

Dictamen Núm. 158/2021

V O C A L E S :

Sesma Sánchez, Begoña,
Presidenta
González Cachero, María Isabel
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
García García, Dorinda
Baquero Sánchez, Pablo

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 2 de septiembre de 2021, con asistencia de las señoras y los señores que al margen se expresan, emitió por unanimidad el siguiente dictamen:

“El Consejo Consultivo del Principado de Asturias, a solicitud de V. E. de 24 de mayo de 2021 -registrada de entrada el día 31 de ese mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños derivados del fallecimiento de su familiar como consecuencia del retraso diagnóstico de un tumor renal.

De los antecedentes que obran en el expediente resulta:

1. El día 5 de junio de 2020, los interesados presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento del paciente -esposo de una de las reclamantes y padre de los otros tres-, que atribuyen a una deficiente actuación sanitaria concretada en la no profundización en unos hallazgos radiológicos que derivaron en un retraso

diagnóstico con la consiguiente pérdida de oportunidad asistencial y terapéutica.

Exponen que en enero de 2019 el finado “hubo de someterse a una cirugía de artrodesis lumbosacra (...) en el Centro” por derivación del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Indican que, “dada la edad y condiciones del paciente (...), el Servicio de Traumatología” del Hospital “instó a realizar prueba de Rx de tórax”, que se practicó el 28 de septiembre de 2018, y que “en dicha prueba, de la cual consta informe del Servicio de Radiología de fecha 3 de octubre del mismo año, se informa” de “aumento de densidad mal definido, seudonodular, con probable broncograma aéreo situado en (...) lóbulo inferior izquierdo que podría estar dentro de contexto inflamatorio, no pudiendo descartar otras posibilidades diagnósticas. Recomendamos valoración con la clínica del paciente./ Valoración diagnóstica: patológico relacionado con el motivo de la solicitud”. Subrayan que “ni por el Servicio de Traumatología ni en consulta de Preanestesia se informa jamás (al paciente) ni a su familia de los hallazgos radiológicos advertidos”, precisando que desconocen si dichos Servicios “llegaron en algún momento a conocer la existencia de tal informe radiológico”.

Manifiestan que “de manera previa a la cirugía de artrodesis (...), en fecha 10 de diciembre del año 2018, (el paciente) hubo de acudir a los servicios sanitarios del Consultorio de Salud (...) por dolor torácico como consecuencia de una caída fortuita, presentando en prueba de Rx: ` dolor torácico NE. Paciente que sufre una caída frontal fortuita hace 1 mes, desde entonces nota dolor pleurítico sobre todo costado izquierdo a nivel de la línea mamilar. Ruego valoración (...). No se observan líneas de fracturas costales. Infiltrado alveolar en (lóbulo inferior izquierdo) sin cambios respecto a previas del 28-09-2018 (más de dos meses). Recomiendo valoración neumológica. Posible hernia de hiato (...)’. Pasado el tiempo desde sendas pruebas radiológicas se realiza en enero la cirugía de artrodesis lumbosacra sin que nadie informe (al paciente) ni a su familia de los hallazgos (...) descritos”.

Reseñan que el 24 de junio de 2019, “esto es, 9 meses después de la primera prueba de Rx que advertía cierta anormalidad a nivel de tórax, (el paciente) acude nuevamente al Consultorio de Salud por hemoptisis, al referir tos con hilillos de sangre./ Ese mismo día se le practica radiografía de tórax en el citado consultorio” en la que “se identifica un aumento de densidad retrocardíaco izquierdo, con borramiento del hemidiafragma en la proyección lateral. Podría corresponder a patología infecciosa/inflamatoria, sin descartar otras posibilidades. En el pulmón derecho se identifican al menos tres nódulos de nueva aparición, uno de 22 mm y otro de 9 mm en la base pulmonar y otro de 11 mm entre los arcos posteriores de la séptima y octava costillas derechas. Hay además varios nódulos que parecen identificarse previamente y que podrían corresponder con granulomas calcificados. En la proyección lateral llama la atención el aumento de densidad hilar. Recomiendo realización de TC torácico y gestiono la petición”. A la vista de esta recomendación (...) finalmente, en fecha 26 de junio de 2019, se le practica (...) en el Hospital una TC de tórax, abdomen, pelvis y cráneo con contraste” que informa de “gran masa renal izquierda con extensa invasión venosa compatible con neoplasia primaria. Dudosa lesión metastásica hepática. Múltiples nódulos pulmonares de aspecto metastásico y masa en (lóbulo inferior izquierdo) de 7,7 cm; no se puede descartar neoplasia primaria pulmonar. Adenopatías mediastínicas, lesiones óseas esclerosas sospechosas de metástasis. Metástasis cerebral de 1 cm en lóbulo frontal izquierdo (...). Valorar realizar biopsia de masa en lóbulo inferior del pulmón izquierdo (diagnóstico diferencial entre metástasis y tumor primario)”. Reseñan que el paciente es “exitus en fecha 27 de julio, esto es, un mes después de esta última prueba de TC”.

Consideran que “ha existido una actuación omisiva a la hora de profundizar en los hallazgos radiológicos (...), generándose una quiebra de la *lex artis* asistencial que ha determinado una pérdida de oportunidad asistencial/terapéutica, privándole al finado de una mayor esperanza de vida (...). En el presente caso nos encontramos ante un paradigmático supuesto de

pérdida de oportunidad (...) por mor de un anormal funcionamiento de la Administración sanitaria”.

Recuerdan que, “encontrándonos incluso en un escenario preoperatorio, a efectos de agravación de la omisión llevada a cabo, en fecha 28 de septiembre de (...) 2019 (*sic*) se realiza prueba radiológica al paciente” en la que “se informa de la existencia de un aumento de densidad mal definido, seudonodular, con probable broncograma aéreo situado en (lóbulo inferior izquierdo), el cual podría estar dentro de un contexto inflamatorio, no pudiéndose descartar otras posibilidades./ Dada tal eventualidad, se recomienda (...) que se valore con la clínica del paciente. Ninguna actuación a tal efecto se llevó a cabo (...). En fecha 20 de diciembre del mismo año, un mes antes de la cirugía de espalda a la que el paciente hubo de someterse, se le realiza nueva prueba de Rx consecuencia de caída fortuita en su casa, en la cual se vuelve a informar de infiltrado alveolar en (lóbulo inferior izquierdo), recomendando valoración neumológica./ De nuevo, ninguna actuación se llevó a cabo para tratar de profundizar en los hallazgos patológicos./ Es por ello que queda patente que es la propia Administración la que recomienda profundizar en los hallazgos patológicos informados, debiéndose haber puesto a disposición del paciente los medios diagnósticos necesarios (...), sin que esto finalmente fuera realizado./ A estos efectos, una correcta y diligente evaluación de las anomalías halladas hubiera requerido la realización de un TAC torácico, el cual indefectiblemente hubiera advertido la patología tumoral (...), tal y como se dirime del informe pericial” que se adjunta.

Cuantifican la indemnización que solicitan en ochenta y un mil euros (81.000 €), de los cuales 45.000 € corresponderían a la viuda y 12.000 € a cada uno de los hijos del fallecido.

Acompañan copia, entre otra, de la siguiente documentación: a) Informe de un especialista en Oncología Médica, de 9 de mayo de 2020, en el que se señala que “de (...) forma evidente ha habido un retraso en el diagnóstico del cáncer renal que padecía (el paciente), puesto que no se profundizó en el hallazgo de la primera (ni de la segunda) radiografía de tórax

en el lóbulo inferior izquierdo” que “los radiólogos etiquetaron como patológico. Existía una clara indicación de realizar un TAC torácico para definir las anomalías detectadas en las radiografías de tórax realizadas. Este retraso se puede cuantificar en 9 meses desde la primera radiografía solicitada desde consultas externas de Traumatología hasta la radiografía de tórax en el Consultorio el 24-06-2019 donde se objetivan nódulos pulmonares./ Este retraso de 9 meses ha condicionado, con total seguridad, un empeoramiento de su pronóstico”. Afirma que “es un caso claro de retraso diagnóstico debido a una falta de actuación en la primera radiografía de tórax del 28-09-2018 (a pesar de la recomendación del radiólogo y de estar dentro de un preoperatorio con el riesgo añadido que supone esta falta de diligencia) y en la segunda del 10-10-2018 (donde incluso se recomienda valoración por un neumólogo). Esta actuación debería haber sido la realización de un TAC torácico y/o valoración especializada por un neumólogo (...). Este retraso diagnóstico conlleva un avance muy significativo de su enfermedad con la aparición y crecimiento de metástasis en los huesos, de ganglios mediastínicos, pulmonares, en hígado y cerebro (...). Este avance de la enfermedad provoca un empeoramiento muy claro de su pronóstico, como así fue posteriormente, con el fallecimiento antes de cumplirse 1 mes del inicio del tratamiento. Sus expectativas de respuesta al tratamiento y de vida eran de 6,6 meses en duración de tratamiento con sunitinib y su supervivencia global de 21,9 meses”. Concluye que “existe una clara, sorprendente y evidente falta de actuación ante los hallazgos de la primera y segunda radiografías de tórax (28-09-2018 y 10-12-2018, con advertencias y recomendaciones por parte de los radiólogos), lo que provoca un avance muy significativo de la enfermedad” y “un claro empeoramiento de su pronóstico vital y, por ello, una pérdida de oportunidad evidente de éxito en el tratamiento con una reducción muy importante de sus expectativas de respuesta al tratamiento y de tiempo de vida”. b) Informe de la radiografía realizada el 28 de septiembre de 2018, en el que se recoge “radiografía de tórax dos proyecciones: Se compara con Rx de tórax del 23-02-2015./ Aumento de densidad mal definido, seudonodular, con probable broncograma

aéreo situado en (lóbulo inferior izquierdo) que podría estar dentro de contexto inflamatorio, no pudiendo descartar otras posibilidades diagnósticas. Recomendamos valoración con la clínica del paciente (...). Silueta cardiopericárdica de tamaño normal". c) Informe de resultados de prueba de imagen del Consultorio, fechado a 13 de diciembre de 2018, en el que se consigna como motivo de la consulta "dolor torácico NE. Paciente que sufre una caída frontal fortuita hace 1 mes, desde entonces nota dolor pleurítico sobre todo en costado izdo. a nivel de la línea mamilar". En el apartado relativo a los hallazgos se indica que "no se observan líneas de fracturas costales./ Infiltrado alveolar en (lóbulo inferior izquierdo) sin cambios respecto a previas del 28-09-2018 (más de dos meses). Recomiendo valoración neumológica". d) Informe de resultados de prueba de imagen del Servicio de Radiodiagnóstico, de 28 de junio de 2019, en el que se informa de "gran masa renal izquierda con extensa invasión venosa, compatible con neoplasia primaria. Dudosa lesión metastásica hepática./ Múltiples nódulos pulmonares de aspecto metastásico y masa en (lóbulo inferior izquierdo) de 7,7 cm; no se puede descartar neoplasia primaria pulmonar. Adenopatías mediastínicas./ Lesiones óseas esclerosas sospechosas de metástasis./ Metástasis cerebral de 1 cm en lóbulo frontal izquierdo", recomendándose "valorar realizar biopsia de masa en lóbulo inferior del pulmón izquierdo (diagnóstico diferencial entre metástasis y tumor primario)". e) Informe del Servicio de Urgencias del Hospital, de 27 de junio de 2019, en el que consta que "vive con su mujer (...), que es médico retirada (...). Fumador activo de medio paquete diario (...). Acude a Urgencias enviado por médico de familia por hallazgo casual de una masa renal en polo superior de riñón izdo., realizado TAC este martes. Sin síntomas. No fiebre. No molestias al orinar ni hematuria. No dolor abdominal", estableciéndose el diagnóstico principal de "masa renal a estudio". f) Informe de alta del Servicio de Oncología Médica, de 2 de octubre de 2019, en el que se reseña, como motivo de ingreso, "dolor torácico costal (...). Ingresa (...) para tratamiento antibiótico intravenoso y sueroterapia. Solicitada IC a Cardiología por hallazgos en EKG, los cambios son sugestivos de pericarditis

(...), la clínica no es compatible con cardiopatía isquémica (...). Sufre un deterioro general progresivo por lo que (...) se decide tratamiento exclusivamente sintomático. El paciente evolucionó a un estado terminal a pesar de todas las medidas por lo que se decide sedación paliativa, siendo exitus el 27-07-19”.

2. Mediante oficio de 18 de junio de 2020, 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 solicitud formulada por la Instructora Patrimonial, el 24 de julio de 2020 el Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV le remite una copia de la historia clínica del paciente y los informes de los servicios de Traumatología y de Anestesia del Hospital

En el informe del Servicio de Traumatología, de 23 de julio de 2020, se indica que con fecha 23 de abril de 2018 se atendió al paciente “por sintomatología de claudicación neurógena y pie plano derecho. Fue solicitada prueba de resonancia magnética para confirmar y determinar el grado de estenosis del canal lumbar./ Fue valorado de nuevo en consulta el 27-08-2018, comunicándole los resultados obtenidos en la resonancia (...) de columna lumbar, explicándole que el diagnóstico de su patología era una estenosis severa del canal lumbar y que el tratamiento indicado consistía en una intervención quirúrgica de descompresión y artrodesis de la columna lumbar./ Después de explicarle (...) el proceso quirúrgico indicado y las posibles complicaciones de la intervención (...) firmó el consentimiento informado y fue incluido en lista de espera quirúrgica./ Ese mismo día se solicitó el estudio preoperatorio según protocolo establecido para este tipo de intervenciones, que incluye: hemograma, bioquímica, estudio de coagulación, EKG, placa de tórax y consulta a Anestesia para evaluación preoperatoria del paciente./

Desde la última consulta realizada (...) el 27-08-2018 no (se ha) vuelto a tener noticias de su estado de salud, ni de su fallecimiento hasta la comunicación de esta solicitud de informe”.

En el informe del Servicio de Anestesia y R. Q., de 13 de julio de 2020, se señala que “en la radiografía de tórax realizada se describe `un aumento de la densidad mal definido, seudonodular, con probable broncograma aéreo situado en (lóbulo inferior izquierdo) que podría estar dentro de contexto inflamatorio, no pudiendo descartar otras posibilidades diagnósticas. Recomendamos valoración con la clínica del paciente´./ Según consta en el informe de dicha consulta, el estado general del paciente era bueno, la auscultación cardíaca era rítmica y sin soplos y en la auscultación pulmonar se describe un murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Por otra parte, no presentaba ninguna clínica respiratoria. Por este motivo fue considerado apto para realizar la intervención quirúrgica prevista./ El contacto del Servicio de Anestesiología (...) se limitó a esta consulta, ya que el procedimiento anestésico-quirúrgico parece que se realizó en otro hospital”.

4. El día 14 de diciembre de 2020, se recibe en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de la viuda del finado en el que solicita ser informada sobre el estado de tramitación del procedimiento.

Mediante oficio de 16 de diciembre de 2020, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas le comunica que a tal fecha el expediente está pendiente de ser informado por la compañía aseguradora de la Administración y que una vez cumplimentado dicho trámite se le dará audiencia.

5. Mediante oficio de 11 de enero de 2021, la Instructora Patrimonial requiere a la Gerencia del Área Sanitaria IV “información adicional aclaratoria sobre la falta de derivación para valoración neumológica, tras la persistencia del hallazgo de infiltrado pulmonar en la radiografía solicitada por el médico de

Atención Primaria en diciembre de 2018, tras sufrir (el paciente) una caída accidental”.

En el informe suscrito por el médico de Familia del Centro de Salud el 27 de enero de 2021 se reseña que el 10 de diciembre de 2018 se solicitó “una radiografía de tórax (del paciente) por presentar dolor torácico tras una caída fortuita. No llegué a ver el resultado porque a continuación inicié un periodo vacacional./ En relación con la placa solicitada el 24-6-19 (...) nuevamente coincide con otro periodo vacacional, por lo que debió de ser atendido por otro colega./ Por todo lo anterior (...), no es posible facilitar ninguna información relevante en relación con (el) caso”.

6. Con fecha 25 de enero de 2021, emiten informe pericial dos especialistas, uno de ellos en Oncología Médica y otro en Cirugía General y del Aparato Digestivo, a instancias de la compañía aseguradora. En él se afirma que “no existe ninguna pérdida de oportunidad diagnóstica ni terapéutica fruto del supuesto retraso en el diagnóstico de la diseminación tumoral de carcinoma renal que padecía el paciente, como erróneamente se cuestiona en la reclamación y en el informe pericial (aportado)./ La presencia de diseminación sistémica tumoral del cáncer renal compromete la supervivencia y el pronóstico vital del paciente puesto que, desafortunadamente, en esa situación no existe ningún tratamiento curativo. Por este motivo, independientemente del momento diagnóstico reclamado, no se puede considerar ningún daño respecto al impacto en su supervivencia./ En el caso que nos ocupa, a raíz de un preoperatorio se detecta en una radiografía de tórax una lesión en (lóbulo inferior izquierdo), que no varía de tamaño a los dos meses que se repite esa radiografía de tórax. Posteriormente, tras presentar clínica en forma de hemoptisis, se realiza una nueva radiografía que muestra la masa en (lóbulo inferior izquierdo) y otras lesiones pulmonares y se realiza el CT que objetiva la masa renal y que, tras la realización de la biopsia (...), confirma la presencia de un tumor renal, metastásico, con afectación

cerebral y ósea, además de la ya conocida a nivel pulmonar, motivo por el cual se comienza tratamiento con sunitinib, tratamiento paliativo”.

Señalan que “considerándose que la lesión que se observa en la radiografía de tórax en octubre de 2018 es la misma lesión que se confirma como metastásica en junio de 2019, no cambia el estadio de enfermedad del paciente, sigue siendo un carcinoma renal metastásico estadio IV, por lo cual el tratamiento que (...) hubiera recibido hubiera tenido la misma finalidad, un tratamiento paliativo buscando mejorar la supervivencia y su calidad de vida (...). Es cierto que la idea con la que se comienza el tratamiento en julio de 2019 es la de prolongar la supervivencia, llegando a lo descrito en la literatura, supervivencias mayores a los 12 meses, dado que la lesión cerebral iba a ser tratada y que el paciente presenta una reacción en forma de infección y pericarditis que produce que el objetivo no se pudiera cumplir, no llegándose ni a incrementar la supervivencia ni a mejorar la calidad de vida, algo que podría haber ocurrido también en el mes de octubre o diciembre, cuando de ser la misma lesión y haber sido diagnosticado en ese momento podría haber tenido la misma reacción, acabando falleciendo por una infección y/o pericarditis (...). A la hora de poder valorar las opciones terapéuticas los datos estadísticos son muy útiles, dado que nos definen si un tratamiento es mejor que otro y orientan a la hora de los resultados, pero se debe reconocer que no existe una correlación directa con la práctica clínica habitual y que cada paciente es diferente. Los ensayos y las publicaciones hablan siempre en términos estadísticos, hablan de medias y de medianas, pero dentro de esas medias y medianas hay extremos que se compensan. Como ejemplo, entre el 0 y el 10 la media es 5, pero ese 5 sale de dos extremos, el 0 y el 10, que no son para nada parecidos, lo mismo pasa en los resultados de los estudios que se publican. Desgraciadamente, en este caso la eficacia del tratamiento estuvo en el margen inferior, no consiguiéndose los beneficios esperados en términos de incremento de supervivencia y de mejoría de calidad de vida, dado que la curación en un tumor renal metastásico es algo imposible. En este sentido (...), no consideramos que haya una pérdida de oportunidad terapéutica. El

tumor era metastásico desde el inicio y la reacción que presentó en julio del 2019 podía haber ocurrido igual en el mes de octubre de 2018, diciembre o cuando se hubiera diagnosticado al paciente (...). Por otro lado, estamos considerando que la lesión observada en octubre del 2018 era la misma que posteriormente se considera metastásica del tumor renal en junio del 2019, pero llama la atención que esa lesión, si es un tumor, no mostrara cambios de octubre a diciembre, tres meses, cuando las adenopatías mediastínicas, según se describen en el TAC de junio y posteriormente en el de julio que usan para evaluar si el paciente presentaba un tromboembolismo, el radiólogo sí comenta que han crecido, solo en un mes. La imagen que se observa en octubre la describen como lesión que muestra probable broncograma aéreo. Las causas más frecuentes de imagen radiológica de broncograma aéreo son los procesos infecciosos, y junto a ello el edema pulmonar (acumulación de agua en el lecho capilar de los pulmones por insuficiencia cardíaca o lesión capilar), la atelectasia o colapso de los alvéolos, hemorragia pulmonar, infarto pulmonar o crecimiento de un tumor dentro de la vía aérea, más relacionado con un adenocarcinoma bronquioloalveolar o un linfoma”.

Indican que “en el supuesto de estimarse como cierto el retraso diagnóstico tan solo se podría evaluar la minoración en la supervivencia del paciente. En este caso, dada la situación clínica del paciente y la ausencia de tratamientos curativos, la minoración y/o impacto en la supervivencia estimada de un supuesto retraso diagnóstico de 6-8 meses de un cáncer renal metastásico es inexistente, por lo que no se puede hablar de ningún daño atribuible a los profesionales” del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Concluyen que “no consideramos que haya habido una pérdida de oportunidad en este caso para el paciente, dado que aunque el diagnóstico hubiera sido cuando se comenta en la reclamación se trataba ya de un tumor metastásico cuyo tratamiento hubiera sido similar, sistémico y cuya finalidad hubiera sido la paliativa, mejorar la supervivencia y su estado general en forma de calidad de vida (...). El hecho del fallecimiento del paciente está relacionado con una infección y/o pericarditis, no con progresión de la

enfermedad, que si está relacionado con el fármaco podría haber ocasionado el mismo final si se considera que el diagnóstico se hubiera realizado con la primera radiografía simple, en el mes de octubre”.

7. El día 24 de marzo de 2021, la viuda del finado presenta un nuevo escrito en el registro de la Administración del Principado de Asturias interesándose por el estado de tramitación del procedimiento.

8. Mediante oficio notificado a los interesados el 12 de abril de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas les comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días, adjuntándoles una copia en formato electrónico de los documentos obrantes en el expediente.

Con fecha 29 de abril de 2021, los reclamantes presentan en el registro de la Administración del Principado de Asturias un escrito de alegaciones. En él exponen que “de la lectura de la documental médica que se nos ha facilitado parece hacerse especial hincapié solamente (...) a la ausencia de valoración por el Servicio de Neumología de los resultados de la prueba de Rx de fecha 10-12-18, si bien parecen obviarse los hallazgos de la anterior prueba de Rx de fecha 29-09-18./ Tal como consta en el expediente, en dicha fecha de septiembre, y dentro del preoperatorio de intervención de descompresión y artrodesis de columna, se le realiza (...) una prueba de Rx cuyos resultados recomiendan valoración con la clínica del paciente al Servicio de Traumatología (...). El propio médico que solicita la prueba de Rx, y cuyos resultados debieron ser comunicados para una posible valoración, no tuvo conocimiento de dicha prueba médica complementaria, tal y como él mismo reconoce. A estos efectos (...), tal y como hemos argumentado en nuestra pericial médica, ante una sospecha de posible infección pulmonar inadvertida los ‘Criterios de remisión de pacientes a servicios de diagnóstico por imagen’, adoptados por la Comisión Europea, demás expertos en Radiología y el Real Colegio de Radiólogos del Reino Unido, recomiendan (...) la realización de un TAC;

máxime como en el presente caso”, en el que “la Rx de tórax se realiza dentro del marco de un preoperatorio”.

Señalan que “es claro y meridiano que una vez realizada la prueba de Rx en el mes de diciembre, a resultas de la cual se solicita inexcusable valoración neumológica que no se dio, se ha generado un supuesto prototípico de funcionamiento anormal de la Administración generador, a su vez, de responsabilidad patrimonial./ El hecho de que el facultativo solicitante de la prueba se encuentre de vacaciones a fecha de realización del informe de la prueba solicitada no puede jamás ser óbice para que dichos resultados queden archivados en un cajón. En el presente caso, no estamos hablando simplemente de un supuesto de retraso en el examen de dicho informe, sino que directamente el mismo desapareció del sistema para jamás ser interpelado por ningún facultativo del (Servicio de Salud del Principado de Asturias), con la suma importancia que ello habría tenido para la salud” del paciente.

Respecto a las opiniones vertidas en el informe pericial aportado por la entidad aseguradora, manifiestan que el hecho de que “la infección que lleva al exitus del paciente deviene del avanzado proceso tumoral sufrido (...) es una cuestión que en ningún momento se pone en entredicho en la documental médica del Servicio de Oncología (...). Significar ahora, torticeramente, que dicha infección hubiera podido acontecer con la misma probabilidad, aun habiendo detectado y tratado el cáncer con casi un año antelación, supone una total aberración justificativa”.

9. El día 11 de mayo de 2021, el Coordinador de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio. En ella expone que “en la reclamación se afirma la existencia de pérdida de oportunidad terapéutica por el retraso diagnóstico del carcinoma renal, condicionando un peor pronóstico./ Tras el estudio de la documental contenida en el expediente, consta el retraso diagnóstico de las lesiones pulmonares metastásicas de carcinoma renal. En ese estadio de la enfermedad (IV) no existen tratamientos curativos, por lo que el impacto en la

supervivencia estimada de un retraso diagnóstico de 6-8 meses de un cáncer renal metastásico es inexistente, y el daño padecido no guarda relación causal con la asistencia prestada por los profesionales del servicio de salud, sino que es inherente a la evolución tumoral./ El fallecimiento del paciente se produce al sobrevenir una infección pulmonar y pericarditis, que cursan con deterioro de la función renal y mala evolución, decidiéndose la aplicación de medidas sintomáticas de acuerdo con la familia. La referida complicación podría haber ocurrido y ocasionado el mismo final aun con el diagnóstico precoz de las lesiones pulmonares metastásicas”.

10. En este estado de tramitación, mediante escrito de 24 de mayo de 2021, 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 5 de junio de 2020, y el fallecimiento del perjudicado se produce el día 27 de julio de 2019, por lo que es claro que se acciona 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 un procedimiento de responsabilidad patrimonial en el que los interesados reclaman una indemnización por los daños sufridos como consecuencia del fallecimiento de su familiar, que atribuyen a una deficiente actuación sanitaria concretada en la no profundización en unos hallazgos radiológicos que habrían derivado en un retraso diagnóstico con la consiguiente pérdida de oportunidad terapéutica.

Acreditada la efectividad del daño sufrido a la vista de la documentación obrante en las actuaciones, hemos de reparar en que la mera constatación 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, debiendo analizarse si el mismo se encuentra causalmente unido al funcionamiento del servicio sanitario y si ha de reputarse antijurídico, en el sentido de que se trate de un daño que no tuvieran el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo (por todos, Dictamen Núm. 182/2019), 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 eventualmente pueda sufrir el paciente con ocasión de la atención recibida,

siempre que la práctica médica aplicada se revele correcta con arreglo al estado actual de conocimientos y técnicas disponibles. El criterio clásico reiteradamente utilizado para efectuar este juicio imprescindible, tanto por la doctrina como por la jurisprudencia, responde a lo que se conoce como *lex artis*, que nada tiene que ver con la garantía de obtención de resultados concretos.

Por tanto, para poder apreciar que 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, 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 un defectuoso diagnóstico ni un error médico sean por sí mismos causa de responsabilidad cuando se prueba que se emplearon los medios pertinentes.

También ha subrayado 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.

En el supuesto analizado, los interesados sostienen que se ha producido una quiebra de la *lex artis* al omitir la profundización en los hallazgos radiológicos, lo que habría deparado una pérdida de oportunidad privando al paciente de una mayor esperanza de vida. En su opinión, para una diligente evaluación de las anomalías halladas hubiera sido precisa la realización de un TAC torácico, el cual advertiría de la patología tumoral. Apoyando su tesis, incorporan al expediente un informe pericial en el que se concluye que ha existido una “clara, sorprendente y evidente falta de actuación ante los hallazgos de la primera y segunda radiografías de tórax (28-09-2018 y 10-12-2018, con advertencias y recomendaciones por parte de los radiólogos), lo que provoca un avance muy significativo de la enfermedad” y “un claro empeoramiento de su pronóstico vital”.

Antes de entrar en el fondo del asunto, procede puntualizar que se asume tanto por la Administración como por los reclamantes el hecho de que el tumor renal metastásico que padecía el paciente abocaba a un fatal desenlace. Por lo tanto, la cuestión -existencia de un daño que toca resarcirse centraría en determinar si la falta de seguimiento de los resultados de las radiografías de tórax de septiembre y diciembre de 2018 fueron determinantes o no de la imposibilidad de extender el horizonte vital del enfermo y mitigar su padecimiento. Al respecto, conviene reparar en que la pericial aportada por los reclamantes, tal y como se advierte en el informe de la compañía aseguradora, hace una estimación de la proyección de vida del paciente construida de forma genérica o abstracta, sin que se evidencie la incidencia de ciertos datos relevantes del mismo: varón de 67 años y fumador activo de medio paquete diario (informe del Servicio de Urgencias de 27 de junio de 2019 e informe clínico de alta del Hospital de 11 de julio de 2019).

Sentado lo anterior, procede descender al fondo de la cuestión a la luz de la documentación obrante en el expediente.

En relación con los resultados de la radiografía de tórax practicada el 28 de septiembre de 2018, señalan los reclamantes que ni el paciente ni su familia fueron informados. Tales resultados se referían a un “aumento de densidad mal definido, seudonodular, con probable broncograma aéreo situado en (...) lóbulo inferior izquierdo que podría estar dentro de contexto inflamatorio, no pudiendo descartar otras posibilidades diagnósticas”, recomendándose valoración con la clínica del paciente. Sobre este extremo, el informe pericial aportado por la entidad aseguradora señala que “las causas más frecuentes de imagen radiológica de broncograma aéreo son los procesos infecciosos, y junto a ellos el edema pulmonar (...), la atelectasia o colapso de los alveolos, hemorragia pulmonar, infarto pulmonar o crecimiento de un tumor dentro de la vía aérea, más relacionado con un adenocarcinoma bronquioloalveolar o un linfoma”. Así pues la prueba realizada, en el contexto de un preoperatorio, solo arrojaba una serie de datos que requerían de una posterior concreción diagnóstica. De la documentación incorporada a las actuaciones no queda acreditado que tal determinación hubiese tenido lugar. Con posterioridad, con ocasión de una consulta en su centro de salud por una caída, una segunda radiografía revela que “no se observan líneas de fracturas costales. Infiltrado alveolar en (lóbulo inferior izquierdo) sin cambios respecto a previas del 28-09-2018”.

Por otra parte, y según se desprende del informe de alta del Servicio de Oncología Médica del Hospital de 2 de octubre de 2019, la finalidad del último ingreso del paciente, que sufre un deterioro general progresivo, es su tratamiento antibiótico intravenoso y sueroterapia, y su sintomatología sugiere una pericarditis. En efecto, según consta en el informe del Servicio de Oncología Médica de 11 de julio de 2019, el paciente “acude a Urgencias por fiebre de 38º y dolor torácico en hemitórax derecho irradiado a espalda, de características pleuríticas”, e “ingresa en Oncología Médica para tratamiento antibiótico intravenoso y sueroterapia. Solicitada IC a Cardiología por hallazgos en EKG, los cambios son sugestivos de pericarditis y la troponina elevada se

ha mantenido estable durante la seriación, por lo que la clínica no es compatible con cardiopatía isquémica”.

En este sentido, el informe aportado por la compañía aseguradora consigna que el fallecimiento del paciente está relacionado con la pericarditis y no con una progresión del carcinoma renal; opinión a la que se suma el facultativo que suscribe la propuesta de resolución. Entre las posibles causas de una pericarditis se encuentran los traumatismos en el tórax (el paciente había sufrido una caída frontal en el mes de noviembre de 2018 a raíz de la cual decidió acudir a consulta a mediados de diciembre) y ciertas medicaciones. La insuficiencia renal y el cáncer pueden hallarse entre las causas de una pericarditis, pero también pueden serlo las infecciones virales y las enfermedades autoinmunes (artritis) y las inflamatorias intestinales.

Por su parte, el informe presentado por los reclamantes no entra a valorar la causa directa del fallecimiento, sino exclusivamente a dejar constancia de la importancia de las pruebas diagnósticas omitidas en cuanto a las posibilidades de supervivencia del paciente. La única referencia a la cuestión planteada por los reclamantes es su aseveración -sin explícito respaldo pericial de facultativo y efectuada en el trámite de audiencia- de que afirmar que la “infección hubiera podido acontecer con la misma probabilidad, aun habiendo detectado y tratado el cáncer con casi un año antelación, supone una total aberración justificativa”.

En este contexto, la única vía para encauzar una posible relación de causalidad pasaría por demostrar que la evolución del carcinoma hubiese generado las condiciones necesarias para que se produjese la infección y/o pericarditis, pero ese es un extremo sobre el que no se pronuncian las periciales incorporadas al expediente por los reclamantes. Siendo esto así, no cabe afirmar que la evolución del carcinoma renal diagnosticado tardíamente haya sido la causa del fallecimiento del paciente, sino que, a tenor de los informes que abordan expresamente la cuestión, este deriva de la pericarditis. En definitiva, no se constata que un eventual diagnóstico precoz del carcinoma renal hubiera evitado o postergado el fatal desenlace, no acreditándose

tampoco la relación de causalidad entre la causa directa del fallecimiento del enfermo y el abordaje del tumor.

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.