

Dictamen Núm. 116/2020

**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 14 de mayo de 2020, por medios electrónicos, 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 28 de febrero de 2020 -registrada de entrada el día 9 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 esposo y padre, respectivamente, tras una intervención quirúrgica que atribuyen al retraso diagnóstico de un adenocarcinoma de colon.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

**1.** El día 25 de junio de 2019, los interesados presentan en una oficina de correos una reclamación de responsabilidad patrimonial -dirigida a la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias- por los daños derivados del fallecimiento de un paciente en el contexto del abordaje tardío de un carcinoma de colon.

Exponen que su familiar “fue diagnosticado por parte del Servicio de Hematología del Hospital ‘X’ de un linfoma T-NK nasal con afectación del cavum en el mes de febrero de 2017”, y que en marzo del mismo año se le realizó un estudio de extensión (PET-TAC) “de cuerpo completo” del que resultó la localización de “otro depósito hipermetabólico a nivel del colon transverso”. Señalan que “dicha captación era también sugestiva de malignidad en tanto arrojaba un SUV max de 9,5 (valor límite 3), superando ampliamente (unas tres veces) el valor del SUV max que discrimina una lesión maligna frente a una benigna”, y que se efectuó ese mismo mes una colonoscopia que permitió detectar una “lesión neoformativa con centro ulcerado y bordes mamelonados”.

Indican que la correspondiente biopsia “era muy sugerente de un cáncer de colon” pero que, “asombrosamente, el Servicio de Hematología decide hacer caso omiso a dichos hallazgos omitiendo, nuevamente, cualquier tipo de interconsulta con el especialista en Aparato Digestivo”, informando al paciente de que se trataba de un “pólipo sin importancia”. Reseñan que en el mes de mayo de 2017 se constata la “remisión completa del linfoma tras el tratamiento quimioterápico”, aunque “sigue apreciándose la persistencia de la ‘lesión hipermetabólica del colon transverso’”, situación que se confirma tras nuevas pruebas practicadas en septiembre de 2017.

Manifiestan que en el año 2018 el “paciente comienza con síntomas digestivos”, por lo que acude al Servicio de Cirugía General y Digestivo de la Fundación Hospital ‘Y’ en el que se le realiza una nueva colonoscopia, diagnosticándosele con base en la misma y en la biopsia realizada el 16 de julio de 2018 cáncer de colon. Fue intervenido para su tratamiento el 10 de agosto del mismo año, siendo “reintervenido” a “los 12 días”, y añaden que al finalizar esta segunda operación “presentó una parada cardiorrespiratoria”, falleciendo el día 22 de agosto de 2018 en la UCI del Hospital “X”, al que había sido trasladado.

Detallan las “actuaciones contrarias a la *lex artis*” que aprecian, de acuerdo con el informe pericial suscrito por un especialista en Aparato Digestivo y Medicina Interna que aportan, junto a diversa documentación relativa a la

asistencia prestada y a la acreditación de su condición de familiares, y formulan diversas consideraciones sobre la existencia de "pérdida de oportunidad terapéutica".

Solicitan una indemnización total que asciende a ciento ochenta y ocho mil quinientos ochenta y cinco euros con ocho céntimos (188.585,08 €), de los cuales 134.500,59 € corresponderían a la esposa, 15.583,67 € a la hija y 38.500,82 € al hijo que convivía con el fallecido.

**2.** Mediante oficio de 30 de julio de 2019, 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 efectos del silencio administrativo.

**3.** Previa solicitud formulada por el Inspector de Servicios y Centros Sanitarios designado al efecto, el 4 de septiembre de 2019 el Gerente del Área Sanitaria V le remite una copia de la historia clínica del paciente y el informe emitido el 31 de agosto de 2019 por la Jefa de Sección del Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital "X".

**4.** El día 30 de noviembre de 2019 emite informe una facultativa, máster en Valoración del Daño Corporal, a instancias de la compañía aseguradora. En él expone diversas consideraciones médicas en relación con la asistencia prestada y concluye la adecuación a los protocolos y a la *lex artis* de la misma.

**5.** Mediante escrito notificado a los interesados el 8 de enero de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días.

Con fecha 27 de enero de 2020, los reclamantes presentan un escrito de alegaciones en el que se reiteran en su imputación y rebaten los argumentos de

los informes incorporados al expediente. Adjuntan un “anexo y ampliación al dictamen pericial de fecha 4-4-19”.

**6.** El día 11 de febrero de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas elabora propuesta de resolución en sentido desestimatorio, al apreciar la corrección de la actuación sanitaria desplegada de acuerdo con la literatura científica y con los informes emitidos durante la instrucción del procedimiento.

**7.** En este estado de tramitación, mediante escrito de 28 de febrero de 2020, 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 según 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, de conformidad con 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, pudiendo actuar por medio de representante con poder bastante al efecto, a tenor de lo establecido en el artículo 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (en adelante LPAC).

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 25 de junio de 2019, y el hecho por el que se reclama (el fallecimiento del familiar de los interesados) tuvo lugar el día 22 de agosto de 2018, por lo que es claro que la acción se ha ejercido 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.-** Se somete a nuestra consideración la reclamación de responsabilidad patrimonial instada por los familiares de un paciente que falleció tras una intervención quirúrgica realizada con ocasión del tratamiento de un proceso oncológico (cáncer de colon) cuyo retraso diagnóstico reprochan.

La documentación obrante en el expediente acredita la defunción del paciente horas después de la citada cirugía, por lo que hemos de presumir un daño moral en los allegados que aquí reclaman.

Ahora bien, la mera constatación de un daño efectivo, individualizado y susceptible de evaluación económica surgido en el curso de la actividad del servicio sanitario no implica sin más la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio público sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que los interesados no tuvieran el deber jurídico de soportar.

Como ha señalado este Consejo Consultivo en ocasiones anteriores (por todas, Dictamen Núm. 218/2019), 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 concretos.

Por tanto, para poder apreciar si el daño alegado por los reclamantes es jurídicamente consecuencia del funcionamiento del servicio público sanitario hay que valorar si se respetó la *lex artis ad hoc*. Entendemos por tal, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Supremo y la doctrina del Consejo de Estado, aquel criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico ejecutado por profesionales de la medicina -ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de quien lo realiza y de la profesión que ejerce, la complejidad y trascendencia vital del acto para el paciente y, en su caso, la influencia de otros factores -tales como el estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la organización sanitaria en que se desarrolla- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida. Este criterio opera no solo en la fase de tratamiento dispensada a los pacientes, sino también en la de diagnóstico, por lo que la declaración de responsabilidad se une, en su caso, a la no adopción de todos los medios y medidas necesarios y disponibles para llegar al diagnóstico adecuado en la valoración de los síntomas manifestados. Es decir, que el paciente en la fase de diagnóstico tiene derecho no a un resultado, sino a que se le apliquen las técnicas precisas en atención a sus dolencias y de acuerdo con los conocimientos científicos del momento.

El criterio a seguir en este proceso es el de diligencia, que se traduce en la suficiencia de las pruebas y los medios empleados, sin que el defectuoso diagnóstico ni el error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se estima que se emplearon los medios pertinentes en función del carácter especializado o no de la atención sanitaria prestada y que se actuó con la debida prontitud. Por otra parte, tampoco la mera constatación de un retraso en el diagnóstico entraña *per se* una vulneración de la *lex artis*.

También ha reiterado este Consejo (por todos, Dictamen Núm. 81/2019) 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. Además, cuando se invoca una pérdida de oportunidad no solo debe acreditarse una omisión contraria al buen quehacer médico sino, también, la existencia de una técnica que oportunamente aplicada al caso hubiera conducido a una mejora de su situación o a un resultado distinto.

En el supuesto examinado, los interesados consideran que el Servicio de Hematología se centró “únicamente en tratar el linfoma, dejando a su suerte la evolución del otro cáncer primario a nivel del colon”. Aducen que en el mes de marzo de 2017, a la vista de los resultados de las pruebas realizadas (PET-TAC y colonoscopia), debió solicitarse “interconsulta con el especialista en Aparato Digestivo”, pero que medió “impericia en la interpretación de los signos clínicos del paciente por parte del Servicio de Hematología” y ello “se tradujo (...) en un retraso en el diagnóstico (de 16 meses) que condicionó indiscutiblemente la indicación terapéutica”. Aportan al respecto el informe pericial suscrito por un especialista en Aparato Digestivo y Medicina Interna, y con base en el mismo razonan que “si el cáncer de colon se hubiera tratado quirúrgicamente 16 meses antes, cuando este estaba en estadio T1, tenía numerosas posibilidades de curación y no cuando se intervino en agosto de 2018 en una situación mucho más vulnerable y con un estadio T3”.

Argumentan que se trata de un supuesto de “pérdida de oportunidad terapéutica”, puesto que “desde un punto de vista cronológico en marzo de 2017 el cáncer de colon estaría en un estadio T1, con una supervivencia a los 5 años del 95 % al 100 %”, y que “fue el efecto inmunodepresor del tratamiento quimioterápico prescrito para el linfoma además de la toxicidad hepática (...) la que descompensó la cirrosis hepática (que aunque preexistente se encontraba compensada), produciendo (...) una situación de mayor vulnerabilidad ante la agresión que supone una intervención quirúrgica”. En el informe pericial se afirma expresamente que la “actuación terapéutica más racional desde el punto de vista médico” habría sido la de intervenir quirúrgicamente el cáncer de colon

“en una primera etapa y continuar posteriormente con el tratamiento quimioterápico del linfoma”, defendiendo que debió priorizarse el tratamiento de la lesión digestiva respecto al del linfoma.

Sin embargo, dicho informe desconoce -u obvia- dos realidades que las otras periciales ponen de manifiesto: la entidad del linfoma tratado por el Servicio de Hematología y que el fallecimiento sobreviene por complicaciones típicas de la cirugía de colon ajenas a la situación clínica del paciente.

Al respecto procede recordar, en primer lugar, que en la confrontación de pruebas periciales, tal como hemos recogido en ocasiones precedentes (por todas, Dictamen Núm. 91/2020), “la jurisprudencia viene razonando de forma constante que la fuerza probatoria de los informes periciales reside en gran medida en su fundamentación y coherencia interna, en la mayor especialización de quien los formula y en la independencia o lejanía del perito respecto a los intereses de las partes pues, `naturalmente, en la ponderación no es suficiente la mera constatación del criterio cuantitativo´, debiendo acudir a `un criterio valorativo´ que conduce a postergar la pericial que procede de quien no es especialista en el campo concernido o que omite el análisis `de todo el conjunto de datos que contextualizaban la situación´ del paciente (Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de abril de 2019 -ECLI:ES:TS:2019:1135-, Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 5.ª)”. Por ello no cabe atribuir mayor fuerza de convicción a lo reseñado por las periciales sustentadas *ex post facto* que a lo dictaminado por los técnicos que se detienen en las circunstancias concurrentes al tiempo del diagnóstico.

En el supuesto examinado debe ponderarse, de una parte, que el perito que informa a instancia de los reclamantes carece de la condición de especialista en la disciplina relativa al cáncer linfático que propone postergar y, de otra, que la especialista del Servicio de Hematología subraya su total desacuerdo con “el peritaje del especialista de A. Digestivo (...) que muestra un total desconocimiento de la naturaleza, gravedad y pronóstico del linfoma T-NK nasal”. A su vez, el técnico que suscribe la propuesta de resolución precisa que el linfoma “es una neoplasia rápidamente progresiva, destructiva y de mal

pronóstico (...), peor que el del adenocarcinoma de colon”, y repara en que el paciente “no falleció como consecuencia directa del cáncer de colon, sino por complicaciones derivadas de la intervención quirúrgica (peritonitis por dehiscencia de anastomosis) y descompensación de su hepatopatía (hemorragia masiva), que son riesgos contemplados en los consentimientos informados”.

En el informe emitido por la Jefa de Sección del Servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital “X” se detallan las “razones clínicamente justificadas por las que se realizaron las diferentes actuaciones”, y se constata igualmente que el “linfoma T-NK nasal” constituye “una de las formas más agresivas de este tipo de enfermedad (linfoma no Hodgkin de tipo T) por las graves lesiones locales que produce en su zona de origen (macizo craneofacial) y el mal pronóstico que presenta con alta mortalidad a corto plazo si no se aborda terapéuticamente a la mayor brevedad posible”. Subraya, “en contra” del criterio que se manifiesta en la reclamación, que “estudiar y tratar un linfoma T-NK nasal es siempre una prioridad clínica sobre cualquier otra patología (incluso tumoral sincrónica) que pudiera padecer un paciente”. El informe es igualmente taxativo al afirmar que “realizar más pruebas que las consideradas estrictamente necesarias, así como repetir de nuevo pruebas ya recientemente realizadas, dilata el periodo de estudio, retrasa el inicio del tratamiento y por tanto tiene un claro impacto negativo en la evolución de la enfermedad, con desarrollo precoz de lesiones óseas que destruyen el macizo craneofacial, y en la supervivencia global”.

A efectos ilustrativos, en el referido informe se incluye la imagen de un paciente (no el afectado por la reclamación) que padece “un linfoma T-NK nasal no tratado a tiempo o refractario a tratamiento”. La fotografía evidencia los graves destrozos faciales provocados por este tipo de tumor, siendo apreciable la seria afectación de funciones fisiológicas esenciales (como la respiración o la alimentación) que provoca, y por ello se insiste en que “evitar este tipo de situaciones que se pueden desarrollar en el plazo de muy pocas semanas constituye la prioridad número uno de cualquier hematólogo que actúe según lo establecido en la *lex artis*”. En el caso particular que nos ocupa, se precisa

asimismo que “en el momento del diagnóstico el paciente presentaba un síndrome de compresión de la vía digestiva y aérea altas con compromiso respiratorio y para la deglución, lo que requería una actuación terapéutica precoz e intensiva”.

En relación con la lesión detectada en el colon al tiempo del abordaje del linfoma, razona la especialista en Hematología que se realizaron las pruebas necesarias, colonoscopia y biopsia, sin que esta última revelara “indicios de malignidad”, lo que excluye la justificación clínica de pruebas adicionales que hubieran dilatado “el necesario inicio del tratamiento de la enfermedad”. Reitera que la “consulta al Servicio de Digestivo” que los reclamantes consideran crucial ni hubiera “aportado información relevante ni hubiera cambiado el planteamiento clínico”, y aclara que en el Área de Oncohematología “la afectación del aparato digestivo por linfoma es un hecho relativamente frecuente” y, por tanto, los profesionales que trataron al paciente estaban “plenamente capacitados para realizar una valoración clínica de estos casos”. En particular, añade que “la realización de una nueva colonoscopia se hubiera mostrado como innecesaria si no hubiera habido cambios y por tanto un ejemplo de medicina defensiva o incluso yatrogenia”, señalando que “no es una práctica normalizada repetir las biopsias de lesiones ya previamente sometidas a biopsia en las que no se ha demostrado malignidad si no se acompaña de cambios radiológicos, metabólicos o aparición de nuevos síntomas clínicos”. También precisa que la “discordancia entre los hallazgos radiológicos que indicaban estabilidad y la naturaleza final de la lesión” es posible, pero no frecuente.

Pese a la contundencia de su razonamiento, el informe se adentra a mayor abundamiento “en el terreno de la hipótesis”, y pone de relieve que “en el caso de que la biopsia hubiera mostrado malignidad (adenocarcinoma de colon) nuestra recomendación en ese momento hubiera sido diferir la cirugía digestiva ya que esto hubiera retrasado el abordaje de un problema tumoral de agresividad muy superior, lo que hubiera influido negativamente en el resultado del tratamiento del linfoma”. También como hipótesis, el técnico que suscribe la

propuesta de resolución plantea que “si se hubiera priorizado la intervención quirúrgica del cáncer de colon y hubiesen aparecido las complicaciones que después aparecieron se habría comprometido definitivamente la vida del paciente por la demora que hubiese supuesto el inicio del tratamiento del linfoma”, corroborando además que se realizaron “pruebas de imagen periódicas” y que la historia clínica no recoge un “aumento del tamaño” de la lesión “o un incremento de la actividad metabólica de la misma”, sin que tampoco el paciente advirtiera en sus revisiones una clínica específica que motivara sospecha de cambios en su estado; en este sentido, reseña que una vez que el paciente experimentó síntomas recibió la oportuna atención (en “otro centro sanitario”).

Por otro lado, la especialista del Servicio de Hematología aborda el tratamiento seguido y sus complicaciones, que califica como propias de los “efectos secundarios típicos” de las drogas de elección del tratamiento, aumentados en este caso por la “cirrosis hepática etílica” que presentaba el paciente que obligó a extremar los cuidados de soporte sin renunciar a la “intensidad del tratamiento necesario con intención curativa”. Al respecto, explica que “este tipo de linfomas son refractarios a los tratamientos quimioterápicos estándar que se utilizan en otros tipos de linfomas y que las opciones terapéuticas se encuentran más limitadas, siendo obligado incluir en el protocolo de tratamiento la L-Asparaginasa (de hecho se solicitó como medicación extranjera la forma pegilada del fármaco por su menor toxicidad)”. En relación con la referencia específica que los interesados realizan a la toxicidad, se insiste en que esta debe asumirse, pues “sin su empleo los resultados son muy malos”. El informe es taxativo al señalar que “el tratamiento debe ser precoz, intensivo y continuado hasta conseguir una remisión completa de la enfermedad ya que las respuestas parciales se acompañan de progresión y muerte en el corto plazo”, lo que supone que un retraso en el inicio del tratamiento o en la intensidad adoptada implica asumir “una pronta e inexorable progresión” de la enfermedad “con resultado cierto de muerte”. Por tanto, se concluye que la administración previa de quimioterapia y

radioterapia prolongó la supervivencia del paciente, y que lejos de tener un efecto negativo impidió su fallecimiento en “muy poco tiempo”.

Frente a esta argumentación prolija y minuciosa de los técnicos informantes, la ampliación del informe pericial que aportan los interesados en el trámite de audiencia incide de forma genérica en que un anterior abordaje del cáncer de colon no hubiera supuesto un impacto negativo en el linfoma, atendiendo al estadio en el que este último se encontraba, pero la cita de literatura generalista, descontextualizada del caso y la falta de especialización del informante abocan a que no se estimen desvirtuadas las conclusiones precisas y contundentes de los especialistas respecto al orden idóneo en el abordaje de las patologías del paciente.

Por último, es pacífico que “la patología hematológica y la toxicidad del tratamiento debilitan la situación de los pacientes”, conforme reconoce la especialista en Hematología, pero todos los peritos que abordan específicamente el episodio del fallecimiento -al que no desciende la pericial de los interesados- coinciden en que la infección y la sepsis son complicaciones posibles y típicas de la cirugía de colon y que se pueden presentar en todo tipo de casos, con independencia de los antecedentes previos que concurran en el enfermo.

El informe emitido a instancias de la entidad aseguradora coincide en que el “fallecimiento del paciente tras una cirugía compleja en la que se produjo un shock hemorrágico es un riesgo contemplado en los consentimientos informados”, e incrementado “al tratarse de un paciente con antecedentes de tratamiento quimioterápico reciente, alteraciones hematológicas y cirrosis hepática”. Efectivamente, en el documento de consentimiento informado suscrito el 21 de agosto de 2018 (por tanto, un día antes de la segunda intervención), para la realización de “laparotomía” ante el diagnóstico de “posoperatorio complicado” a fin de confirmar “la existencia de fístula anastomótica”, se contempla como uno de los riesgos “generales” de la operación el de “hemorragias”, que se añade además como uno de los propios de la “intervención en concreto”. A su vez, el documento suscrito el 25 de julio

de 2018, antes de la primera intervención (“colectomía dcha. ampliada”), recoge como riesgos “poco frecuentes y graves” de la misma la aparición de “fístula de la anastomosis” que “a veces precisa una reintervención”. En suma, no puede sino concluirse con la propuesta de resolución que “las complicaciones que aparecieron tras la intervención quirúrgica del cáncer de colon (dehiscencia de sutura y hemorragia) no son riesgos personales ligados a la condición clínica del paciente, sino típicos de este procedimiento”, a los que no se hubiera sustraído por el hecho de que la cirugía se hubiese anticipado en el tiempo.

No puede ignorarse que la intervención quirúrgica del adenocarcinoma de colon era inevitable (así lo asume el perito de los reclamantes), y aunque la quimioterapia originó una mayor vulnerabilidad del paciente ante la cirugía no se cuestiona puntualmente que en las operaciones practicadas se materializaron riesgos típicos contemplados en el documento de consentimiento informado y ajenos al estado del paciente, por lo que no se sostiene la pretendida incidencia del tratamiento del linfoma en el fatal desenlace.

En cualquier caso, tal como razonamos, la invocación de una pérdida de oportunidad terapéutica requiere de la puntual disponibilidad de una técnica capaz de mejorar el pronóstico, extremo que aquí tampoco se objetiva, pues la pericial de los reclamantes se detiene en el abordaje del cáncer de colon pero no ofrece -en términos dialécticos- una respuesta que sugiera una distinta expectativa vital ante la progresión de las dos patologías.

En consecuencia, debemos concluir que no se acredita infracción de la *lex artis* en la detección del cáncer de colon y no resulta probado que la anticipación en su diagnóstico y tratamiento hubiera evitado el fatal desenlace, pues la argumentación de los reclamantes parte de dos premisas -la postergación sin consecuencias del tratamiento del linfoma y la ausencia de complicaciones en las cirugías necesarias por el hecho de abordarse con anterioridad- que no pueden asumirse en una valoración conjunta de las periciales y demás elementos probatorios obrantes en el expediente.

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.