

Dictamen Núm. 209/2025

V O C A L E S :

Baquero Sánchez, Pablo
Presidente
Díaz García, Elena
Menéndez García, María Yovana
Iglesias Fernández, Jesús Enrique
Santiago González, Iván de

Secretario General:
Iriondo Colubi, Agustín

El Pleno del Consejo Consultivo del Principado de Asturias, en sesión celebrada el día 6 de noviembre de 2025, 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 8 de agosto de 2025 -registrada de entrada el día 14 del mismo mes-, examina el expediente relativo a la reclamación de responsabilidad patrimonial del Principado de Asturias formulada por, por los daños sufridos a causa del tratamiento de un sarcoma de Ewing por parte del servicio público sanitario.

De los antecedentes que obran en el expediente, resulta:

1. Con fecha 10 de diciembre de 2024, la perjudicada presenta en un registro público una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños sufridos a consecuencia del tratamiento del sarcoma de Ewing que padece y que aprecia desacertado.

Refiere que “el 3 de febrero de 2022, estando residiendo por estudios en Madrid, en el Hospital “X” se le detecta un tumor “con una prueba radiológica,

un sarcoma de Ewing en el peroné de la pierna derecha” y se le aconseja “amputar el miembro por debajo de la rodilla”.

Continúa narrando que, de vuelta en su domicilio, en el Hospital “Y” se le recomienda “no amputar (...) tratamiento de quimioterapia y reseca el tumor”. Después de un “tratamiento quimioterápico que arroja resultados favorables (...) se reseca el 7 de julio de 2022”, a continuación, se somete “a nuevo tratamiento de quimioterapia y tras la evaluación en enero de 2023”, se le informa de que “no existen signos de cáncer ni de metástasis alguna. Queda como consecuencia de la resección del tumor el pie caído o equino”.

Según señala, al finalizar el tratamiento “los dolores persisten (...) pero los médicos lo achacaban al pie caído”, no obstante, afirma, que no le efectúan “prueba alguna”. Le pautan cirugía para la reparación del pie equino, que se practica el día 27 de octubre de 2023, sin realizar “estudio alguno o prueba preoperatoria”, y se “envía a casa con la pierna escayolada, sin más recomendación que la aplicación de hielo local y pie en alto y con indicación de una revisión semanal”. A los pocos días, reseña que comienza “con dolor intenso en la pierna” y acude nuevamente “a urgencias en un par de ocasiones. En la primera y segunda revisión” comenta este hecho con la doctora, quien “no le da importancia alguna. En la tercera revisión, unas cuatro semanas desde la operación, cuando se retira la escayola, la pierna está hinchada, amarilla y con bultos en la zona operada, la (facultativa) sigue sin darle importancia y solicita un tac que se realiza tres días más tarde y el resultado es ‘recidiva tumoral’”, lo que obliga a practicar una “amputación supracondílea de la pierna el 27 de noviembre de 2023 (...), en días posteriores se hacen más estudios y el cáncer se ha extendido a ganglios inguinales y pulmón, amén de persistir en el muñón de la pierna”.

Considera que, “con la experiencia vivida, que la indicación de amputación de la pierna por debajo de la rodilla indicada por el (Hospital) ‘X’ era acertada y no el tratamiento que se utilizó” en el Hospital “Y”, “además la operación de corrección del pie caído fue como mínimo negligente al no haberse realizado prueba alguna para cerciorarse del estado de la enfermedad,

por otro lado sorprende que no se hubiera visto absolutamente nada en la operación si un mes más tarde cuando se hace el tac la pierna está completamente invadida, es de suponer que o bien ya estaba invadida y no se prestó atención a la situación o bien no había nada a la vista y al no realizarse prueba alguna no (se) pudo ver el estado real del miembro, tampoco se entiende que no (se) diera importancia alguna a la evolución de (la) pierna tras la operación hasta la última revisión”.

Solicita una indemnización de trescientos mil euros (300.000 €) más los correspondientes intereses legales.

2. Mediante oficio de 9 de enero de 2025, la Jefa de Sección de Responsabilidad Patrimonial y Registro de Instrucciones Previas comunica a la interesada la fecha de recepción de la reclamación, la designación de la instructora del procedimiento con indicación del régimen de recusación, las normas de procedimiento con arreglo a las cuales se tramitará, el plazo máximo establecido para la resolución del mismo y los efectos del eventual silencio administrativo.

3. Atendiendo a la solicitud formulada por la Instructora del procedimiento, el día 12 de febrero de 2024 la responsable del Área de Reclamaciones y Asuntos Jurídicos de la Gerencia del Área Sanitaria IV le remite una copia de la historia clínica de Atención Especializada de la reclamante, junto con los informes librados por los Servicios de Oncología Médica y de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital “Y”.

En el informe del Servicio de Oncología Médica, de 7 de febrero de 2025, se expresa, tras resumir el curso clínico de la afectada, que “las decisiones quirúrgicas se tomaron dentro del Comité de Sarcomas - Sesión Multidisciplinar (Hospital `Y´). En lo que se refiere a la clínica referida por la paciente a nivel local y la valoración realizada por el Servicio de Traumatología (del Hospital `X`), queda fuera del ámbito de la especialidad de Oncología Médica”.

En el informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, de 19 de febrero de 2025, se explica que el tratamiento de la reclamante ha sido multidisciplinar, identificando los servicios que intervinieron en el mismo. Señala seguidamente que, “con los tratamientos actuales, la posibilidad de supervivencia sin recidiva a los 5 años es del 70 % en la forma localizada y del 30 % en las formas metastásicas. Los adolescentes entre 15 y 19 años tienen una menor tasa de supervivencia de aproximadamente el 56 %./ La planificación del tratamiento se realizó en el Comité de Tumores del (Hospital ‘Y’)./ El tratamiento actual del sarcoma de Ewing es el que recibió la paciente./ Gracias a los adelantos en la quimioterapia, la cirugía es el tratamiento local de referencia del sarcoma de Ewing. Se admite que la cirugía debe de ser conservadora o de salvamento porque el pronóstico de la enfermedad es más general que local y porque la cirugía de salvamento suele producir mejores resultados que la amputación. La indicación de amputación es rara en algunas localizaciones distales de la extremidad./ La quimioterapia es valorada por primera vez en este centro (...) en febrero de 2022 remitida desde el Hospital ‘X’ (...). En el historial no figura la indicación por parte de este hospital de amputación infracondílea y sí la indicación de salvamento de la extremidad (...), posterior al tratamiento con quimioterapia”. Refiere el autor del informe que “en la paciente se realizó tratamiento quimioterápico y tras 6 ciclos y respuesta se realizó la cirugía exéresis tumoral con un 90 % de necrosis en la anatomía patológica con bordes libres de tumor./ Oncología Médica realizó un seguimiento de la paciente con estudios de extensión según protocolo de manera periódica./ La amputación por debajo de la rodilla no hubiera incluido al tumor por su localización./ La paciente firmó y aceptó los consentimientos informados en los distintos procedimientos realizados./ Como resultado de la resección amplia de su tumor realizada en julio de 2022 se tuvo que resecar en la pieza quirúrgica el nervio ciático poplíteo externo (...). Quedó como secuela un pie equino (...). En revisiones posteriores con el (facultativo) (hasta mayo de 2023) este le explica la posibilidad de solucionar la secuela con transposición tendinosa al cabo de un año desde la cirugía, argumento que la paciente le

comenta a la (facultativa) en su primera consulta (mayo 2023). Esta coincide con la indicación y la incluye en lista de espera quirúrgica (...). En marzo y agosto de 2023 se realiza tac toracoabdominopélvico, que no evidencia presencia de la enfermedad. Según protocolo, se puede optar también por seguimiento con PET-TC, con o sin imagen de la zona (que puede solicitarse a los 6 meses, al año)./ En octubre se llevó a cabo la transposición tendinosa múltiple de Bridle, que se realiza a nivel de tercio medio-inferior de la pierna y tobillo-pie, alejado de la cirugía previa. La paciente es valorada 2 semanas después en consulta, donde refiere molestias en la zona de la pierna, compatible con el escaso tiempo transcurrido de la cirugía. No se palpa ninguna tumoración. En la siguiente revisión, 4 semanas después de la cirugía, se retira férula y, ante la persistencia de clínica y la palpación de nueva tumoración, se solicita RNM, que se realiza de forma urgente al día siguiente, y junto con biopsia. Se deja ingresada para agilizar la realización de PET-TC (5 días después). Y ante el diagnóstico de recidiva, se indica y se realiza una amputación supracondílea 5 días después. Durante su ingreso se realiza biopsia de las adenopatías nuevas que se aprecian en el PET-TC./ La última visita a la consulta de Traumatología se realizó en febrero de 2024, no acudiendo al resto de las visitas programadas./ Actualmente el tumor ha progresado de manera ganglionar pulmonar. Presenta fractura de L3 con compresión de la médula espinal. Su tratamiento actual es paliativo./ Revisado el tratamiento, este ha sido según la *lex artis* y siguiendo los protocolos médicos habituales”.

4. A continuación, obran en el expediente dos informes periciales emitidos a instancias de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias por sendos especialistas, uno en Cirugía Ortopédica y Traumatología y otro en Oncología Médica, con fechas 9 y 16 de junio de 2025, respectivamente. Ambos coinciden en apreciar que la atención sanitaria prestada se ajustó, en todo momento, a los parámetros de la *lex artis*.

En el informe librado por el especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología se asevera que la indicación terapéutica fue “correcta”, pues “el

tratamiento para preservación de miembro es de elección para los sarcomas (en los) que se puede resear la tumoración de manera completa./ El tratamiento de los sarcomas de Edwing localizados habitualmente se realiza mediante quimioterapia neoadyuvante + cirugía de resección tumoral + quimioterapia adyuvante. En algunos casos se asocia radioterapia./ La cirugía de amputación de miembro queda reservada para los casos en que no es posible la resección amplia del sarcoma con márgenes libres de enfermedad". Según señala el autor de este informe, "queda acreditado que en el Hospital 'X' se deriva a Unidad de Sarcomas del Hospital 'Y' para que realicen diagnóstico y terapia definitiva, sin especificar ni recomendar ningún tratamiento./ Por otro lado, el nivel de amputación ante un tumor irresecable en peroné proximal no hubiera correspondido a una amputación infracondílea, sino supracondílea, puesto que la amputación infracondílea no hubiera resecado todo el sarcoma". Afirma, por otro lado, que "la técnica quirúrgica del sarcoma localizado que presentaba la paciente fue la habitual (...) y el resultado quirúrgico fue correcto" y que "la recidiva del sarcoma debutó a las 3-4 semanas después de la cirugía de transposición tendinosa y fue diagnosticada y tratada de manera diligente", para concluir que, "con la cirugía realizada (...) se consiguió la extirpación completa del tumor, con márgenes libres de enfermedad, y a pesar de ello se produjo la recidiva tumoral y la progresión de la enfermedad. El haber realizado una cirugía de amputación inicial no habría cambiado el pronóstico de la paciente, habiendo podido ocurrir la recidiva local y las metástasis del mismo modo (...). La causa de la recidiva y de las metástasis no fue una incorrecta elección terapéutica, tal y como se afirma en la reclamación (...), sino la propia enfermedad del sarcoma de Ewing" que es "muy agresivo con alta probabilidad de recurrencia y de metástasis".

En el informe elaborado por el especialista en Oncología Médica se destaca que, al momento del diagnóstico inicial, "la enfermedad estaba localizada y se siguieron las recomendaciones" que incluyen tratamiento quimioterápico neoadyuvante -"dada la alta frecuencia de enfermedad micrometastásica en el momento del diagnóstico del sarcoma de Ewing"- y

tratamiento de adyuvancia tras la cirugía, concluyendo que “el tratamiento administrado y la secuencia terapéutica aplicada (...) se ajustan a las guías de tratamiento del sarcoma de Ewing y a la *lex artis*, no siendo correcto lo afirmado en la reclamación patrimonial”. Aprecia que, hasta que se practica la cirugía de transferencia tendinosa, se habían seguido “revisiones periódicas, en marzo y en agosto de 2023, sin evidencia de enfermedad tumoral. La radiografía de peroné no muestra signos de recidiva y el día 5 de octubre de 2023 la exploración es normal, sin signos de recidiva en la cicatriz ni en la radiografía del peroné”, por lo que “la cirugía correctiva se lleva a cabo sin evidencia de recidiva de la enfermedad”. Apunta que “el día 16 de noviembre de 2023 en la consulta del Servicio de Traumatología, refiere desde hace una semana, la pierna más hinchada y en la exploración física se describe tumoración en tercio medio de cicatriz sobre el peroné, solicitándose estudios de imagen que confirman la presencia de la recidiva local”, se realiza “una amputación supracondílea”. Por otra parte, explica que “la recurrencia es frecuente en este tipo de tumor, siendo del 30-40 % en el caso de pacientes con enfermedad local y las recidivas son mucho más frecuentes, 70 % de los casos a distancia. La presencia de recidiva local o sistémica es un signo de muy mal pronóstico y casi siempre fatal”. A continuación, significa que, en el caso de que se trata, “las adenopatías evidenciadas en el PET son biopsiadas, siendo negativas”, confirman la recidiva local y están “dentro de las posibilidades de la historia natural del tumor”. Asimismo, rechaza que “haya existido una pérdida de oportunidad terapéutica por la supuesta demora diagnóstica de la recidiva. Si hubiera sido posible (no había datos en la exploración y en la radiografía de peroné) no hubiera modificado el pronóstico de la enfermedad, dado que nos hubiéramos encontrado con la recidiva local, que es lo que se detecta en el mes de noviembre de 2023”. En definitiva, concluye que la asistencia no se ha “desviado de las guías en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del sarcoma de Ewing”.

5. Mediante oficio notificado a la reclamante el 27 de junio de 2025, la Instructora del procedimiento le comunica la apertura del trámite de audiencia por un plazo de quince días y le adjunta una copia de los documentos obrantes en el expediente, no constando la realización de actuación alguna en dicho trámite.

6. El día 31 de julio de 2025, la Instructora formula propuesta de resolución en sentido desestimatorio al considerar, de acuerdo con los informes médicos librados en el curso de la instrucción, y “a falta de pericial de parte” que los contradiga, que “la asistencia sanitaria ha sido en todo momento acorde a la *lex artis ad hoc*, no objetivando relación de causalidad alguna entre la misma y la progresión de la enfermedad”.

7. En este estado de tramitación, mediante escrito de 8 de agosto de 2025, 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), está la interesada activamente legitimada 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 expediente ahora examinado, la reclamación se presenta con fecha 10 de diciembre de 2024, habiendo tenido lugar la manifestación del efecto lesivo por el que se reclama, esto es, la progresión de la enfermedad, a partir de los hallazgos obtenidos en un PET-TAC realizado el día 22 de enero de 2024 (folios 1199 y 1200 de la historia clínica), por lo que hemos de concluir que la acción se ha ejercitado dentro del plazo de un año, legalmente establecido.

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

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

Sin embargo, se aprecia que, a la fecha de entrada de la solicitud de dictamen en este Consejo Consultivo, se había rebasado ya el plazo de seis meses para adoptar y notificar la resolución expresa, establecido en el artículo 91.3 de la LPAC. No obstante, ello no impide que esta se adopte, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 y 24.3, letra b) de la referida Ley.

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

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

Por otra parte, el artículo 34 de la Ley citada dispone en su apartado 1 que “Solo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que este 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 aquellos, 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 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.- Formula la interesada, una reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños derivados de la progresión de un sarcoma de Ewing al estadio IV, de los que responsabiliza al servicio público sanitario, al considerar que abordó el tratamiento inicial del cáncer de forma errónea y que, además, incurrió en una demora indebida en el diagnóstico de la recidiva tumoral.

La documentación obrante en el expediente acredita la progresión tumoral a un estadio incurable, por lo que hemos de tener por acreditado el daño cuyo resarcimiento se solicita, con independencia de cuál deba ser su cuantificación económica, cuestión esta que solo abordaremos de estimar que concurren el resto de requisitos generadores de la responsabilidad patrimonial que se demanda.

Ahora bien, como venimos señalando reiteradamente, la apreciación de la realidad de un daño no implica automáticamente la existencia de responsabilidad patrimonial de la Administración, debiendo analizarse si 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 los perjudicados no tuvieran el deber jurídico de soportar.

Como ya ha tenido ocasión de señalar este Consejo Consultivo en anteriores dictámenes, 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, inmediatamente, a la Administración sanitaria cualquier daño que sufra un 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 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 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 prueba 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 es criterio de este Consejo (entre otros, Dictámenes Núm. 246/2017 y 146/2019) 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, en esencia, un componente de culpabilidad (*res ipsa loquitur* o regla de la *faute virtuelle*). En particular, tiene la carga de acreditar que se ha producido una violación de la *lex artis* médica y que esta ha causado, de forma directa e inmediata, los daños y perjuicios cuya indemnización reclama. Esto es, ha de constatarse tanto el reproche culpabilístico como el engarce fáctico entre la asistencia dispensada u omitida y el resultado dañoso.

Asimismo, venimos reiterando (por todos, Dictámenes Núm. 213/2019 y 109/2022) que, el hecho de que sea la clínica la que determina el alcance de la obligación de medios, excluye que pueda proyectarse *ex post facto* al juicio sobre la corrección de la actuación sanitaria, el estado de situación ignorado al momento de la atención y conocido a la fecha del posterior diagnóstico. Por ello, quien persigue una indemnización por mala praxis en la fase de seguimiento o diagnóstico, como sucede en este caso, debe acreditar que los síntomas o signos existentes al tiempo de recibir la asistencia, que reputa deficiente, eran sugestivos de la patología finalmente evidenciada -al menos en un grado de probabilidad suficientemente significativo- y que tal sospecha diagnóstica imponía al servicio público la aplicación de técnicas y medios distintos de los empleados o una mayor celeridad en la diagnosis.

En el caso que analizamos, la reclamante no ha aportado prueba alguna al objeto de apoyar las dos aseveraciones fundamentales sobre las que

construyen su pretensión indemnizatoria: en primer lugar, que el abordaje inicial de la enfermedad -mediante quimioterapia más cirugía conservadora- fue incorrecto, pues lo acertado, estima, habría sido amputar la pierna por debajo de la rodilla; y, en segundo lugar, que el diagnóstico de la recidiva se demoró indebidamente con el consiguiente avance de la enfermedad, tanto por causa de un seguimiento deficiente -al no haber practicado las pruebas oportunas- como por una errónea interpretación de los signos que debía presentar la pierna durante la cirugía de corrección del pie equino cuando ya estaba “completamente invadida por el cáncer” y del síntoma de “dolor intenso” surgido en el posoperatorio de dicha cirugía.

A falta de tal prueba, el juicio de este Consejo debe formarse a la vista del conjunto documental, constituido por los informes médicos librados a instancias del servicio público y el resto de informes obrantes en el expediente, incluida la historia clínica.

Comenzando por la primera de las imputaciones, esto es, que el tratamiento aplicado tras el diagnóstico del sarcoma fue inadecuado y que lo acertado habría sido practicar una amputación de la pierna por debajo de la rodilla -tal y como afirma que le habían indicado en el hospital en el que se realizó inicialmente el diagnóstico-, debe señalarse que no se ha aportado ni consta en la historia clínica evidencia de tal indicación. Además, los informes médicos librados en el curso de la instrucción coinciden en descartar tal cirugía como opción terapéutica pues, por un lado, según se expresa en el informe librado por el especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología a instancias de la compañía aseguradora del Servicio de Salud del Principado de Asturias, “la amputación infracondílea no hubiera resecado todo el sarcoma” y, por otro, se siguió el tratamiento actualmente recomendado por las guías médicas teniendo en cuenta, como se expresa en el informe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital “Y”, que “el pronóstico de la enfermedad es más general que local” y que “la cirugía de salvamento suele producir mejores resultados que la amputación”, de forma que la indicación de amputación es “rara” y solo se practica en los casos en que, como explica el especialista en

Cirugía Ortopédica y Traumatología que informa a instancias de la aseguradora, “no es posible la resección amplia del sarcoma con márgenes libres de enfermedad”.

En segundo lugar, frente al reproche relativo a la falta de seguimiento adecuado de la evolución de la paciente, a quien no se realizó -según sostiene en el escrito de reclamación- “prueba alguna para cerciorarse del estado de la enfermedad”, ha de señalarse que todos los informes médicos obrantes en el expediente coinciden en afirmar que el seguimiento fue acertado y se ajustó al protocolo ya que, tras la exéresis del sarcoma (en julio de 2022), se realizaron en marzo y agosto de 2023 sendos tac abdominopélvicos que no evidenciaron presencia de la enfermedad. Las anotaciones practicadas en la historia clínica tampoco corroboran las manifestaciones de la perjudicada según las cuales, tras la cirugía de transposición tendinosa para corrección de pie equino que se practicó el día de 18 de octubre de 2023, presentó un “dolor intenso en la pierna” que la obligó a acudir “a urgencias en un par de ocasiones” y que, comentado dicho síntoma a la doctora en las primeras revisiones posoperatorias, esta no le dio “importancia alguna”, como tampoco se la dio al hecho de que la pierna, tras “unas cuatro semanas desde la operación”, estaba “hinchada, amarilla y con bultos en la zona operada”. No existe en la historia rastro de que la paciente haya acudido al Servicio de Urgencias en el posoperatorio de la intervención practicada el día 18 de octubre de 2023. En cambio, hay evidencia de que las visitas a Urgencias en 2023 son anteriores a la citada cirugía, más concretamente la última de estas tiene lugar el día 5 de octubre (así resulta del informe que obra en las páginas 1334 a 1336 de la historia clínica) y allí, tras la anamnesis, en la que la paciente refiere un dolor de las mismas características que el que presenta desde que fue intervenida del sarcoma hace un año -aunque más intenso- y las exploraciones física y radiológica en las que no se aprecian signos patológicos, se diagnostica un “dolor de probable origen neuropático”, si bien, con la mayor diligencia, “se contacta con Traumatología para reiniciar el seguimiento” ante “la persistencia de la clínica y tras haber consultado dos veces por este motivo”. Por otra parte,

las anotaciones correspondientes a las revisiones realizadas en el posoperatorio (folios 1241 a 1243) no avalan el relato de los hechos realizado por la perjudicada; según dichos registros, no podemos dar por probado que la paciente comunicase a la doctora en la primera revisión posoperatoria, realizada el día 31 de octubre de 2023, que presentara dolor intenso, ya que no existe ninguna anotación al respecto, y lo mismo sucede en la segunda revisión el día 16 de noviembre de 2023, momento en que, sin embargo, se anota que “comenta que desde hace 1 semana nota la pierna más hinchada y a la (exploración física) presenta tumoración en tercio medio de cicatriz sobre peroné y también a nivel medial tercio medio tibia” y que se solicita en ese momento “RNM urgente pierna dcha. para descartar recidiva”.

En definitiva, no se ha acreditado, en el presente caso, que la desgraciada progresión de la enfermedad se haya debido a un manejo o seguimiento inadecuado de la enfermedad por parte del servicio público sanitario, coincidiendo todos los informes librados en el curso de la instrucción en destacar, por el contrario, que el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la afección se ha guiado por lo establecido en las guías clínicas y protocolos médicos habituales, de acuerdo con el parámetro de la *lex artis*, y que la causa de la recidiva y de las metástasis que se presentaron debe achacarse a “la propia enfermedad del sarcoma de Ewing”, que es “muy agresivo con alta probabilidad de recurrencia y de metástasis”, como se indica en el informe librado a instancias de la compañía aseguradora de la Administración sanitaria por un especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Por todo ello, considerando que las reivindicaciones de la parte reclamante carecen de sustento científico que los avale y teniendo en cuenta lo recogido en los informes médicos recabados en el curso del procedimiento, se concluye que no cabe apreciar la mala praxis denunciada, de modo que los daños que se instan no pueden imputarse a una asistencia sanitaria inadecuada.

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

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

Gijón, a

EL SECRETARIO GENERAL,

V.º B.º
EL PRESIDENTE,

EXCMO. SR. PRESIDENTE DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.