE gástrico multifocal” mediante las pruebas realizadas en febrero de 2016 (gastroscopia y ecoendoscopia). El facultativo del Servicio de Cirugía General del Hospital apunta que “las biopsias tomadas en esa ocasión son informadas como hiperplasia nodular en una de las lesiones y tumor

neuroendocrino bien diferenciado en otra". Con este diagnóstico -explica el especialista- "lo indicado es hacer un seguimiento con endoscopias anuales o (...) resección endoscópica de las lesiones, dado que se trata de un tumor de muy baja malignidad (índice de proliferación KI 67 < 2 %) y en ocasiones no precisa cirugía". Asimismo se constata que, como también concluye la pericial de la entidad aseguradora, la demora en la intervención "no modificó el curso de la enfermedad", de modo que el presunto retraso no empeoró el pronóstico del paciente, sin que quepa orillar además que el fallecimiento no es aquí consecuencia inmediata del tumor sino concreción de los riesgos vinculados a su intervención, al que estaba abocado quien lo sufría.

Al respecto, nada sustancial en términos probatorios oponen los reclamantes a la vista de estas consideraciones, pues sus alegaciones se reducen a la afirmación apodíctica y desprovista de soporte pericial de que el tumor agresivo debió haberse diagnosticado un año antes, omitiendo todo razonamiento acerca del vínculo causal entre ese retardo y el fatal desenlace, y desconociendo que este no fue el resultado del supuesto error diagnóstico del tipo de carcinoma que padecía el enfermo, sino que resultó de la materialización de las complicaciones propias de una cirugía necesaria, respecto a la cual solo se denuncia una ligera tardanza que no se revela idónea para la causación del resultado lesivo.

Nos encontramos, en suma, ante un supuesto en el que los resultados de los estudios realizados al paciente no sugerían la existencia de un carcinoma mixto, sino que tanto las pruebas de imagen como las biopsias efectuadas orientaban al diagnóstico de tumor neuroendocrino de baja malignidad que no precisaba de cirugía urgente. Además, el especialista en Cirugía General subraya "la complejidad del caso", pues "estos tumores denominados adenoneuroendocrinos son muy raros, descritos recientemente (en el año 2010)", y reseña que "en unas zonas de la misma lesión aparece tumor tipo adenocarcinoma y en otras mayor componente de tumor neuroendocrino por lo que se hace difícil un diagnóstico certero", constandingo que se sometió el caso a

valoración del Comité de Tumores Neuroendocrinos del Hospital hasta en tres ocasiones, "se solicitaron pruebas complementarias y se valoraron diversas opciones hasta llegar a la opción de tratamiento que se le expuso al paciente". La intervención (exéresis atípica por gastrostomía de la lesión subcardial en cara posterior hacia curvatura menor y gastrectomía subtotal) se llevó a cabo el 17 de febrero de 2017, y la existencia de un carcinoma mixto se descubre una vez realizada esa primera operación, cuando en abril de 2017 se reciben los resultados de las piezas enviadas al Servicio de Anatomía Patológica, en los que se evidencia que "lo que inicialmente se diagnosticó como tumor neuroendocrino (muy baja malignidad) es un tumor mixto adenoneuroendocrino con componentes de ambos tumores, neuroendocrino y adenocarcinoma", según explica el especialista en Cirugía General del Hospital

La quiebra del engarce fáctico entre el retardo que se reprocha y el resultado lesivo determina el rechazo de la pretensión resarcitoria, toda vez que -aunque se apreciara un retraso imputable al servicio sanitario- no se objetiva a lo largo de lo actuado ninguna alternativa terapéutica que, a la vista del estado del paciente en 2016 -abocado ya a la intervención de la que deriva su fallecimiento-, fuera capaz de revertir el proceso. En efecto, los reclamantes invocan una demora en el diagnóstico y en el tratamiento, pero no argumentan -ni justifican- que ese hipotético abordaje precoz hubiera podido alterar el curso de la cirugía a la que se somete; esto es, no se constata en este caso -siquiera dialécticamente- una pérdida de oportunidad relevante en el abordaje del carcinoma mixto adenoneuroendocrino motivada por el tiempo transcurrido, pues se desconoce la alternativa terapéutica que le hubiera permitido sustraerse a la cirugía o afrontarla en otras condiciones.

Sin perjuicio de lo anterior, que conduce a la desestimación de la pretensión ejercitada, se impone descender a la praxis médica, observándose por otra parte que el paciente estuvo sometido a un exhaustivo seguimiento y

se le practicaron diversas pruebas orientadas a determinar la mejor opción terapéutica.

A la luz de lo expuesto este Consejo entiende, tal como ha manifestado en anteriores dictámenes (por todos, Dictamen Núm. 254/2019), 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. Así, a pesar de que en las pruebas realizadas al paciente en febrero de 2016 no se le diagnosticó el carcinoma mixto adenoneuroendocrino, este fue puntualmente advertido cuando se puso de manifiesto en los análisis practicados, en atención a la clínica que presentaba, y se trató tomando en consideración el resultado de los múltiples estudios realizados.

En cuanto a la postrera imputación de un retardo en el abordaje del tumor diagnosticado, consta que tras el hallazgo “se planteó la necesidad de nueva intervención para completar la cirugía con la extirpación de los ganglios, necesario para el estadiaje de un adenocarcinoma” -conforme relata el especialista en Cirugía General-, la cual se realizó a los cuatro meses. En el informe pericial emitido a instancia de la compañía aseguradora se afirma que esta cirugía no era urgente, “ya que el resultado de Anatomía Patológica informaba de ausencia de invasión tumoral linfovascular”, lo que se constata en la adenda al informe de consultas externas de 31 de marzo de 2017 (folio 2555 de la historia Millennium), y no puede estimarse desvirtuado por las meras manifestaciones de los reclamantes.

Los interesados, sobre quienes recae la carga de la prueba del nexo causal con el servicio público, cuestionan esa tardanza amparados en “la evolución posterior a la intervención con el resultado de exitus”, soslayando que la *lex artis* médica no impone el empleo de más técnicas que las indicadas en función de los signos clínicos apreciados y que el hecho de que sea la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios excluye que pueda proyectarse retroactivamente o *ex post facto* al juicio sobre la corrección de la

actuación sanitaria el estado de situación ignorado al momento de la atención y conocido con posterioridad.

En cuanto a las complicaciones surgidas en el posoperatorio, nada reprochan los interesados aparte de aquella ligera demora, constatándose por el facultativo del Servicio de Cirugía General que dieron lugar a “varias intervenciones y una larga estancia en Reanimación que derivó en un fallo multiorgánico y el exitus del paciente”. De hecho, en el curso clínico obrante en el expediente figura que tras la linfadenectomía abdominal realizada el 23 de agosto de 2017 el paciente precisó una nueva laparotomía por “fuga del muñón duodenal” y “peritonitis biliar” (folio 939 de la historia Millennium), reinterviniéndose el 12 de septiembre de 2017 por empeoramiento brusco y aumento de la distensión abdominal con salida de contenido biopurulento por la herida quirúrgica. El 19 de septiembre de 2017 se realizó nueva laparotomía y traqueotomía reglada por intubación prolongada, pasando a la Unidad de Cuidados Intensivos, donde permaneció ingresado durante 73 días con los diagnósticos de shock séptico con fallo multiorgánico severo, infección de herida quirúrgica, fístula duodenal persistente, trombosis vena poplítea izquierda, tromboembolismo pulmonar, aneurisma aórtico, insuficiencia hepática e infecciones múltiples por gérmenes multirresistentes. En el mismo informe se aprecia que esas complicaciones “se encuentran recogidas en el (consentimiento informado) firmado por el paciente”, que consta en el expediente, y que respecto de una laparotomía exploradora con “linfadenectomía gástrica” menciona, entre los riesgos típicos “poco graves y frecuentes”, la infección o hemorragia de la herida quirúrgica, y entre los “poco frecuentes y graves” la obstrucción intestinal, fístula digestiva, procesos estenóticos y hemorragia o infección interna, advirtiéndose que estas complicaciones “puede llegar a requerir una reintervención”. También se indica en ese documento que “ante la gravedad del cuadro que presenta y el elevado riesgo de mantener una actitud conservadora, en su caso la mejor alternativa terapéutica es la cirugía”.

En definitiva, del examen de la documentación obrante en el expediente no se acredita que el retardo denunciado en el acierto diagnóstico haya influido en el pronóstico de la enfermedad ni en las opciones terapéuticas del paciente, constando que el servicio público sanitario puso a su disposición los medios adecuados en atención a sus síntomas, sin que se objetive mala praxis. En último término, además, el fallecimiento resultó una consecuencia de las complicaciones surgidas en el posoperatorio de una intervención necesaria para el estadiaje del adenocarcinoma, asumidas por el paciente en el documento de consentimiento informado, lo que permite excluir la antijuridicidad del daño.

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.